

BAB II

TINJAUAN KASUS DAN TEORI

A. Tinjauan Kasus

Pengkajian yang dilakukan pada Ny.P dilakukan melalui kunjungan rumah dan juga secara online melalui media sosial *Whatsapp*.

1. Asuhan Kebidanan pada masa Kehamilan

Asuhan pertama kali dilakukan pada kunjungan pemeriksaan kehamilan di rumah Ny.P tanggal 12 Desember 2022. Ny. P berusia 28 tahun G2P1A0Ah0 usia kehamilan 27 minggu 6 hari beragama Islam, Pendidikan terakhir SMA, suku Jawa, alamat di Jeruk 13/07, Gerbosari, Samigaluh, Kulon Progo dan suami Bernama Tn N usia 27 tahun beragama islam, Pendidikan terakhir SMA dan bekerja sebagai petani, alamat di Jeruk 13/07, Gerbosari, Samigaluh, Kulon Progo. Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan apapun, dan sejak awal kehamilannya yang kedua ibu tidak jarang mengalami keluhan hanya sekali demam dan batuk pilek pada usia kehamilan 11 minggu 2 hari.

Ny P mengatakan bahwa Hari Pertama Haid Terakhir pada 31 Mei 2022 sehingga didapat Hari Perkiraan Lahir (HPL) tanggal 07 Maret 2023. Saat ini usia kehamilan ibu adalah 27 minggu 6 hari. Pengkajian Riwayat menstruasi, Ny. P pertama kali menstruasi usia 13 tahun siklusnya 30 hari, lamanya 5-7 hari dengan konsistensi cair, darah berwarna merah segar, tidak disminore dan keputihan, kebiasaan mengganti pembalut 3-4 kali dalam sehari. Riwayat perkawinan Ny P Kawin 1 kali, Kawin pertama umur 26 tahun, Dengan suami sekarang 2 tahun. Riwayat persalinan yang lalu Ny P yaitu 11 bulan yang lalu, ibu melahirkan secara spontan dengan IUCD di RSUD Wates, berat bayi lahir hanya 195 gram, Panjang badang 20 cm, diketahui saat bayi lahir ada kelainan bawaan yaitu lilitan tali pusat.

Pada kebiasaan sehari-harinya Ny.P mengatakan mandi dua kali sehari, membersihkan genitalia setelah mandi, BAB, maupun BAK serta

mengganti celana dalam saat dirasa lembab dan juga sehabis mandi. Pola nutrisi makan sehari 3x porsi sedang, berupa nasi, sayur, lauk, minum 8 gelas perhari, susu kadang-kadang dan masih mengkonsumsi teh sesekali. Pola eliminasi BAB sehari 1 kali, BAK 5-6 kali sehari. Riwayat kesehatan Tn. N dan Ny P serta keluarga keduanya bagus, tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit jantung, menular atau menahun namun dikeluarga diketahui Tn N dan ayah kandung Ny P merokok.

Pola aktifitas sehari-hari Tn. N berkerja sebagai petani dan berdagang dan Ny. P mengurus urusan rumah tangga. Penghasilan Ny P dan Tn N kurang lebih 50.000 perhari atau 1.500.000 perbulan. Ny.P masih tinggal dengan orang tuanya. Pola istirahat tidur malam 7-8 jam pada malam hari dan terkadang 1 jam pada siang hari. Pola kebersihan mandi sehari 2x, gosok gigi sehari 2x dan ganti baju sehari 2x atau saat basah dan kotor. pola seksualitasnya Ny.P mengatakan sebelum hamil bisa satu sampai dua kali dalam seminggu, tetapi pada saat hamil ini Ny.P menatakan jarang melakukan hubungan suami istri karena takut. Ny.P mengatkan jarang sekali melakukan olahraga selama hamil Hubungan Ny. P dan keluarga yang lain serta dengan tetangga dan teman baik tidak ada masalah, mereka menjalankan sholat 5 waktu. Pasien mempunyai asuransi kesehatan BPJS mandiri.

Ibu dan suami serta keluarga senang dan mengharapkan kehamilannya, pengetahuan ibu tentang kondisi/keadaan yang dialami sekarang, ibu mengetahui bahwa keadaannya ada permasalahan karena ibu termasuk dalam kondisi kekurangan energi kronik (KEK) sehingga ibu harus meningkatkan nutrisi yang cukup untuk perkembangan janin di dalam kandungan, namun ibu juga sedikit khawatir dengan kondisinya mengingat pada kehamilan pertama anaknya meninggal didalam kandungan, Ibu memiliki rencana untuk melahirkan di puskesmas sami Galuh 1.

Dari data objektif Ny. P menunjukkan Keadaan Umum: Baik, Kesadaran : Composmentis, Hasil pemeriksaan TD 100/70 mmHg, Nadi

82x/menit, pernafasan 22 x/menit, suhu 36,7c, tinggi badan 148 cm BB sebelum hamil: 43 kg BB sekarang 48,9 kg, IMT 22,3 kg/m², LLA : 23 cm. Hasil pemeriksaan fisik (Head to Toe) menunjukkan hasil tidak ditemukan adanya tanda kelainan, oedem, massa/benjolan abnormal, tidak pucat, tidak ada perubahan warna kulit, ekstremitas atas-bawah simetris, gerakan aktif, refleks patella kanan-kiri positif. Pemeriksaan payudara: simetris, puting menonjol, areola hiperpigmentasi, ASI kolostrum (-). Pada pemeriksaan abdomen didapatkan tidak ada striae gravidarum dan bekas luka, pemeriksaan palpasi Leopold I didapat hasil TFU Mc Donald 21 cm TBJ 1550 gram, pada fundus teraba bokong, Leopold II menunjukkan punggung di sebelah kiri, Leopold III menunjukkan bagian terbawah atau presentasi adalah kepala, Leopold IV presentasi kepala, belum masuk panggul (konvergen). Hasil pemeriksaan DJJ:: 144 x/menit punctum maximum kanan bawah pusat, ekstremitas tidak terdapat oedem, tidak ada varices, kuku bersih tidak pucat.

Ny. P rutin melakukan ANC sejak usia kehamilan 5 minggu 5 hari sampai saat ini sudah 6 kali ANC di puskesmas dan USG 3 kali di dokter SpOG. Pada saat melakukan pemeriksaan ANC terpadu pada (20/07/2022) didapatkan hasil pemeriksaan haemoglobin 13,1 gr%, HbsAg NR, sifilis NR, Hepatitis B NR, protein urine negative. Hasil pemeriksaan kehamilan pada Ny P menunjukkan hasil normal, tidak ditemukan adanya kelainan abnormal, tanda infeksi maupun kegawatdaruratan bagi ibu dan janin namun ibu mengalami KEK, sehingga ditegakkan diagnosa kebidanan yaitu Ny. P 28 tahun G2P1A0Ah0 hamil 27 minggu 6 hari dengan KEK.

Catatan perkembangan 1 berdasarkan hasil anamnesis dan catatan pada buku KIA Ny.P tanggal 29/12/2022 Ny. P datang ke puskesmas Sami Galuh 1 untuk memeriksakan kehamilannya dan rencana cek hb ulang, Ny P mengatakan tidak ada keluhan. Umur kehamilan 30 minggu 2 hari. Keadaan umum baik, kesadaran composmentis. Pemeriksaan vital sign TD: 123/70 mmHg, N: 81x/menit, R: 22x/menit, S: 36,6°C, TB 148,

BB: 50 kg, IMT 22,8 kg/m². Pemeriksaan fisik wajah tidak ada oedem, simetris, mata konjungtiva merah muda, sclera tidak ikterik, abdomen: tidak ada bekas operasi. Palpasi fundus teraba bokong bayi, punggung di bagian kanan, ekstremitas dibagian kiri, presentasi kepala belum masuk panggul. Pemeriksaan MC. Donald : TFU : 21 cm, TBJ : (21-11) x 155 = 1550 gram. DJJ : 140 x / menit, gerakan janin aktif ekstremitas tidak terdapat oedem, tidak ada varices, kuku bersih tidak pucat. Hasil laboratorium Hb: 11,4 gr% dan urin protein negatif.

Catatan perkembangan ke 2 melalui media *whatsapp* pada 7 februari 2023 ibu mengatakan telah melakukan USG dengan dokter SpOG pada usia kehamilan 36 minggu didapatkan hasil janin tunggal, hidup intra uterin, djj(+) 145x/m, TBJ 1,97 kg, kepala belum masuk panggul, diminta kontrol 1 minggu lagi.

2. Asuhan Kebidanan pada Persalinan

Asuhan kebidanan persalinan ini dilakukan melalui *Whatsapp* pada tanggal 25 februari 2023 saat usia kehamilan Ny. P 38 minggu 4 hari. Ny P datang ke puskesmas untuk priksa kehamilan dan mengatakan sudah dijadwalkan untuk ke rumahsakit NAS, dan ibu berencana datang pada hari senin karena saat pemeriksaan terakhir kepala belum masuk panggul. Pada pemeriksaan objektif keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TD 119/71 mmHg, N 85x/m, s 36,7⁰C, BB 53,5 kg, Lp: 96 cm, pemeriksaan abdomen TFU 28 cm, presentasi kepala, punggung kanan, kepala belum masuk panggul, djj 148x/m.

Dari hasil pemeriksaan tersebut dapat ditegakkan diagnose bahwa Ny. P usia 28 tahun G2P1A0Ah0 Usia Kehamilan 38 minggu 4 hari dengan letak oblique. Penatalaksanaan yang diberikan oleh bidan yaitu memberikan surat rujukan ke poli Obsgyn RSUD NAS, memberikan vitamin fe, vitc dan kalk diminun 1x1.

Catatan Perkembangan Persalinan melalui media *whatsapp* pada tanggal 28 februari 2023 bahwa pada jam 09.57 WIB Ny P telah melahirkan secara Sectio Caesarea pada pukul 09.57 diusia kehamilan 39 minggu oleh

dokter di RSUD Nyi Ageng Serang. berdasarkan catatan pada buku KIA dan anamnesis pada Ny P setelah lahir baik Ny. P maupun bayinya tidak mengalami komplikasi apapun

3. Asuhan kebidanan pada Bayi baru lahir dan Neonatus

a. Kunjungan Neonatus 1 (KN 1 6-48 jam) tanggal 1/03/2023

Kunjungan neonatus 1 dilakukan pada tanggal 1/03/2023 melalui media *whatsapp*. Pengkajian ini dilakukan berdasarkan hasil anamnesa dan juga dokumentasi pemeriksaan di buku KIA ibu dan bayi. Ny.P mengatakan bayinya lahir secara SC pada tanggal 28 Februari 2023 pukul 09. 57 WIB dengan jenis kelamin perempuan berat lahir 2460 gram, Panjang badan 46 cm, lingkar kepala 32 cm. berdasarkan catatan pada buku KIA dan anamnesis pada Ny P setelah lahir baik Ny. P maupun bayinya tidak mengalami komplikasi apapun, namun beratnya kurang dari 2500 gram, srta mengalami stunting, bayinya saat lahir segera menangis, dilakukan IMD, sudah diberikan suntikan vitamin K dan salep mata serta imunisasi HB 0

b. Kunjungan Neonatus 2 (KN 2 hari 3-7)

Kunjungan neonatus 2 dilakukan pada tanggal 06/03/2023 melalui media *whatsapp*. Pengkajian ini dilakukan berdasarkan hasil anamnesa dan juga dokumentasi pemeriksaan di buku KIA ibu dan bayi. Ny.P mengatakan jahitan SC kadang nyeri, bayinya sehat dan menyusui dengan baik namun sedikit susah dibangunkan. Keadaan umum By. Ny. P baik, berat badan saat ini adalah 2410 gram panjang badan 47 cm warna kulit sedikit kuning, BAK \pm 3-4 kali sehari, BAB 2-3 kali sehari, bayi dimandikan 2 kali sehari dan tali pusat sudah lepas, tidak ada perdarahan ataupun kemerahan dan tidak ada pengeluaran apapun dari pusat bayinya.

Kemudian dari hasil pengkajian yang telah didapatkan, selanjutnya disusun rencana asuhan yaitu memberikan KIE kepada ibu bahwa penurunan berat badan bayi dalam minggu pertama kelahiran adalah hal yang normal karena adanya adaptasi bayi di luar kandungan, penurunan

yang normal adalah tidak lebih dari 10% berat badan lahir. Kemudian memberikan KIE kepada ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayinya seperti memakaikan topi dan mengganti popok yang basah. KIE ASI lebih sering lagi setiap 2 jam sekali agar kuning pada tubuh bayi segera menghilang dan ASI eksklusif, KIE perawatan tali pusat dan perawatan bayi, serta KIE tanda bahaya bayi baru lahir

c. Kunjungan Neonatus 2 (KN 2 hari 8-28)

Kunjungan neonatus 3 dilakukan pada tanggal 16 maret 2023 melalui media whatsapp. Pengkajian ini dilakukan berdasarkan hasil anamnesa dan juga dokumentasi pemeriksaan di buku KIA ibu dan bayi. Ny.P mengatakan jahitan SC kadang masih nyeri namun tidak mengganggu aktifitas, bayinya sehat dan menyusu dengan baik. Keadaan umum By. Ny. P baik, kesadaran penuh, berat badan terakhir adalah 2500 gram, panjang badan 47 cm, S 36,8⁰C warna kulit kemerahan dan tidak kuning.

Kemudian dari hasil pengkajian yang telah didapatkan, selanjutnya disusun rencana asuhan yaitu memberikan pujian dan support kepada ibu, KIE ASI on demand dan ASI eksklusif, KIE kenaikan berat badan bayi yang harus dicapai dalam bulan pertama kelahiran, memberikan KIE untuk kehangatan bayi, serta KIE tanda bahaya bayi baru lahir, menganjurkan ibu untuk mengikuti posyandu untuk melakukan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan bayi setiap bulannya, serta rencana imunisasi bayi. Terakhir melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan.

4. Asuhan Kebidanan pada masa nifas dan KB

a. Kunjungan Nifas 1 (KF 1 6-48 jam)

Kunjungan nifas 1 dilakukan pada tanggal 01/03/2023 melalui media *whatsapp*. Pengkajian ini dilakukan berdasarkan hasil anamnesa dan juga dokumentasi pemeriksaan di buku KIA ibu dan bayi. Ibu mengatakan jahitan SC masih nyeri, ibu mengaku bisa beristirahat, ibu dapat duduk maupun berjalan ke kamar mandi perlahan, sudah BAK.

ganti pembalut 3-4 kali sehari, ASI sudah keluar sedikit, ibu mengaku menyusui bayi 2-3 jam sekali, ibu masih sedikit takut menggendong bayinya, ibu makan 3 kali sehari dan minum air putih 2 liter dalam sehari.

Pada hasil pemeriksaan yang terdokumentasikan pada buku KIA hasil pemeriksaan objektif adalah ibu keadaan umum baik, kesadaran penuh, tanda-tanda vital dalam batas normal, ASI keluar sedikit, lochea rubra dalam batas normal, jahitan SC tertutup verban dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Kemudian analisa yang didapat yaitu Ny. P umur 28 tahun P2A0Ah1 Post SC hari ke-2. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu menganjurkan ibu untuk mencukupi kebutuhan makan minum dengan gizi seimbang. Protein membantu penyembuhan luka, proses kembalinya organ kandungan seperti sebelum hamil dan produksi ASI. KIE kebersihan genitalia, KIE menyusui on demand dengan teknik dan cara yang benar sesuai yang telah diajarkan bidan di RS. KIE kelola stress dan pemberian support, KIE tanda bahaya masa nifas, KIE minum obat dan vitamin secara rutin dan melakukan dokumentasi asuhan yang telah diberikan

b. Kunjungan Nifas 2 (KF 2 3-7 hari)

Kunjungan nifas 2 dilakukan pada tanggal 06/03/2023 melalui media *whatsapp*. Pengkajian ini dilakukan berdasarkan hasil anamnesa dan juga dokumentasi pemeriksaan di buku KIA ibu dan bayi. Ibu mengatakan telah kontrol ke rumah sakit dan mengatakan kadang marih merasakan nyeri pada bekas SC, ibu mengatakan sedikit kurang istirahat pada malam hari karena menyusui bayinya namun suami juga membantu untuk mengurus bayinya dan pekerjaan rumah lainnya sehingga tidak terlalu lelah, sudah BAK dan BAB tidak ada keluhan, ganti pembalut 3-4 kali sehari, ASI sudah keluar lancar, ibu mengatakan menyusui bayi 2 jam sekali, ibu makan 3-4 kali sehari dan minum air putih 2 liter dalam sehari. Ibu mengatakan tidak ada masalah dalam menyusui.

Pada hasil pemeriksaan yang terdokumentasikan pada buku KIA hasil pemeriksaan objektif adalah keadaan umum baik, kesadaran penuh, tanda-tanda vital dalam batas normal, ASI keluar, lochea sanguilenta dalam batas normal, jahitan SC masih terpasang perban namun ibu mengatakan saat kontrol di rumah sakit jahitan SC baik, dan tidak ada tanda-tanda infeksi, ekstremitas tidak ada pembengkakan. Kemudian analisa yang diambil yaitu Ny.P umur 28 tahun P2A0Ah1 Post SC hari ke-7 membutuhkan asuhan nifas 3-7 hari.

Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberitahu ibu untuk tetap menyusui bayi setiap 2 jam atau sesuai dengan kemauan bayi atau *asi on demand*. Menganjurkan ibu untuk mencukupi kebutuhan istirahat dengan tidur apabila bayi tertidur sebaiknya ibu juga istirahat, makan minum dengan gizi seimbang. Protein hewani membantu penyembuhan luka seperti mengkonsumsi telur ayam dan protein nabati seperti tahu serta tempe, proses kembalinya organ kandungan seperti sebelum hamil dan produksi ASI. KIE kebersihan genitalia, KIE menyusui on demand dengan teknik dan cara yang benar sesuai yang telah diajarkan bidan di RS. KIE kelola stress dan pemberian support, KIE tanda bahaya masa nifas, KIE minum obat dan vitamin secara rutin dan melakukan dokumentasi asuhan yang telah diberikan.

c. Kunjungan Nifas 3 (KF 3 8-28 hari)

Kunjungan neonatus 3 dilakukan pada tanggal 16 maret 2023 melalui media whatsapp. Pengkajian ini dilakukan berdasarkan hasil anamnesa dan juga dokumentasi pemeriksaan di buku KIA ibu dan bayi. Ny.P mengatakan jahitan SC kadang masih nyeri namun tidak mengganggu aktifitas,

Produksi ASI Ibu sudah semakin banyak karena ibu menyusui bayinya 1-2 jam sekali atau sesuai keinginan bayi. Bila bayi tidur, Ibu membangunkan bayinya untuk menyusu. Bayi sudah dapat menyusu dengan baik dan kuat. Ibu hanya memberikan ASI saja kepada

bayinya tanpa tambahan susu formula atau lainnya. Ibu berencana memberikan ASI Eksklusif kepada bayinya selama 6 bulan.

Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada pola nutrisi selama masa nifas. Pola nutrisi : makan sehari 3-4 x/hari dengan porsi banyak, terdiri dari nasi, sayur, lauk, buah kadang-kadang. Minum air putih sehari kira-kira 8-10 gelas, susu atau jus 1 gelas/hari, tidak ada keluhan. Pola eliminasi : BAB 1-2x/hari konsistensi dan bau normal, tidak ada keluhan. BAK 5-6x/hari konsistensi dan bau normal, tidak ada keluhan. Ibu mengatakan pola istirahat, tidur siang kurang lebih 1 jam/hari, dan tidur malam kurang lebih 6 jam/hari meskipun terbangun saat bayi ingin menyusu. Pola personal hygiene mandi 2x/hari, ganti baju 2x/hari, dan ganti celana 2x/hari. Pola hubungan seksual. Ibu belum melakukan hubungan seksual dengan suami setelah melahirkan karena masih dalam masa nifas.

Ibu tidak mengalami kesulitan menghadapi masa nifas dan merawat bayinya karena dibantu suami dan orang tuanya. Pola aktifitas ibu saat ini hanya mengurus anaknya. Suami bekerja sebagai petani dan kadang berdagang. Suami dan keluarga selalu membersihkan diri ketika pulang dari berpergian sebelum bertemu dengan keluarga. Hubungan ibu dengan suami, keluarga serta lingkungan sekitar baik, Ibu dan suami sangat senang dengan kelahiran anak pertamanya. Demikian juga dengan orang tuanya.

Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital ibu diperoleh, Keadaan Umum: Baik, Kesadaran : Composmentis, Tekanan Darah : 110/70 mmHg, Nadi : 88 x/menit, Pernapasan : 20 x/menit, Suhu : 36,7°C. Hasil pemeriksaan fisik (Head to Toe) menunjukkan hasil tidak ditemukan adanya tanda kelainan, oedem, massa/benjolan, tidak pucat, tidak ada perubahan warna kulit, payudara simetris, tidak ada benjolan, puting menonjol, ASI (+) lancar, TFU tidak teraba, kandung kemih kosong, lochea serosa (kuning kecokelatan) dengan warna dan bau khas, ganti pembalut 3-4/hari (pembalut biasa), jahitan SC kering

dan tidak ada tanda infeksi, tidak teraba massa/benjolan abnormal disekitar genitalia, tidak oedem dan tidak ada tanda infeksi. Anus tidak ada haemoroid.

Ibu mengatakan bisa beristirahat karena dibantu suami untuk mengurus bayinya dan pekerjaan rumah lainnya. Hasil pemeriksaan nifas hari ke-17 pada Ny P menunjukkan hasil normal dan baik. Tidak ditemukan tanda bahaya masa nifas, tidak pusing dan lemas, tidak ada tanda infeksi, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada pembengkakan payudara dan mastitis, tidak ada benjolan/massa abnormal, tidak ada tanda depresi postpartum, tidak ada nyeri perut hebat.

Kemudian dari hasil pemeriksaan tersebut ditegakkan diagnosa Ny. P umur 28 tahun P2A0Ah1 Post SC hari ke-17 membutuhkan asuhan nifas 8-28 hari. Dari diagnosa tersebut maka dilakukan penatalaksanaan sebagai berikut. Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan sehat, memberikan dukungan dan pujian untuk melakukan ASI eksklusif, menganjurkan ibu untuk menjaga pola makan gizi seimbang, kebersihan genitalia, kelola stress dan istirahat yang cukup. Mulai menyinggung masalah kontrasepsi dan kapan sebaiknya melakukan hubungan seksual, KIE tanda bahaya nifas, KIE protokol kesehatan, dan dokumentasi asuhan

d. Kunjungan Nifas 4 (KF 4 29-42 hari) dengan KB

Kunjungan nifas 4 dilakukan pada tanggal 6 April 2023 pukul 09.00 WIB melalui secara langsung di puskesmas samigaluh 1. Pengkajian ini dilakukan berdasarkan hasil anamnesa langsung, pemeriksaan, dan juga dokumentasi pemeriksaan di buku KIA ibu dan bayi. Ibu mengatakan sudah tidak ada keluhan dan datang ke puskesmas untuk imunisasi bayinya yaitu BCG serta berencana menggunakan KB, ibu memilih KB suntik karena takut dengan KB lainnya.

Hasil pemeriksaan nifas post SC hari ke 37 pada Ny P menunjukkan hasil normal dan baik. Tidak ditemukan tanda bahaya masa nifas, tidak

pusing dan lemas, tidak ada tanda infeksi, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada pembengkakan payudara dan mastitis, tidak ada benjolan/massa abnormal, tidak ada tanda depresi postpartum, tidak ada nyeri perut hebat.

Dari hal tersebut dapat ditegakkan analisa yaitu Ny.P umur 28 tahun P2A0Ah1 post SC hari ke-35 membutuhkan asuhan nifas 29-42 hari. Penatalaksanaan yang dilakukan pada KF 4 ini berfokus pada keluarga berencana, maka dari itu pada kasus Ny.P ini diberikan KIE sebagai berikut. Tetap memberikan dukungan dan pujian kepada ibu untuk melakukan ASI eksklusif, menganjurkan ibu untuk tetap menjaga pola nutrisi gizi seimbang, personal hygiene, pengelolaan stress, dan pola istirahat yang cukup, menjelaskan tentang kontrasepsi pada Ny P mendukung Ny. P yang sudah memutuskan untuk menggunakan kontrasepsi suntik dengan alasan takut menggunakan alat kontrasepsi yang lain

B. Tinjauan Teori

1. Asuhan Berkesinambungan/ COC

Continuity of care dalam kebidanan merupakan serangkaian kegiatan pelayanan berkesinambungan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, serta keluarga berencana. Kemenkes RI menyatakan bahwa asuhan kebidanan berkelanjutan terdiri dari pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan, dan masa sesudah melahirkan, penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi, serta pelayanan kesehatan seksual diselenggarakan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara menyeluruh terpadu dan berkesinambungan. *Continuity of care* yang dilakukan oleh bidan pada umumnya berorientasi untuk meningkatkan kesinambungan pelayanan dalam suatu periode.

Continuity of care memiliki 3 jenis pelayanan yaitu manajemen, informasi dan hubungan. Kesinambungan manajemen melibatkan komunikasi antar perempuan dan bidan. Kesinambungan informasi

menyangkut ketersediaan waktu yang relevan. Kedua hal tersebut penting untuk mengatur dan memberikan pelayanan kebidanan.⁴ Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan dari bidan hampir 8 kali lipat lebih besar untuk melakukan persalinan di bidan yang sama. Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan oleh bidan melaporkan kepuasan lebih tinggi terkait informasi, saran, penjelasan, tempat persalinan, persiapan persalinan, pilihan untuk menghilangkan rasa sakit dan pengawasan oleh bidan. Penelitian di Denmark memiliki kesamaan hasil penelitian bahwa dengan *Continuity of care* mendapatkan pengalaman yang membaik, mengurangi morbiditas maternal, mengurangi penggunaan intervensi pada saat persalinan termasuk operasi Caesar, meningkatkan jumlah persalinan normal dibandingkan dengan perempuan yang merencanakan persalinan dengan tindakan. Hasil yang signifikan secara *continuity of care* secara women center meliputi dukungan, partisipasi dalam pengambilan keputusan, perhatian terhadap psikologis, kebutuhan dan harapan pada saat akan melahirkan, informasi dan menghargai perempuan.⁵

2. Kehamilan

a. Pengertian

1) Kehamilan adalah masa mulai dari ovulasi sampai partus kira-kira 280 hari (40 minggu) dan tidak lebih dari 300 hari (43 minggu). Kehamilan 40 minggu disebut sebagai kehamilan matur (cukup bulan), dan bila lebih dari 43 minggu disebut sebagai kehamilan post matur. Kehamilan antara 28 sampai 36 minggu disebut kehamilan prematur. Ditinjau dari tuanya kehamilan, kehamilan dibagi 3 bagian, masing-masing:

- a) Kehamilan trimester pertama (antara 0 sampai 12 minggu);
- b) Kehamilan trimester kedua (antara 12 sampai 28 minggu);
- c) Kehamilan trimester ketiga (antara 28 sampai 40 minggu).

Janin yang dilahirkan dalam trimester ketiga telah *viable* (dapat hidup).¹³

2) Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam tiga triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan.¹⁴

b. Etiologi

Suatu kehamilan akan terjadi bila terdapat 5 aspek berikut, yaitu:

1) Ovum

Ovum adalah suatu sel dengan diameter + 0,1 mm yang terdiri dari suatu nukleus yang terapung-apung dalam vitelus dilingkari oleh zona pellusida oleh kromosom radiata.

2) Spermatozoa

Berbentuk seperti kecebong, terdiri dari kepala berbentuk lonjong agak gepeng berisi inti, leher yang menghubungkan kepala dengan bagian tengah dan ekor yang dapat bergerak sehingga sperma dapat bergerak cepat.

3) Konsepsi

Konsepsi adalah suatu peristiwa penyatuan antara sperma dan ovum di tuba fallopii.

4) Nidasi

Nidasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi ke dalam endometrium.

5) Plasentasi

Plasentasi adalah alat yang sangat penting bagi janin yang berguna untuk pertukaran zat antara ibu dan anaknya dan sebaliknya.¹⁰

c. Tanda dan gejala Kehamilan

1) Tanda Mungkin Kehamilan¹⁵

a) *Amenore* (tidak dapat haid)

- b) Tanda *hegar*: isthmus uteri sedemikian lunaknya hingga jika diletakkan 2 jari dalam fornix posterior dan tangan lainnya pada dinding perut diatas symphyse, maka isthmus ini tidak teraba seolah-olah corpus uteri sama sekali terpisah dari cervix.
 - c) Tanda *piskasek*: perubahan uterus yang menjadi tidak rata.
 - d) Perubahan pada cervix : dalam kehamilan cervix menjadi lunak pada perabaan selunak bibir atau ujung bawah daun telinga.
 - e) *Braxton hicks*: kontraksi uterus pada palpasi
 - f) Pembesaran uterus dan disertai pembesaran perut.
 - g) Tanda *chadwik*: warna selaput lender vulva dan vagina menjadi biru keunguan
 - h) Tes kehamilan: adanya gonadotropin korionik pada urin dan serum.¹⁵
- 2) Tanda Pasti Hamil
- a) Mendengar DJJ.
 - b) Melalui USG dapat terlihat rangka janin.
 - c) Pemeriksa dapat merasa dan melihat pergerakan janin.¹⁵
- d. Perubahan Fisik pada Kehamilan
- 1) Traktus Genitalia
- a) Uterus

Uterus yang semula beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hyperplasia sehingga pada akhir kehamilan beratnya menjadi 1000 gr. Pada usia kehamilan 28 minggu panjang fundus uteri 25 cm, usia kehamilan 32 minggu menjadi 27 cm dan di usia kehamilan 36 minggu panjangnya 30 cm. regangan dinding rahim kerana besarnya pertumbuhan dan perkembangan janin menyebabkan isthmus uteri tertarik ke atas dan menipis yang disebut segmen bawah rahim. Serviks uteri mengalami hipervaskularisasi akibat stimulasi

estrogen dan perlunakan akibat progesteron, warna menjadi livide/kebiruan, terjadi perlunakan, sekresi lendir endoserviks meningkat.¹³

b) Vagina dan perineum

Selama proses kehamilan, peningkatan vaskularisasi dan hyperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot perineum serta vulva. Perubahan ini meliputi penipisan mukosa dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan hipertrofi dari sel-sel otot polos. Dinding vagina mengalami peningkatan ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat dan hipertrofi sel otot polos yang kemudian mengakibatkan bertambahnya panjang dinding vagina sebagai persiapan peregangan saat persalinan.

Peningkatan volume sekret vagina, dimana sekresi berwarna keputihan, menebal dengan pH antara 3,5-6, yang merupakan hasil peningkatan produksi asam laktat glikogen yang dihasilkan oleh epitel vagina oleh *Lactobacillus acidophilus*.¹³

c) Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Pada salah satu ovarium dapat ditemukan *corpus luteum graviditatis* namun setelah bulan ke-IV corpus luteum ini menyusut. Fungsi corpus luteum digantikan placenta mulai kehamilan 14 minggu.¹³

2) Perubahan Payudara

Payudara membesar dalam kehamilan yang disebabkan *hipertrofi* dari *alveoli*. Hal ini sering menyebabkan hypersensitivitas pada mammae. *Papilla mammae* akan membesar, lebih tegak, dan tampak lebih hitam serta aerola mammae mengalami hiperpigmentasi. *Glandula Montgomery* tampak lebih menonjol di permukaan areola mammae. Pada kehamilan 12 minggu ke atas dari puting susu dapat keluar cairan berwarna kekuningan yang disebut *colostrum*.¹³

3) Sirkulasi Darah

Volume darah semakin meningkat dimana jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah sehingga terjadi semacam pengenceran darah (*hemodilusi*) dengan puncaknya pada usia kehamilan 32 minggu. Volume darah total ibu meningkat sekitar 30-50% pada kehamilan tunggal dan 50% pada kehamilan ganda. Volume darah total merupakan kombinasi dari volume plasma yang meningkat 75% dan volume sel darah merah yang juga meningkat 33%. Sel darah meningkat jumlahnya untuk dapat mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim, tetapi pertumbuhan sel darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah sehingga terjadi hemodilusi yang disertai anemia fisiologis. Dengan hemodilusi dan anemia fisiologis maka laju endap darah semakin tinggi dan dapat mencapai 4 kali dari angka normal.¹⁶

4) System Respirasi

Kebutuhan O₂ ibu meningkat sebagai respon terhadap percepatan laju metabolik dan peningkatan kebutuhan O₂ jaringan uterus dan payudara. Disamping itu terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar pada usia kehamilan 32 minggu ke atas. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O₂ yang meningkat, ibu hamil akan bernafas lebih dalam sekitar 20-25% dari biasanya.¹³

5) System Digestivus

Estrogen menyebabkan peningkatan aliran darah ke mulut, sehingga gusi menjadi rapuh dan dapat menimbulkan gingivitis. Pengaruh progesteron yang menyebabkan relaksasi otot polos, berdampak pada melemahnya tonus pada sphincter esophagus bagian bawah. Pergeseran diafragma karena penekanan uterus yang diperburuk melemahnya tonus sphincter esophagus, mengakibatkan refluks secret asam dan nyeri ulu hati. Efek progesteron juga berdampak pada otot lambung yang

menyebabkan penurunan motilitas lambung sehingga waktu pengosongan yang memanjang. Pada usus besar menyebabkan konstipasi, karena waktu transit yang lama, semakin banyak air yang di absorpsi.¹³

6) System Urinarius

Pada trimester pertama kandung kemih tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga sering timbul gangguan berkemih. Keadaan ini akan hilang dengan makin tuanya usia kehamilan, bila uterus keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, bila kepala janin mulai turut PAP, kadang kemih tertekan kembali dan keluhan berkemih juga timbul.

Hemodilusi menyebabkan metabolisme air mekin lancer sehingga pembentukan urine akan bertambah. Filtrasi glomerulus bertambah hingga 70%. Efek progesteron menyebabkan pembesaran ureter kanan dan kiri akan tetapi ureter kanan lebih besar karena kurangnya tekanan dibandingkan dengan ureter kiri dan uterus lebih sering memutar ke arah kanan.¹³

7) Metabolisme

Terjadinya peningkatan BMR antara 15-20% mempengaruhi system endokrin yaitu somatotromotitoprin, peningkatan plasma insulin dan hormon-hormon adrenal akibatnya terjadi peningkatan kebutuhan kalori dan sebagai manifestasinya menjadi lapar, sering haus, sering kencing seperti glukosuria. Keseimbangan asam basa berkisar 155 mg/liter, peningkatan kebutuhan protein antara ½ gr/kg BB sehingga terjadi peningkatan BB 6,5 – 16,5 kg, rata-rata 12,5 kg.¹³

8) Perubahan Psikologis

- a) Pada Trimester I terjadi perubahan psikologi berupa penerimaan keluarga khususnya pasutri terhadap kehamilannya, perubahan kehidupan sehari-hari, mencari tanda kehamilan, merasa tidak sehat dan membenci

kehamilannya, merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan, kesedihan, hasrat hubungan seks berbeda, khawatir kehilangan bentuk tubuh, ketidakstabilan mirip sindroma prahaid: mudah marah, ayunan suasana hati, irasionalitas, cengeng, dan perasaan was-was, takut, gembira, dll.¹³

- b) Pada Trimester II terjadi perubahan psikologi yaitu Ibu merasa sehat, perut belum terlalu besar shg blm dirasa beban, sudah menerima kehamilannya, mulai merasa gerak, merasakan kehadiran bayi sbg sesesorang diluar dirinya, merasa terlepas dari rasa cemas dan tidak nyaman dan libido meningkat.
- c) Pada trimester III disebut periode menunggu dan waspada sebab merasa tdk sabar menunggu kelahiran, gerakan bayi dan membesarnya perut, kadang merasa kawatir bayinya lahir sewaktu-waktu, meningkatnya kewaspadaan timbulnya tanda dan gejala persalinan, rasa tidak nyaman, kehilangan perhatian yang di dapatkan selama hamil, semakin ingin menyudahi masa kahamilan, tidak sabaran dan resah, dan bermimpi dan berkhayal tentang si bayi.¹³

e. Perubahan dan Kebutuhan Dasar Kehamilan Trimester III

Saat kehamilan berlangsung ibu hamil akan mengalami perubahan dari masa sebelum hamil hingga hamil trimester lanjut,6 berikut ini hal yang dapat mengalami perubahan pada ibu hamil:

1) Perubahan Fisiologis Ibu Hamil Trimester III

a) Uterus

Saat kehamilan memasuki trimester III tinggi fundus uteri telah mencapai 3 jari diatas umbilikus atau pada pemeriksaan Mc Donald sekitar 26 cm. Pada kehamilan 40 minggu, fundus uteri akan turun kembali dan terletak tiga jari di bawah proses

xifoideus (px) oleh kepala janin yang turun dan masuk ke dalam rongga panggul.

Tabel 1. Tinggi Fundus Uteri Sesuai Usia Kehamilan

Tinggi Fundus Uteri	Usia Kehamilan
1/3 di atas simfisis	12 minggu
½ di atas simfisis – pusat	16 minggu
2/3 di atas simfisis	20 minggu
Setinggi pusat	22 minggu
1/3 di atas pusat	28 minggu
½ pusat –prosesus xifoideus	34 minggu
Setinggi prosesus xifoideus	36 minggu
Dua jari di bawah prosesus xifoideus	40 inggu

b) Payudara

Pada minggu ke-28 hingga ke-40, perubahan payudara yang terjadi pada trimester III akan terasa lebih intens. payudara akan menjadi semakin besar sekaligus berat, areola menjadi lebih gelap, hingga kolostrum keluar dari puting lebih sering ketimbang biasanya.

c) Sistem Kardiovaskuler

Sejak pertengahan kehamilan pembesaran uterus akan menekan vena cava inferior dan aorta bawah ketika berada dalam posisi terlentang, penekanan ini akan mengurangi darah balik vena menuju jantung. Akibatnya, terjadinya penurunan preload dan cardiac output sehingga menyebabkan hipotensi.

d) Sistem pencernaan

Nafsu makan pada akhir kehamilan akan meningkat dan sekresi usus berkurang. Usus besar bergeser ke arah lateral atas dan posterior, sehingga aktivitas peristaltik menurun yang mengakibatkan bising usus menghilang dan konstipasi

umumnya akan terjadi. Aliran darah ke panggul dan tekanan darah ke vena meningkat, menyebabkan terjadinya hemoroid pada akhir kehamilan.

e) Sistem perkemihan

Keluhan sering kencing akan sering muncul pada akhir kehamilan, karena kepala janin mulai turun ke Pintu Atas Panggul (PAP) mendesak kandung kemih. Desakan ini menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh.

f) Perubahan psikologis

Trimester III seringkali disebut periode menunggu dan waspada, ibu sering merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan dialami pada saat persalinan. Ibu merasa khawatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu-waktu, serta takut bayi yang akan dilahirkan tidak normal. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali, merasa diri aneh dan jelek, serta gangguan *body image*.

2) Kebutuhan Dasar Ibu Hamil Trimester III

Selain perubahan yang terjadi pada kehamilan, Adapun kebutuhan ibu hamil yang harus dipenuhi selama masa kehamilan yaitu¹⁷:

a) Oksigenasi

Frekuensi pernafasan mengalami sedikit perubahan selama kehamilan, tetapi volume tidal, volume ventilasi per menit dan pengembalian oksigen permenit akan mengalami penambahan secara signifikan pada kehamilan lanjut. Perubahan ini akan mencapai puncaknya pada minggu ke-37 dan akan kembali seperti sediakala dalam 24 minggu setelah persalinan. Ibu hamil sering mengeluh tentang rasa sesak dan pendek napas, hal ini disebabkan karena diafragma tertekan akibat membesarnya uterus. ibu hamil sebaiknya menghindari tempat yang ramai dan sesak karena akan mengurangi suplai

oksigen

b) Nutrisi

Kekurangan nutrisi selama kehamilan dapat menyebabkan anemia, abortus, Intrauterine Growth Retardation (IUGR), perdarahan puerperalis dan lain-lain. Kelebihan makanan dapat menyebabkan kegemukan, janin terlalu besar dan sebagainya. Ibu hamil dianjurkan mengkonsumsi tambahan energi dan protein sebesar 300-500 kalori dan 17gram protein pada kehamilan. Kebutuhan nutrisi ibu meningkat hingga 300-500 kalori/hari dari menu seimbang. Contoh: nasi tim dari empat sendok makan beras, ½ hati ayam, satu potong tahu, wortel parut, bayam, satu sendok teh minyak goreng dan 400 ml air.

c) Personal hygiene

Kebersihan diri ibu hamil juga perlu dijaga demi kesehatan ibu dan janinnya. Ibu sebaiknya mandi, gosok gigi dan mengganti pakaian minimal 2 kali sehari. Ibu hamil juga perlu menjaga kebersihan payudara, alat genital dan pakaian dalamnya. Kebersihan diri saat hamil perlu diperhatikan karena dapat mencegah timbulnya infeksi, selain itu pada masa kehamilan tubuh akan memproduksi keringat lebih banyak sehingga menimbulkan ketidaknyamanan. Perawatan diri seperti mandi, sikat gigi dan mengganti pakaian merupakan hal yang mempengaruhi kebersihan diri.

d) Vitamin

Asupan nutrisi makanan merupakan pemenuhan asupan gizi yang sangat utama selama kehamilan. Nutrisi pengungkit otak diberikan pada awal kehamilan. Beberapa vitamin yang diberikan selama kehamilan yaitu asam folat, vitamin B12, vitamin A, vitamin B6, vitamin C, kalsium, vitamin B1, zenk, DHA dan tablet fe. Vitamin dan nutrisi yang baik dibutuhkan

oleh ibu hamil untuk mencukupi kebutuhan janin dan mencegah terjadinya anemia, dimana anemia merupakan kekurangan kadar haemoglobin dalam tubuh. Seorang ibu hamil disebut mengalami anemia bila memiliki kadar Hb kurang dari 11 g/dL. Apabila kadar Hb 8-11 g/dL, ibu hamil mengalami anemia ringan. Sedangkan anemia berat terjadi bila kadar hemoglobin kurang dari 8 g/dL.

e) Aktivitas fisik

Suatu program latihan fisik yang sangat penting bagi calon ibu untuk mempersiapkan persalinan baik secara fisik atau mental dengan senam hamil. Aktivitas gerak bagi ibu hamil sangat direkomendasikan karena dapat meningkatkan kebugaran. Aktifitas ini bisa dilakukan dengan senam hamil. Senam hamil merupakan suatu program latihan fisik maupun mental saat menghadapi persalinan. Waktu yang baik untuk melakukan senam hamil adalah saat umur kehamilan menginjak 20 minggu dan seterusnya.

Ibu hamil sangat membutuhkan tubuh yang segar dan bugar agar dapat menjalankan rutinitas. Adapun kondisi tubuh yang demikian dapat diupayakan dengan olah tubuh yang sesuai dengan ibu hamil yaitu senam hamil. Senam hamil berperan untuk memperkuat kontraksi dan mempertahankan kelenturan otot-otot dinding perut, ligamen-ligamen, otot-otot dasar panggul dan lain-lain yang menahan tekanan tambahan dan berhubungan dengan persalinan. Senam hamil dapat diambil manfaatnya untuk perawatan tubuh serta mengurangi timbulnya berbagai gangguan akibat perubahan postur tubuh¹⁸

f) Istirahat

Ibu hamil khususnya pada trimester akhir masih dapat bekerja namun tidak dianjurkan untuk bekerja berat dan

diharapkan dapat mengatur pola istirahat yang baik. Kehamilan trimester III sering diiringi dengan bertambahnya ukuran janin, sehingga kadang kala ibu kesulitan untuk menentukan posisi yang baik dan nyaman saat tidur. Posisi tidur yang dianjurkan adalah miring kiri, kaki kiri lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan diganjal dengan bantal. Ibu hamil sebaiknya memiliki jam istirahat atau tidur yang cukup. Kurang istirahat atau tidur dapat menyebabkan ibu hamil terlihat pucat, lesu dan kurang gairah. Usahakan tidur malam kurang lebih 8 jam dan tidur siang kurang lebih 1 jam.

g) Seksual

Ibu hamil tetap dapat melakukan hubungan seksual dengan suaminya sepanjang hubungan tersebut tidak mengganggu kehamilan. Pilihlah posisi yang nyaman dan tidak menyebabkan nyeri bagi wanita hamil. pada usia kehamilan yang belum cukup bulan dianjurkan untuk menggunakan kondom, untuk mencegah terjadinya keguguran maupun persalinan prematur. Prostaglandin pada sperma dapat menyebabkan kontraksi dan memicu terjadinya persalinan.

f. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Tanda bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil trimester III, yaitu (Romauli, 2014 dalam lombu 2018):¹⁹

1) Perdarahan Pervagina

Perdarahan pada kehamilan setelah 22 minggu sampai sebelum bayi dilahirkan disebut sebagai perdarahan pada kehamilan lanjut atau perdarahan antepartum. Adapun beberapa masalah yang dapat menyebabkan perdarahan pada kehamilan lanjut yaitu:

- a) Solusio plasenta adalah terlepasnya plasenta yang letaknya normal pada korpus uteri sebelum janin lahir. Biasanya terjadi pada trimester ketiga, walaupun dapat pula terjadi setiap saat

dalam kehamilan. Bila plasenta yang terlepas seluruhnya disebut solusio plasenta totalis. Bila hanya sebagian disebut solusio plasenta parsialis atau bisa juga hanya sebagian kecil pinggir plasenta yang lepas disebut ruptur sinus marginalis.

b) Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruhnya pembukaan jalan lahir. Pada keadaan normal plasenta terletak pada bagian atas uterus.

c) Keluar cairan pervagina

Pengeluaran cairan pervaginam pada kehamilan lanjut merupakan kemungkinan mulainya persalinan lebih awal. Bila pengeluaran berupa mucus bercampur darah dan mungkin disertai mules, kemungkinan persalinan akan dimulai lebih awal. Bila pengeluaran berupa cairan, perlu diwaspadai terjadinya ketuban pecah dini (KPD). Menegakkan diagnosis KPD perlu diperiksa apakah cairan yang keluar tersebut adalah cairan ketuban. Pemeriksaan dilakukan dengan menggunakan speculum untuk melihat darimana asal cairan, kemudian pemeriksaan reaksi Ph basa. Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan preterm sebelum kehamilan 37 minggu maupun kehamilan aterm.

2) Gerakan janin tidak terasa

Apabila ibu hamil tidak merasakan gerakan janin sesudah usia kehamilan 22 minggu atau selama persalinan, maka waspada terhadap kemungkinan gawat janin atau bahkan kematian janin dalam uterus. Gerakan janin berkurang atau bahkan hilang dapat terjadi pada solusio plasenta dan ruptur uteri. Keadaan normal gerakan janin yaitu setidaknya 10 kali gerakan dalam 12 jam.

Ibu tidak merasakan gerakan janin sesudah kehamilan trimester III. Normalnya ibu mulai merasakan janinnya bayinya lebih awal. Jika bayi tidur, gerakannya akan melemah. Gerakan

janin akan lebih mudah terasa jika ibu berbarig atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik. Gejala yang akan terjadi gerakan bayi kurang dari 3 kali dalam periode 3 jam.

3) Nyeri perut hebat

Nyeri perut kemungkinan tanda persalinan preterm, ruptur uteri, solusio plasenta. Nyeri perut hebat dapat terjadi pada ruptur uteri disertai shock, perdarahan intra abdomen dan atau pervaginam, kontur uterus yang abnormal, serta gawat janin atau DJJ tidak ada.

4) Nyeri kepala hebat disertai tekanan darah tinggi

Nyeri kepala hebat disertai tekanan darah tinggi harus diwaspadai hal ini berkaitan dengan preeklamsia. Preeklamsia merupakan komplikasi yang dapat terjadi pada masa kehamilan. Komplikasi ini ditandai dengan tekanan darah yang mencapai angka 140/90 mmHg. Biasanya kondisi ini terjadi setelah kehamilan memasuki usia 20 minggu (akhir trimester kedua sampai trimester ketiga). Komplikasi ini dapat membahayakan organ-organ tubuh lainnya seperti ginjal dan hati. Preeklampsia juga dianggap sebagai kondisi yang paling sering mendahului eklampsia.

Eklampsia itu sendiri merupakan kondisi kehamilan yang disertai kejang akibat tekanan darah tinggi. Diagnosis preeklampsia dapat dilakukan dengan melihat adanya gejala pada pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium. Hal utama yang perlu diperhatikan adalah kenaikan tekanan darah sistole 140 mmHg - \leq 160 mmHg dan diastole yang mencapai 90 - \leq 110 mm. Selain itu, pemeriksaan laboratorium juga diperlukan untuk melihat proteinuria. Tujuannya untuk mengetahui jika terdapat protein pada urine. Hal lain adalah melihat edema (penimbunan cairan) pada betis, perut, punggung, serta wajah atau tangan. Klasifikasi preeklamsia:

- a) Preeklampsia, Kenaikan tekanan darah mencapai 140mmHg/90 mmHg- \leq 160mmHg/110mmHg, Proteinuria
Jika didapatkan adanya protein di dalam pemeriksaan urine, dan Edema (penimbunan cairan) pada betis, perut, punggung, wajah atau tangan.
- b) Preeklampsia berat, Tekanan darah \geq 160mm / \geq 110mmHg, Peningkatan kadar enzim hati, Oliguria (400 ml/24 jam), Proteinuria (protein dalam air seni 3g/l), Nyeri ulu hati, Gangguan penglihatan atau nyeri kepala bagian depan yang berat, Perdarahan di retina (bagian mata), Edema (penimbunan cairan) pada paru.

Penanganan preeklampsia dilakukan sesuai dengan gejala yang muncul. Pada preeklampsia ringan, penanganannya bisa dilakukan dengan rawat jalan (ambulator) maupun rawat inap (hospitalisasi). memerlukan diet khusus atau pengurangan konsumsi garam. Meski demikian, perlu diperhatikan asupan nutrisi. Dokter juga bisa saja tidak memberikan antihipertensi. Penanganan rawat inap (hospitalisasi) diperlukan apabila Anda mengalami hipertensi yang menetap selama lebih dari 2 minggu. Hal lain yang membuat perawatan ini adalah jika terdapat proteinuria yang menetap selama lebih dari 2 minggu. Selain itu, hasil tes laboratorium yang abnormal dan perlunya dilakukan pemeriksaan serta monitoring teratur juga memerlukan penanganan rawat inap. Monitoring teratur biasanya diperlukan untuk pengecekan tekanan darah, penimbangan berat badan, dan pengamatan gejala preeklampsia berat serta eklampsia. Pada preeklampsia berat, komplikasi kehamilan ditandai dengan timbulnya tekanan darah tinggi 160/110 mmHg atau lebih disertai proteinuria dan/atau edema pada kehamilan 20 minggu atau lebih. Penanganan dapat dilakukan berdasarkan usia kehamilan dan perkembangan gejala-gejala preeklampsia berat. Penanganan yang

bisa dilakukan adalah perawatan aktif. Artinya kehamilan harus segera diakhiri.

g. Program Pemeriksaan Kehamilan

Menurut Peraturan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 21 tahun 2021 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual, bahwa selama kehamilan ibu hamil wajib melakukan pemeriksaan antenatal care terpadu. Pelayanan antenatal secara terpadu merupakan pelayanan komprehensif dan berkualitas yang dilakukan secara terintegrasi dengan program pelayanan kesehatan lainnya termasuk pelayanan kesehatan jiwa.²⁰ Pelayanan antenatal sesuai standar dan secara terpadu meliputi:

- 1) deteksi dini masalah penyakit
- 2) pemeriksaan kehamilan dan penyulit atau komplikasi kehamilan
- 3) konseling dukungan psikososial dan penilaian kesehatan jiwa oleh psikologi
- 4) pelayanan medis pemeriksaan gigi
- 5) pemeriksaan status gizi
- 6) pemeriksaan laboratorium lengkap

Menurut Kemenkes RI tahun 2020, telah memberikan rekomendasi terbaru terkait kunjungan antenatal care yang sebaiknya dilakukan oleh ibu hamil selama masa pandemi Covid-19, yaitu minimal 6 kali kunjungan, 2 kunjungan di Trimester 1, 1 kunjungan di Trimester 2, dan 3 kunjungan di Trimester 3, dan sebaiknya terdapat 2 kunjungan yang diperiksa oleh dokter, yaitu saat kunjungan pertama di Trimester 1 dan saat kunjungan ke-5 di Trimester 3. Kunjungan pertama dilakukan untuk melakukan skrining keadaan ibu, sementara kunjungan kelima dilakukan untuk mendeteksi komplikasi kehamilan dan mempersiapkan persalinan.²⁰

Berdasarkan rekomendasi focused antenatal care (FANC) dari WHO, setiap wanita hamil wajib melakukan kunjungan antenatal care selama masa kehamilan di fasilitas kesehatan, pada tahun 2016 WHO telah mengeluarkan rekomendasi terbaru, yaitu menyarankan ibu hamil untuk melakukan antenatal care sebanyak 8 kali kunjungan.²¹

Tabel 2. Perbandingan jadwal Kunjungan Model Kemenkes 2020 dengan Model WHO 2016

Kemenkes RI 2020	WHO 2016
	TRIMESTER I
K1, K2	K1: minggu ke-12
	TRIMESTER II
K3	K2: minggu ke-20 K3: minggu ke-26
	TRIMESTER III
K4, K5, K6	K4: minggu ke-30 K5: minggu ke-34 K6: minggu ke-36 K7: minggu ke-38 K8: minggu ke-40

Berdasarkan PERMENKES RI No. 4 Tahun 2019 mengenai ‘Standard Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan’ yang direkomendasikan oleh kementerian kesehatan RI, standar minimal kualitas antenatal care di Indonesia mencakup “10 T” yaitu:

- 1) Pengukuran berat badan ibu
- 2) Pengukuran tekanan darah ibu
- 3) Penilaian status gizi dengan mengukur lingkaran lengan atas (LILA)
- 4) Pengukuran tinggi fundus uteri (TFU)
- 5) Penentuan presentasi janin dan pemeriksaan denyut jantung janin
- 6) Pemberian imunisasi toxoid tetanus sesuai status imunisasi
- 7) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet
- 8) Pemeriksaan laboratorium (Golongan Darah, Hb, Glukoprotein

Urin) dan atau berdasarkan indikasi (HBsAg, Sifilis, HIV, Malaria, TBC)

9) Tatalaksana/penanganan kasus

10) Temu wicara (konseling) termasuk P4K serta KB PP. Pada konseling yang aktif dan efektif, diharapkan ibu hamil dapat melakukan perencanaan kehamilan dan persalinannya dengan baik serta mendorong ibu hamil dan keluarganya untuk melahirkan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan

h. Kekurangan Energi Kronik (KEK)

1) Pengertian

Kekurangan Energi Kronis (KEK) adalah keadaan di mana seseorang mengalami kekurangan gizi (kalori dan protein) yang berlangsung lama atau menahun. Risiko Kekurangan Energi Kronis (KEK) adalah keadaan di mana seseorang mempunyai kecenderungan menderita KEK. Seseorang dikatakan menderita risiko KEK bilamana Lingkar Lengan Atas (LILA) <23,5 cm.²²

2) Penyebab KEK pada Ibu Hamil

Keadaan KEK terjadi karena tubuh kekurangan satu atau beberapa jenis zat gizi yang dibutuhkan. Beberapa hal yang dapat menyebabkan tubuh kekurangan zat gizi antara lain: jumlah zat gizi yang dikonsumsi kurang, mutunya rendah atau keduanya. Zat gizi yang dikonsumsi juga mungkin gagal untuk diserap dan digunakan untuk tubuh. Penyebab utama terjadinya KEK pada ibu hamil yaitu sejak sebelum hamil ibu sudah mengalami kekurangan energi, karena kebutuhan ibu hamil lebih tinggi dari ibu yang tidak sedang hamil. Kehamilan menyebabkan meningkatnya metabolisme energi, karena itu kebutuhan energi dan zat gizi lainnya meningkat selama masa hamil.²³

3) Tanda dan gejala KEK

a) Tanda-tanda KEK menurut Sediaoetomo, (2002), meliputi:
Lingkar lengan atas (LILA) kurang dari 23,5 cm, badan kurus,

rambut kusam, turgor kulit kering, conjungtiva pucat, tensi kurang dari 100 mmHg, Hb kurang dari normal (<11 gr%).

- b) Gejala KEK menurut Winkjosastro, (2002), meliputi: Nafsu makan kurang, mual, badan lemas, mata berkunang-kunang.²²

4) Komplikasi KEK

Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil dapat menyebabkan resiko dan komplikasi antara lain

- a) Pada Ibu Ibu lemah dan kurang nafsu makan, perdarahan pada masa kehamilan, anemia, kemungkinan terjadi infeksi semakin tinggi
- b) Pada waktu persalinan Pengaruh gizi kurang terhadap proses persalinan dapat mengakibatkan persalinan sulit dan lama, persalinan sebelum waktunya (premature), perdarahan postpartum, persalinan dengan tindakan operasi caesar cenderung meningkat.
- c) Pada Janin Keguguran (abortus), bayi lahir mati, cacat bawaan, keadaan umum dan kesehatan bayi baru lahir kurang, anemia pada bayi, asfiksia intrapartum, BBLR
- d) Pada Ibu Menyusui Produksi/volume ASI berkurang, anemia, kemungkinan terjadi infeksi lebih tinggi, ibu lemah dan kurang nafsu makan²²

5) Pencegahan KEK ibu hamil

Cara pencegahan KEK adalah meningkatkan konsumsi makanan bergizi yaitu: makan makanan yang banyak mengandung zat besi dari bahan makanan hewani (daging, ikan, ayam, hati, telur) dan bahan makanan nabati (sayuran berwarna hijau tua, kacang-kacangan, tempe). Makan sayur sayuran dan buah-buahan yang banyak mengandung vitamin C (daun katuk, singkong, bayam, jambu, tomat, jeruk, dan nanas) sangat bermanfaat untuk meningkatkan penyerapan zat besi dalam usus. Serta menambah

pemasukan zat besi kedalam tubuh dengan minum tablet penambah darah²²

6) Penatalaksanaan KEK ibu hamil

Penatalaksanaan ibu hamil dengan KEK yaitu dengan cara penyelenggaraan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dimana PMT yang dimaksud adalah berupa makanan tambahan bukan sebagai pengganti makanan utama sehari-hari. Makanan tambahan pemulihan ibu hamil dengan KEK adalah makanan bergizi yang diperuntukkan bagi ibu hamil sebagai makanan tambahan untuk pemulihan gizi, makanan tambahan pada ibu hamil diutamakan berupa sumber protein hewani maupun nabati misalnya seperti ikan, telur, daging, ayam, kacang-kacangan dan hasil olahan seperti tempe dan tahu. Makanan tambahan diberikan sekali sehari selama 90 hari berturut-turut, berbasis makanan lokak dapat diberikan makanan keluarga atau makanan kudapan lainnya. Adapun penatalaksanaan ibu hamil dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK) menurut para ahlinya, yaitu:

- a) Memberikan penyuluhan dan melaksanakan nasehat atau anjuran
- b) Tambahan Makanan
Makanan pada ibu hamil sangat penting, karena makanan merupakan sumber gizi yang dibutuhkan ibu hamil untuk perkembangan janin dan tubuhnya sendiri (Notoadmojo, 2008). Keadaan gizi pada waktu konsepsi harus dalam keadaan baik, dan selama hamil harus mendapat tambahan protein, mineral dan energi.
- c) Istirahat lebih banyak Ibu hamil sebaiknya menghemat tenaga dengan cara mengurangi kegiatan yang melelahkan siang 4 jam/hari, malam 8 jam/hari
- d) Pemberian Makanan Tambahan (PMT)

PMT yaitu pemberian makanan tambahan disamping makanan yang dimakan sehari-hari untuk mencegah kekurangan energi kronis. Pemberian PMT untuk memenuhi kalori dan protein, serta variasi menu dalam bentuk makanan. Pemenuhan kalori yang harus diberikan dalam program PMT 19 untuk ibu hamil dengan Kekurangan Energi Kronis sebesar 600-700 kalori dan protein 15-20 mg.²²

3. Persalinan

a. 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 lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri).²⁴

Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar yang terjadi pada kehamilan yang cukup bulan (37–42 minggu) dengan ditandai adanya kontraksi uterus yang menyebabkan terjadinya penipisan, dilatasi serviks, dan mendorong janin keluar melalui jalan lahir dengan presentase belakang kepala tanpa alat atau bantuan (lahir spontan) serta tidak ada komplikasi pada ibu dan janin.²⁵

Menurut Prawiroharjo (2002) Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37–42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.²⁴

b. Jenis Persalinan

1) Persalinan spontan

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

2) Persalinan buatan

Persalinan yang di buat dengan tenaga dari luar misalnya vacum atau tindakan caesaria.

3) Persalinan anjuran

Persalinan yang tidak di mulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian piticin atau prostaglandin.²⁶

c. Sebab Persalinan

Sebab mulainya persalinan belum diketahui dengan jelas. Agaknya banyak faktor yang memegang peranan dan bekerjasama sehingga terjadi persalinan. Beberapa teori yang dikemukakan adalah: penurunan kadar progesteron, teori oksitosin, keregangan otot-otot, pengaruh janin, dan teori prostaglandin. Beberapa teori yang menyebabkan mulainya persalinan adalah sebagai berikut :

1) Penurunan Kadar Progesteron

Progesterone menimbulkan relaxasi 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 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu.²⁴

2) Teori Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Di akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga oksitosin bertambah dan meningkatkan aktivitas otot-otot

rahim yang memicu terjadinya kontraksi sehingga terdapat tanda-tanda persalinan.²⁴

3) Keregangan Otot-otot.

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Seperti halnya dengan Bladder dan Lambung, bila dindingnya teregang oleh isi yang bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot dan otot-otot rahim makin rentan. Contoh, pada kehamilan ganda sering terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu sehingga menimbulkan proses persalinan.²⁴

4) Pengaruh Janin

Hipofisedan kelenjar suprarenaljanin rupa-rupanya juga memegang peranan karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasa, karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturasi janin, dan induksi (mulainya) persalinan.

5) Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F₂ atau E₂ yang diberikan secara intravena, intra dan extra amnial menimbulkan kontraksi miometri pada setiap umur kehamilan. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat keluar. Prostaglandin dapat dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. Hal ini juga didukung dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun daerah

perifer pada ibuhamil, sebelum melahirkan atau selama persalinan.²⁴

d. Tanda dan Gejala Persalinan

1) Timbulnya his persalinan ialah his pembukaan dengan sifat-sifatnya sebagai berikut:

- a) Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan.
- b) Makin lama makin pendek intervalnya dan makin kuat intensitasnya.
- c) Kalau dibawa berjalan bertambah kuat
- d) Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan cervix.

2) *Bloody show* (Lendir disertai darah dari jalan lahir) Dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari canalis cervicalis keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa capillair darah terputus.

3) *Premature Rupture of Membrane*

Adalah keluarnya cairan banyak dengan sekonyong-konyong dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin robek. Ketuban biasanya pecah kalau pembukaan lengkap atau hampir lengkap dan dalam hal ini keluarnya cairan merupakan tanda yang lambat sekali. Tetapi kadang-kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, malahan kadang-kadang selaput janin robek sebelum persalinan. Walaupun demikian persalinan diharapkan akan mulai dalam 24 jam setelah air ketuban keluar.²⁶

e. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

1) *Passanger* (Penumpang)

Passanger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksibeberapa faktor, yakni ukuran kepala janin,

presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka plasenta dianggap juga sebagai bagian dari passenger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal.^{27,28}

2) Passageway (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi meskipun itu jaringan lunak, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul perlu diperhatikan sebelum persalinan dimulai.^{27,28}

3) Power (Kekuatan)

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligamen. Kekuatan primer yang diperlukan dalam persalinan adalah his yaitu kontraksi otot-otot rahim, sedangkan sebagai kekuatan sekundernya adalah tenaga meneran ibu.^{27,28}

4) 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.²⁹

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. Ingat bahwa mendengar sama pentingnya dengan memberikan nasihat.^{24,28}

Penelitian di Tanzania menyebutkan bahwa seorang Penolong persalinan yang penuh perhatian adalah:

- a) Ada interaksi positif antara bidan dan wanita
- b) menghormati privasi wanita,
- c) asuhan kebidanan yang aman dan tepat waktu
- d) keterlibatan aktif dalam proses persalinan wanita, dan
- e) pendorong hubungan ibu dan bayi³⁰

5) Psychologic Respons (Psikologis)

Psikologis adalah kondisi psikis klien dimana tersedianya dorongan positif, persiapan persalinan, pengalaman lalu, dan strategi adaptasi/coping .Psikologis adalah bagian yang krusial saat persalinan, ditandai dengan cemas atau menurunnya kemampuan ibu karena ketakutan untuk mengatasi nyeri persalinan. Respon fisik terhadap kecemasan atau ketakutan ibu yaitu dikeluarkannya hormon katekolamin. Hormon tersebut menghambat kontraksi uterus dan aliran darah plasenta.^{28,31}

6) Posisi

Posisi ibu melahirkan dapat membantu adaptasi secara anatomis dan fisiologis untuk bersalin.^{28,32} Petugas kesehatan dapat

memberikan dukungan pada ibu bersalin dengan cara memberi informasi mengenai posisi ibu bersalin.

f. Perubahan Fisiologis dalam Persalinan

1) Uterus

Di uterus terjadi perubahan saat masa persalinan, perubahan yang terjadi adalah kontraksi uterus yang dimulai dari fundus uteri dan menyebar ke depan dan ke bawah abdomen. Segmen Atas Rahim (SAR) dibentuk oleh corpus uteri yang bersifat aktif dan berkontraksi. Dinding akan bertambah tebal dengan majunya persalinan sehingga mendorong bayi keluar. Segmen Bawah Rahim (SBR) dibentuk oleh istmus uteri bersifat aktif relokasi dan dilatasi. Dilatasi makin tipis karena terus diregang dengan majunya persalinan.^{26,24}

2) Perubahan Bentuk Rahim

Setiap terjadi kontraksi, sumbu panjang rahim bertambah panjang sedangkan ukuran melintang dan ukuran muka belakang berkurang. Pengaruh perubahan bentuk rahim ini adalah ukuran melintang menjadi turun, akibatnya lengkungan punggung bayi turun menjadi lurus, bagian atas bayi tertekan fundus, dan bagian tertekan Pintu Atas Panggul. Rahim bertambah panjang sehingga otot-otot memanjang diregang dan menarik. Segmen bawah rahim dan serviks akibatnya menimbulkan terjadinya pembukaan serviks sehingga Segmen Atas Rahim (SAR) dan Segmen Bawah Rahim (SBR).²⁴

3) Faal Ligamentum Rotundum

Pada kontraksi, fundus yang tadinya bersandar pada tulang punggung berpindah ke depan mendesak dinding perut depan ke arah depan. Perubahan letak uterus pada waktu kontraksi ini penting karena menyebabkan sumbu rahim menjadi searah dengan sumbu jalan lahir. Dengan adanya kontraksi dari

ligamentum rotundum, fundus uteri tertambat sehingga waktu kontraksi fundus tidak dapat naik ke atas.²⁴

4) Perubahan Serviks

Pendataran serviks adalah pemendekan kanalis servikalis dari 1-2 cm menjadi satu lubang saja dengan pinggir yang tipis. Pembukaan serviks adalah pembesaran dari ostium eksternum yang tadinya berupa suatu lubang dengan diameter beberapa milimeter menjadi lubang dengan diameter kira-kira 10 cm yang dapat dilalui bayi. Saat pembukaan lengkap, bibir portio tidak teraba lagi. SBR, serviks dan vagina telah merupakan satu saluran.^{24,26}

5) Perubahan pada Urinaria

Pada akhir bulan ke 9, pemeriksaan fundus uteri menjadi lebih rendah, kepala janin mulai masuk Pintu Atas Panggul dan menyebabkan kandung kencing tertekan sehingga merangsang ibu untuk sering kencing. Pada kala I, adanya kontraksi uterus/his menyebabkan kandung kencing semakin tertekan. Poliuria sering terjadi selama persalinan, hal ini kemungkinan disebabkan karena peningkatan cardiac output, peningkatan filtrasi glomerulus, dan peningkatan aliran plasma ginjal. Poliuri akan berkurang pada posisi terlentang. Proteinuri sedikit dianggap normal dalam persalinan. Wanita bersalin mungkin tidak menyadari bahwa kandung kemihnya penuh karena intensitas kontraksi uterus dan tekanan bagian presentasi janin atau efek anestesia lokal. Bagaimanapun juga kandung kemih yang penuh dapat menahan penurunan kepala janin dan dapat memicu trauma mukosa kandung kemih selama proses persalinan. Pencegahan (dengan mengingatkan ibu untuk berkemih di sepanjang kala I) adalah penting. Sistem adaptasi ginjal mencakup diaforesis dan peningkatan IWL (Insensible Water Loss) melalui respirasi.²⁴

6) Perubahan Vagina dan Dasar Panggul

Pada kala I ketuban ikut meregangkan bagian atas vagina sehingga dapat dilalui bayi. Setelah ketuban pecah, segala perubahan terutama pada dasar panggul yang ditimbulkan oleh bagian depan bayi menjadi saluran dengan dinding yang tipis. Saat kepala sampai di vulva, lubang vulva menghadap ke depan atas. Dari luar peregangan oleh bagian depan nampak pada perineum yang menonjol dan menjadi tipis sedangkan anus menjadi terbuka. Regangan yang kuat ini dimungkinkan karena bertambahnya pembuluh darah pada bagian vagina dan dasar panggul, tetapi kalau jaringan tersebut robek akan menimbulkan perdarahan banyak.²⁴

7) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Selama persalinan, curah jantung meningkat 40% sampai 50% dibandingkan dengan kadar sebelum persalinan dan sekitar 80% sampai 100% dibandingkan dengan kadar sebelumnya. Peningkatan curah jantung ini terjadi karena pelepasan katekolamin akibat nyeri dan karena kontraksi otot abdomen dan uterus. Pada setiap kontraksi uterus, aliran darah di cabang-cabang arteri uterus yang menyuplai ruang intervilli menurun dengan cepat sesuai dengan besarnya kontraksi. Penurunan ini tidak berhubungan dengan perubahan yang bermakna dalam tekanan perfusi sistemik, tetapi lebih berhubungan dengan peningkatan tahanan vaskuler lokal di dalam uterus (Assali, 1989). Tekanan vena sistemik meningkat saat darah kembali dari vena uterus yang membengkak. Pada kala I, sistolik rata-rata meningkat 10 mm hg dan tekanan diastolik rata-rata meningkat sebesar 5-19 mmhg selama kontraksi, tetapi tekanan tidak banyak berubah. Diantara waktu kontraksi kala II terdapat peningkatan 30/25 mmhg selama kontraksi dari 10/5 sampai 10 mmhg (Beichter et al, 1986). Jika wanita mengejan dengan kuat, terjadi kompensasi tekanan darah, seringkali terjadi penurunan tekanan darah secara dramatis saat

wanita berhenti mengejan di akhir kontraksi. Perubahan lain dalam persalinan mencakup peningkatan denyut nadi secara perlahan tapi pasti sampai sekitar 100 kali per menit pada persalinan kala II. Frekuensi denyut nadi dapat ditingkatkan lebih jauh oleh dehidrasi, perdarahan, ansietas, nyeri dan obat-obatan tertentu, seperti terbutalin. Karena perubahan kardiovaskuler yang terjadi selama kontraksi uterus, pengkajian paling akurat untuk mengkaji tanda-tanda vital maternal adalah diantara waktu kontraksi. Pengaturan posisi memiliki efek yang besar pada curah jantung. Membalikkan posisi wanita bersalin dari miring ke telentang menurunkan curah jantung sebesar 30%. Tekanan darah meningkat selama kontraksi, kenaikan sistole 15 (10-20) mmhg, kenaikan diastole 5-10 mmhg, diantara kontraksi tekanan kembali pada level sebelum persalinan. Posisi berbaring miring akan mengurangi terjadinya perubahan tekanan darah selama proses kontraksi. Rasa sakit/nyeri, takut dan cemas juga dapat meningkatkan tekanan darah. Kenaikan detak jantung berkaitan dengan peningkatan metabolisme. Secara dramatis detak jantung naik selama uterus berkontraksi.²⁴

8) Perubahan Metabolisme Karbohidrat dan BMR

Pada saat mulai persalinan, terjadi penurunan hormon progesteron yang mengakibatkan perubahan pada sistem pencernaan menjadi lebih lambat sehingga makanan lebih lama tinggal di lambung, akibatnya banyak ibu bersalin yang mengalami obstipasi atau peningkatan getah lambung sehingga terjadi mual dan muntah. Metabolisme karbohidrat aerob dan anaerob meningkat secara perlahan yang terjadi akibat aktivitas otot rangka dan kecemasan ibu. Peningkatan ini ditandai dengan adanya peningkatan suhu badan ibu, nadi, pernafasan, *cardiac output* dan hilangnya cairan. Pada Basal Metabolism Rate (BMR), dengan adanya kontraksi dan tenaga mengejan yang

membutuhkan energi yang besar, maka pembuangan juga akan lebih tinggi dan suhu tubuh meningkat. Suhu tubuh akan sedikit meningkat (0,5-10 C) selama proses persalinan dan akan segera turun setelah proses persalinan selesai. Hal ini disebabkan karena adanya peningkatan metabolisme tubuh. Peningkatan suhu tubuh tidak boleh lebih dari 10C.²⁴

9) Perubahan Sistem Pernapasan

Dalam persalinan, ibu mengeluarkan lebih banyak CO₂ dalam setiap nafas. Selama kontraksi uterus yang kuat, frekuensi dan kedalaman pernafasan meningkat sebagai respon terhadap peningkatan kebutuhan oksigen akibat pertambahan laju metabolik. Rata rata PaCO₂ menurun dari 32 mm hg pada awal persalinan menjadi 22 mm hg pada akhir kala I (Beischer et al, 1986). Menahan nafas saat mengejan selama kala II persalinan dapat mengurangi pengeluaran CO₂. Masalah yang umum terjadi adalah hiperventilasi maternal, yang menyebabkan kadar PaCO₂ menurun dibawah 16 sampai 18 mm hg (Beischer et al, 1986). Kondisi ini dapat dimanifestasikan dengan kesemutan pada tangan dan kaki, kebas dan pusing. Jika pernafasan dangkal dan berlebihan, situasi kebalikan dapat terjadi karena volume rendah. Mengejan yang berlebihan atau berkepanjangan selama Kala II dapat menyebabkan penurunan oksigen sebagai akibat sekunder dari menahan nafas. Pernafasan sedikit meningkat karena adanya kontraksi uterus dan peningkatan metabolisme dan diafragma tertekan oleh janin. Hiperventilasi yang lama dianggap tidak normal dan dapat menyebabkan terjadinya alkalosis.²⁴

10) Perubahan pada Gastro Intestinal

Motilitas lambung dan absorpsi makanan padat secara substansial berkurang banyak sekali selama persalinan aktif dan waktu pengosongan lambung. Efek ini dapat memburuk setelah pemberian narkotik. Banyak wanita mengalami mual muntah saat

persalinan berlangsung, khususnya selama fase transisi pada kala I persalinan. Selain itu pengeluaran getah lambung yang berkurang menyebabkan aktifitas pencernaan berhenti dan pengosongan lambung menjadi sangat lambat. Cairan meninggalkan perut dalam tempo yang biasa. Mual atau muntah terjadi sampai ibu mencapai akhir kala I. Ketidaknyamanan lain mencakup dehidrasi dan bibir kering akibat bernafas melalui mulut. Karena resiko mual dan muntah, beberapa fasilitas pelayanan bersalin membatasi asupan oral selama persalinan. Es batu biasanya diberikan untuk mengurangi ketidaknyamanan akibat kekeringan mulut dan bibir. Beberapa fasilitas layanan lain mengizinkan minum air putih, jus dan ice pop. Banyak fasilitas lain memberikan asupan cairan melalui intravena. Kadar natrium dan klorida dalam plasma dapat menurun sebagai akibat absorpsi gastrointestinal, nafas terengah-engah, dan diaforesis (perspirasi) selama persalinan dan kelahiran. Poliuri (sering berkemih) merupakan hal yang biasa terjadi. Penurunan asupan cairan oral akibat mual dan muntah, ketidaknyamanan dan pemberian analgetik atau anestesi dapat lebih jauh mengubah keseimbangan cairan dan elektrolit.²⁴

11) Perubahan pada Hematologi

Haemoglobin akan meningkat selama persalinan sebesar 1,2 gr % dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan pada hari pertama pasca persalinan kecuali terjadi perdarahan. Peningkatan leukosit secara progresif pada awal kala I (5.000) hingga mencapai ukuran jumlah maksimal pada pembukaan lengkap (15.000). Haemoglobin akan meningkat selama persalinan sebesar 1,2 gr % dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan pada hari pertama pasca persalinan kecuali terjadi perdarahan. Peningkatan leukosit terjadi secara progresif pada awal kala I (5.000) hingga mencapai ukuran jumlah

maksimal pada pembukaan lengkap (15.000). Selama persalinan waktu pembekuan darah sedikit menurun, tetapi kadar fibrinogen plasma meningkat. Gula darah akan turun selama persalinan dan semakin menurun pada persalinan lama, hal ini disebabkan karena aktifitas uterus dan *muskulus skeletal*.²⁴

g. Tahapan Persalinan

Ada 4 tahap dalam persalinan yaitu:

1) Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan servix hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I berlangsung 18 – 24 jam dan terbagi menjadi dua fase yaitu fase laten dan fase aktif.²⁸

a) Fase laten persalinan

- (1) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan servix secara bertahap
- (2) Pembukaan servix kurang dari 4 cm
- (3) Biasanya berlangsung di bawah hingga 8 jam

b) Fase aktif persalinan

Fase ini terbagi menjadi 3 fase yaitu akselerasi, dilatasi maksimal, dan deselerasi

- (1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih)
- (2) Servix membuka dari 4 ke 10 cm biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih perjam hingga pembukaan lengkap (10 cm)
- (3) Terjadi penurunan bagian terendah janin.²⁸

Fisiologi Kala I

Kontraksi uterus mulai dari fundus dan terus menyebar ke depan dan ke bawah abdomen. Kontraksi berakhir dengan masa yang

terpanjang dan sangat kuat pada fundus. Selagi uterus berkontraksi berkontraksi dan relaksasi memungkinkan kepala janin masuk ke rongga pelvik. Sebelum onset persalinan, serviks berubah menjadi lembut:

- a) Effacement (penipisan) serviks berhubungan dengan kemajuan pemendekan dan penipisan serviks. Panjang serviks pada akhir kehamilan normal berubah-ubah (beberapa mm sampai 3 cm). Dengan mulainya persalinan panjangnya serviks berkurang secara teratur sampai menjadi pendek (hanya beberapa mm). Serviks yang sangat tipis ini disebut sebagai menipis penuh
- b) Dilatasi berhubungan dengan pembukaan progresif dari serviks. Untuk mengukur dilatasi/diameter serviks digunakan ukuran centimeter dengan menggunakan jari tangan saat pemeriksaan dalam. Serviks dianggap membuka lengkap setelah mencapai diameter 10 cm
- c) Blood show (lendir show) pada umumnya ibu akan mengeluarkan darah sedikit atau sedang dari serviks.²⁸

2) Kala II

Persalinan kala II dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi.^{24,31,33}

- a) Tanda dan gejala kala II
 - (1) Ibu ingin meneran
 - (2) Perineum menonjol
 - (3) Vulva vagina dan sphincter anus membuka
 - (4) Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat
 - (5) His lebih kuat dan lebih cepat 2-3 menit sekali.
 - (6) Pembukaan lengkap (10 cm)
 - (7) Pada Primigravida berlangsung rata-rata 1.5 jam dan multipara rata-rata 0.5 jam

b) Fisiologi Kala II

His menjadi lebih kuat, kontraksinya selama 50 -100 detik, datangnya tiap 2-3 menit. Ketuban biasanya pecah pada kala ini ditandai dengan keluarnya cairan kekuning kuningan sekonyong-konyong dan banyak. Pasien mulai mengejan. Pada akhir kala II sebagai tanda bahwa kepala sudah sampai di dasar panggul, perineum menonjol, vulva menganga dan rectum terbuka. Pada puncak his, bagian kecil kepala nampak di vulva dan hilang lagi waktu his berhenti, begitu terus hingga nampak lebih besar. Kejadian ini disebut “Kepala membuka pintu” Pada akhirnya lingkaran terbesar kepala terpegang oleh vulva sehingga tidak bisa mundur lagi, tonjolan tulang ubun-ubun telah lahir dan subocciput ada di bawah symphysis disebut “Kepala keluar pintu” Pada his berikutnya dengan ekstensi maka lahirlah ubun-ubun besar, dahi dan mulut pada commissura posterior. Saat ini untuk primipara, perineum biasanya akan robek pada pinggir depannya karena tidak dapat menahan regangan yang kuat tersebut. Setelah kepala lahir dilanjutkan dengan putaran paksi luar, sehingga kepala melintang, vulva menekan pada leher dan dada tertekan oleh jalan lahir sehingga dari hidung anak keluar lendir dan cairan. Pada his berikutnya bahu belakang lahir kemudian bahu depan disusul seluruh badan anak dengan fleksi lateral, sesuai dengan paksi jalan lahir. Setelah anak lahir, sering keluar sisa air ketuban, yang tidak keluar waktu ketuban pecah, kadang-kadang bercampur darah. Lama kala II pada primi 50 menit pada multi 20 menit.³¹

c) Mekanisme Persalinan Normal^{24,31}

(1) Masuknya kepala janin dalam PAP

Masuknya kepala janin dalam terutama pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan tetapi pada multipara

biasanya terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala ke dalam PAP biasanya dengan sutura sagitalis melintang menyesuaikan dengan letak punggung (Contoh: apabila dalam palpasi didapatkan punggung kiri maka sutura sagitalis akan teraba melintang kekiri/posisi jam 3 atau sebaliknya apabila punggung kanan maka sutura sagitalis melintang ke kanan/posisi jam 9) dan pada saat itu kepala dalam posisi fleksi ringan. Jika sutura sagitalis dalam diameter anteroposterior dari PAP maka masuknya kepala akan menjadi sulit karena menempati ukuran yang terkecil dari PAP. Jika sutura sagitalis pada posisi di tengah-tengah jalan lahir yaitu tepat di antara symphysis dan promontorium, maka dikatakan dalam posisi "synclitismus" pada posisi synclitismus os parietale depan dan belakang sama tingginya. Jika sutura sagitalis agak ke depan mendekati symphysis atau agak ke belakang mendekati promontorium, maka yang kita hadapi adalah posisi "asynclitismus" Acynclitismus posterior adalah posisi sutura sagitalis mendekati symphysis dan os parietale belakang lebih rendah dari os parietale depan. Acynclitismus anterior adalah posisi sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietale depan lebih rendah dari os parietale belakang. Pada saat kepala masuk PAP biasanya dalam posisi asynclitismus posterior ringan. Pada saat kepala janin masuk PAP akan terfiksasi yang disebut dengan engagement.

(2) Majunya kepala janin

Pada primi gravida majunya kepala terjadi setelah kepala masuk ke dalam rongga panggul dan biasanya baru mulai pada kala II. Pada multi gravida majunya kepala dan masuknya kepala dalam rongga panggul terjadi bersamaan.

Majunya kepala bersamaan dengan gerakan-gerakan yang lain yaitu: fleksi, putaran paksi dalam, dan ekstensi

Majunya kepala disebabkan karena tekanan cairan intrauterin, tekanan langsung oleh fundus uteri oleh bokong, kekuatan mengejan dan melurusnya badan bayi oleh perubahan bentuk rahim

(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 daripada 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.

(4) 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 pada letak fleksi, bagian kepala merupakan bagian terendah dari kepala, bagian terendah dari kepala mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genitalis antara muskulus levator ani kiri dan kanan, 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 UUK akan berputar ke arah depan, sehingga di dasar panggul UUK 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

(6) Putaran paksi luar

Putaran paksi luar adalah gerakan kembali sebelum putaran paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung janin. Bahu melintasi PAP dalam posisi miring. Di dalam rongga panggul bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya hingga di dasar panggul, apabila kepala telah dilahirkan bahu akan berada dalam posisi depan belakang. Selanjutnya dilahirkan bahu depan terlebih dulu baru kemudian bahu belakang, kemudian bayi lahir seluruhnya.

3) Kala III

a) Pengertian

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Disebut dengan kala uri atau kala pengeluaran plasenta. Peregangan Tali pusat Terkendali (PTT) dilanjutkan pemberian oksitosin untuk kontraksi uterus dan mengurangi perdarahan.²⁴

b) Tanda-tanda pelepasan plasenta :

- (1) Perubahan ukuran dan bentuk uterus
- (2) Uterus menjadi bundar dan uterus terdorong ke atas karena plasenta
- (3) sudah terlepas dari Segmen Bawah Rahim
- (4) Tali pusat memanjang
- (5) Semburan darah tiba tiba.²⁸

c) Fisiologi Kala III

Segera setelah bayi dan air ketuban sudah tidak lagi berada di dalam uterus, kontraksi akan terus berlangsung dan ukuran rongga uterus akan mengecil. Pengurangan dalam ukuran uterus ini akan menyebabkan pengurangan dalam ukuran tempat melekatnya plasenta. Oleh karena tempat melekatnya plasenta tersebut menjadi lebih kecil, maka plasenta akan

menjadi tebal atau mengkerut dan memisahkan diri dari dinding uterus. Sebagian dari pembuluh-pembuluh darah yang kecil akan robek saat plasenta lepas. Tempat melekatnya plasenta akan berdarah terus hingga uterus seluruhnya berkontraksi. Setelah plasenta lahir, dinding uterus akan berkontraksi dan menekan semua pembuluh-pembuluh darah ini yang akan menghentikan perdarahan dari tempat melekatnya plasenta tersebut. Sebelum uterus berkontraksi, wanita tersebut bisa kehilangan darah 350-360 cc/menit dari tempat melekatnya plasenta tersebut. Uterus tidak bisa sepenuhnya berkontraksi hingga plasenta lahir dahulu seluruhnya. Oleh sebab itu, kelahiran yang cepat dari plasenta segera setelah ia melepaskan dari dinding uterus merupakan tujuan dari manajemen kebidanan dari kala III yang kompeten.^{24,31}

4) Kala IV

a) Pengertian

Dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu. Paling kritis karena proses perdarahan yang berlangsung. Masa 1 jam setelah plasenta lahir. Pemantauan 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran plasenta, 30 menit pada jam kedua setelah persalinan, jika kondisi ibu tidak stabil, perlu dipantau lebih sering. Observasi intensif karena perdarahan yang terjadi pada masa ini yaitu tingkat kesadaran penderita, pemeriksaan tanda vital, kontraksi uterus, perdarahan, dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500cc.^{26,31}

b) Fisiologi Kala IV

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.²⁶

c) 7 Langkah pemantauan Kala IV²⁴

(1) Kontraksi rahim

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

(2) Perdarahan

Perdarahan: ada/tidak, banyak/biasa

(3) Kandung kencing

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

(6) Luka-luka: jahitannya baik/tidak, ada perdarahan/tidak

Evaluasi laserasi dan perdarahan aktif pada perineum dan vagina. Nilai perluasan laserasi perineum. Derajat laserasi perineum terbagi atas derajat I (meliputi mokosa vagina, fourchette posterior dan kulit perineum. Pada derajat I ini tidak perlu dilakukan penjahitan, kecuali jika terjadi perdarahan), derajat II (meliputi mokosa vagina, fourchette posterior, kulit perineum dan otot perineum. Pada derajat II dilakukan penjahitan dengan teknik jelujur), derajat III (meliputi mokosa vagina, fourchette posterior, kulit perineum, otot perineum dan otot

spingter ani external) dan derajat IV (derajat III ditambah dinding rectum anterior, pada derajat III dan IV segera lakukan rujukan karena laserasi ini memerlukan teknik dan prosedur khusus)

- (7) Keadaan umum ibu: tensi, nadi, pernapasan, dan rasa sakit

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

- (8) Kontraksi uterus dan tinggi fundus uteri:

Periksa fundus : 2-3 kali dalam 10 menit pertama. Setiap 15 menit pada jam pertama setelah persalinan. Setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan. Masage fundus (jika perlu) untuk menimbulkan kontraksi

- (9) Bayi dalam keadaan baik.

i. Penatalaksanaan

1) Asuhan Kala I²⁶

a) Mencatat semua temuan dalam Partograf

(1) Dukungan Dalam Persalinan meliputi: kehadiran pendamping persalinan (bidan, keluarga, teman)^{34,35}, rasa nyaman (lingkungan, kebutuhan, eliminasi), dorongan semangat, pemberian informasi tentang kemajuan persalinan, kelengkapan dan sterilisasi alat pertolongan persalinan, penerimaan sikap dan perilaku ibu.

(2) Pengurangan Rasa Sakit dengan menggunakan pendekatan-³⁶pendekatan untuk mengurangi rasa sakit menurut Varney's Midwifery: adanya seseorang yang dapat mendukung dalam persalinan^{10,30}, pengaturan posisi³², relaksasi & latihan

pernafasan^{37,38}, istirahat & privasi, penjelasan mengenai proses /kemajuan/ prosedur yang akan dilakukan, asuhan diri.³⁹, sentuhan dan masase.⁴⁰, akupresur^{41,42,43,44}, kompres hangat^{45,36} & kompres dingin³⁶, berendam⁴⁶, analgesik⁴⁷, aroma terapi dengan lavender.⁴⁰, musik⁴⁸

(3) Pemenuhan Kebutuhan Fisik meliputi Makanan dan minuman, kebutuhan cairan, eliminasi dan posisi saat bersalin serta kebutuhan Psikologis Ibu yaitu kenyamanan, kehadiran pendamping, penerimaan sikap dan informasi kemajuan persalinan.

(4) Merujuk bila ditemukan Tanda Bahaya Kala I

(5) Dokumentasi Kala I

(6) Asuhan Kebidanan Kala II Persalinan sampai Kala IV dengan 60 langkah APN³¹

j. *Sectio Caesarea(SC)*

1) Definisi *Sectio Caesarea(SC)*

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut.(Nurarif & Kusuma, 2015).

Sectio Caesarea (SC) adalah proses persalinan dengan melalui pembedahan dimana irisan dilakukan di perut untuk mengeluarkan seorang bayi (Endang Purwoastuti and Siwi Walyani, 2014).

2) Etiologi *Sectio Caesarea (SC)*

a) Etiologi yang berasal dari ibu

Menurut Manuaba (2012), adapun penyebab *sectio caesarea* yang berasal dari ibu yaitu ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solutsio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan, kehamilan

yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya). Selain itu terdapat beberapa etiologi yang menjadi indikasi medis dilaksanakannya seksio sesaria antara lain :CPD (*Chepalo Pelvik Disproportion*), PEB (Pre-Eklamsi Berat), KPD (Ketuban Pecah Dini), Faktor Hambatan Jalan Lahir.

b) Etiologi yang berasal dari janin

Gawat janin, mal presentasi, dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi (Nurarif & Kusuma, 2015).

3) Indikasi dan Kontraindikasi SC

Menurut Rasjidi (2009) indikasi dan kontaindikasi dari Sectio Caesarea adalah sebagai berikut:

a) Indikasi SC

(1) Indikasi mutlak

(a) Indikasi Ibu : panggul sempit absolut, kegagalan melahirkan secara normal karena kurang adekuatnya stimulasi, tumor-tumor jalan lahir yang menyebabkan obstruksi, stenosis serviks atau vagina, plasenta previa, disproporsi sefalopelvik, ruptur uteri membakat.

(b) Indikasi janin: kelainan letak, gawat janin, prolapsus placenta, perkembangan bayi terhambat, mencegah hipoksia janin, misalnya karena preeklampsia.

(2) Indikasi relatif

Indikasi relatif seperti: riwayat SC sebelumnya, presentasi bokong, distosia, fetal distress, preeklampsia berat, penyakit kardiovaskuler dan diabetes, ibu dengan HIV positif sebelum inpartu

(3) Indikasi Sosial

Beberapa indikasi sosial, seperti: wanita yang takut melahirkan berdasarkan pengalaman sebelumnya, wanita yang ingin SC elektif karena takut bayinya mengalami cedera atau asfiksia selama persalinan atau mengurangi risiko kerusakan dasar panggul, wanita yang takut terjadinya perubahan pada tubuhnya atau sexualitu image setelah melahirkan

b) Kontra indikasi

Kontraindikasi SC antara lain: janin mati, syok, anemia berat, kelainan kongenital berat, infeksi piogenik pada dinding abdomen, minimnya fasilitas operasi SC.

4. Nifas

a. Pengertian

Masa post partum atau nifas dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat- alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung mulai dari 6 jam post partum, 6 hari dan 6 minggu atau berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan. Selama masa nifas berlangsung ibu akan mengalami banyak perubahan yaitu perubahan uterus, perubahan sistem pencernaan, sistem perkemihan, sistem endokrin, dan perubahan tanda- tanda vital ibu.²³

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, berlangsung selama kira-kira 6 minggu. Periode post partum atau puerperium adalah masa dari kelahiran plasenta dan selaput janin (menandakan akhir periode intrapartum) hingga kembalinya reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil.²⁴

b. Tahapan Masa Nifas

Tahapan masa nifas dibagi menjadi 3 periode, yaitu⁵¹:

1) Puerperium Dini

Puerperium dini merupakan masa pulihnya ibu di perbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam, dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2) Puerperium Intermedial

Adalah pulihnya secara menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.

3) Remote Puerperium

Merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan.

c. Perubahan Fisiologis Pada Masa Nifas

Perubahan fisiologis masa nifas yaitu sebagai berikut⁵²:

1) Involusi alat-alat kandungan

a) Perubahan Sistem Reproduksi

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

Tabel 3 Tinggi Fundus Uteri dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi

Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 jari bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat symphysis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba di atas symphysis	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

Sumber: Mochtar, 2011

2) Bekas implantasi uri

Bekas implantasi uri atau *placental bed* mengecil karena kontraksi dan menonjol ke kavum uteri dengan diameter 7,5 cm. sesudah 2

minggu menjadi 3,5 cm, pada minggu keenam 2,4 cm, dan akhirnya pulih.

3) Luka pada jalan lahir

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

4) Rasa nyeri

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

5) Lochea

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

(1) *Lochea rubra (cruenta)* berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, *verniks caseosa*, *lanugo*, dan mekonium, selama 2 hari pasca persalinan.

(2) *Lochea sanguinolenta* berwarna merah kuning, berisi darah dan lendir pada hari ke 3-7 pasca persalinan.

(3) *Lochea serosa* berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pasca persalinan

(4) *Lochea alba* cairan putih, setelah 2 minggu

(5) Lochea purulenta terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.

(6) *Lochea stasis*, lochea tidak lancar keluaranya.

6) Serviks

Setelah persalinan, bentuk serviks agak menganga seperti corong, berwarna merah kehitaman. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat perlukaan-perlukaan kecil. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa dimasukkan ke rongga rahim, setelah 2 jam, dapat dilalui oleh 2-3 jari, dan setelah 7 hari, hanya dapat dilalui 1 jari.

7) Diastasis *Recti* (otot perut)

Diastasis recti adalah pemisahan otot rectus abdominalis lebih dari 2,5 cm pada tepat setinggi umbilikus sebagai akibat pengaruh hormon terhadap linea alba serta akibat perenggangan mekanis dinding abdomen, kasus ini sering terjadi pada multi paritas bayi besar poli hidramin selain itu juga disebabkan gangguan kolagen yang lebih ke arah keturunan sehingga ibu dan anak mengalami diastasis penangannya yaitu melakukan pemeriksaan rektus untuk mengkaji lebar celah antara otot rectus.⁵³

d. Perubahan Psikologi Masa Nifas

Perubahan psikologis pada masa nifas dibagi menjadi tiga periode antara lain⁵¹:

1) Taking In

- a) Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.
- b) Ia mungkin akan mengulang-ulang, menceritakan pengalamannya waktu melahirkan.
- c) Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mengurangi gangguan kesehatan akibat kurang istirahat.
- d) Peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses laktasi.
- e) Dalam memberikan asuhan, bidan harus dapat memfasilitasi kebutuhan psikologis ibu. Pada tahap ini, bidan dapat menjadi pendengar yang baik ketika ibu menceritakan pengalamannya.

2) Taking Hold

- a) Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum.
- b) Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi.

- c) Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, BAB, BAK, serta kekuatan dan ketahanan tubuhnya.
- d) Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan perawatan bayi, misalnya menggendong, memandikan, memasang popok, dan sebagainya.
- e) Pada masa ini, ibu biasanya agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut.
- f) Pada tahap ini, bidan harus tanggap terhadap kemungkinan perubahan yang terjadi.
- g) Tahap ini merupakan waktu yang tepat bagi bidan untuk memberikan bimbingan cara perawatan bayi, namun harus selalu diperhatikan teknik bimbingan, jangan sampai menyinggung perasaan atau membuat perasaan tidak nyaman karena ia sangat sensitif.

3) Letting Go

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

e. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas/ Kunjungan Nifas

Kunjungan pada masa nifas dilakukan minimal 4 kali antara lain:

- 1) Kunjungan pertama (6-8 jam post partum)
- 2) Kunjungan kedua (6 hari post partum)
- 3) Kunjungan ketiga (2 minggu post partum)
- 4) Kunjungan keempat (6 minggu post partum)

Tabel 4 Kunjungan Pada Ibu Nifas Kunjungan

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	Kunjungan I (pertama) 6-8 jam setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri 2. Mendeteksi penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut 3. Melakukan konseling pada ibu dan keluarga jika terjadi masalah 4. Memfasilitasi ibu untuk pemberian ASI awal. 5. Memfasilitasi, mengajarkan cara hubungan ibu dan bayi (Bouding Attachmant). 6. Menjaga bayi tetap sehat dan hangat dengan cara mencegah hipotermia 7. Memastikan ibu merawat bayi dengan baik (perawatan tali pusat, memandikan bayi).
2	Kunjungan II (kedua) 6 hari setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi baik, tinggi fundus uteri dibawah pusat (<i>umbilicus</i>), tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau. 2. Mendeteksi tanda-tanda: demam, perdarahan abnormal seperti sakit kepala hebat dll. 3. Memastikan ibu mendapatkan asupan nutrisi, hidrasi dan istirahat yang cukup.

		<ol style="list-style-type: none"> 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit 5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari. 6. Melakukang konseling KB secara mandiri. 7. Memastikan ibu untuk melakukan pemeriksaan bayi ke pelayanan kesehatan terdekat.
3	Kunjungan III (ketiga) 2 minggu setelah persalinan	Sama dengan kunjungan ke dua
4	Kunjungan IV (keempat) 6 minggu setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan kepada ibu adakah masalah atau penyulit yang dialami baik bagian ibu maupun bayi 2. Memastikan ibu untuk memilih kontrasepsi efektif atau sesuai kebutuhan.

Sumber: PPIBI,2016.

5. Bayi Baru Lahir (BBL)

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

BBL normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2800 gram sampai dengan 4000 gram, menangis spontan kurang dari 30 detik setelah lahir dengan nilai APGAR antara 7-10.¹⁸ BBL merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan

penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin.¹⁹

Bayi Baru Lahir (BBL) dapat dibagi menjadi 2 yaitu⁵²:

- 1) Bayi normal (sehat) memerlukan perawatan biasa
Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat lahir antara 2500-4000 gram.⁵⁶
- 2) Bayi gawat (*high risk baby*) memerlukan penanganan khusus, misalnya bayi yang mengalami asfiksia dan perdarahan.

b. Tanda-Tanda Bayi Baru Lahir Normal

Tanda-tanda BBL normal yaitu⁵⁶:

- 1) Berat badan Lahir bayi antara 2500-4000.
- 2) Panjang badan 48-50 cm
- 3) Lingkar dada 32-34 cm
- 4) Lingkar kepala 33-35 cm
- 5) Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180x/menit, kemudian menurun sampai 120-140x/menit.
- 6) Pernapasan pada menit-menit pertama cepat kira-kira 80x/menit disertai pernapasan cuping hidung, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit.
- 7) Kulit kemerah-kemerahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan dilapisi *vernix caseosa*
- 8) Rambut lanugo telah tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- 9) Kuku telah agak panjang dan lemas
- 10) Gentialia: testis sudah turun (pada bayi laki-laki) dan labia mayora telah menutupi labia minora (pada bayi perempuan)
- 11) Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk.
- 12) Eliminasi baik urin dan mekonium akan keluar pada 24 jam pertama.
Mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket.

c. Asuhan Bayi Baru Lahir

- 1) Jaga kehangatan bayi

- 2) Bersihkan jalan nafas (bila perlu)
- 3) Keringkan dan tetap jaga kehangatan bayi
- 4) Potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit setelah lahir
- 5) Lakukan inisiasi menyusui dini dan kontak kulit bayi dengan kulit ibu.
- 6) Beri salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata
- 7) Beri suntikan vitamin K1 1mg intramuskular, dipaha kiri anterolateral setelah inisiasi menyusui dini.
- 8) Beri imunisasi hepatitis B 0,5 ml, intramuskular, dipaha kanan anterolateral, diberikan kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1.⁵⁷

d. Perubahan –Perubahan Yang Terjadi Pada Bayi Baru Lahir

Perubahan –perubahan yang terjadi pada bayi baru lahir meliputi⁵⁸:

1) Perubahan Metabolisme Karbohidrat

Dalam waktu 2 jam setelah lahir akan terjadi penurunan kadar gula darah, untuk menambah energi pada jam-jam pertama setelah lahir diambil dari hasil metabolisme asam lemak, bila karena sesuatu hal misalnya bayi mengalami hipotermi, metabolisme asam lemak tidak dapat memenuhi kebutuhan pada neonatus maka kemungkinan besar bayi akan menderita hipoglikimia, misal pada bayi BBLR, bayi dari ibu yang menderita *Diabetes Mellitus* (DM) dan lain-lainnya.

2) Perubahan suhu tubuh

Ketika bayi lahir bayi berada pada suhu lingkungan yang lebih rendah dari suhu di dalam rahim ibu. Apabila bayi dibiarkan dalam suhu kamar 25°C maka bayi akan kehilangan panas melalui konveksi, radiasi dan evaporasi sebanyak 200kal /kg BB/menit. Sedangkan produksi panas yang dihasilkan tubuh bayi hanya 1/10 nya.

3) Perubahan pernapasan

Selama dalam uterus, janin mendapat Oksigen (O₂) dari pertukaran

gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi.

4) Perubahan sirkulasi

Berkembangnya paru-paru mengakibatkan tekanan O₂ meningkat dan tekanan CO₂ menurun, hal ini mengakibatkan turunnya resistensi pembuluh darah paru sehingga aliran darah ke alat tersebut meningkat, hal ini menyebabkan darah dari arteri pulmonalis mengalir ke paru-paru dan ductus arteriosus menutup.

5) Perubahan alat pencernaan hati, ginjal dan alat lainnya mulai berfungsi.

e. Mekanisme Kehilangan Panas Tubuh Bayi

Bayi baru lahir dapat kehilangan panas melalui empat cara, yaitu⁵⁹:

- 1) Konduksi: Langsung dari bayi ke sesuatu yang kontak dengan bayi
- 2) Konveksi: Kehilangan panas dari bayi ke udara sekitar
- 3) Evaporasi: Kehilangan panas melalui penguapan air pada bayi yang basah.
- 4) Radiasi: Dari bayi ke lingkungan dingin terdekat

f. Penanganan BBL Saat Lahir

Kebutuhan dasar bayi baru lahir diantaranya⁵⁷:

Penilaian awal

- 1) Sebelum bayi lahir, lakukan penilaian berikut:
 - a) Apakah kehamilan cukup bulan?
 - b) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium?
- 2) Segera setelah bayi lahir, sambil meletakkan bayi di atas kain bersih dan kering yang telah disiapkan pada perut bawah ibu, segera lakukan penilaian berikut:
 - a) Apakah bayi menangis, bernapas atau tidak megap-megap?
 - b) Apakah tonus otot bayi baik atau bayi bergerak aktif?
- 3) Pengkajian segera setelah lahir
Segera setelah bayi lahir, meletakkan bayi di atas kain bersih dan kering yang telah disiapkan bila bayi tersebut tidak memungkinkan

atau bayi tidak bernafas atau megap-megap atau lemah maka lakukan tindakan resusitasi pada bayi dengan asfiksia.

4) Perawatan bayi baru lahir

Pertolongan Pada Saat Bayi Lahir

- a) Sambil menilai pernapasan secara cepat, letakkan bayi dengan handuk di atas perut ibu
- b) Dengan kain yang bersih dan kering atau kasa, bersihkan darah atau lendir dari wajah bayi agar jalan udara tidak terhalang. Periksa ulang pernapasan bayi, sebagian besar bayi akan menangis atau bernapas secara spontan dalam waktu 30 detik setelah lahir

5) Perawatan Mata

Obat mata eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1% dianjurkan untuk mencegah penyakit mata akibat klamidia (penyakit menular seksual). Obat perlu diberikan pada jam pertama setelah persalinan. Pengobatan yang umumnya dipakai adalah neosporin yang langsung diteteskan pada mata bayi segera setelah bayi lahir.

6) Pemeriksaan Fisik Bayi

- a) Kepala: pemeriksaan terhadap ukuran, bentuk, sutura menutupi/melebar, *adanya caput succedaneum, cephal hematoma, kraniotabes*, dan sebagainya.
- b) Mata: pemeriksaan terhadap perdarahan, *subkonjungtiva*, tanda-tanda infeksi(pus).
- c) Hidung dan mulut: pemeriksaan terhadap *labioskisis, labiolopalaskisis*, dan reflek isap (dinilai dengan mengamati bayi saat menyusu).
- d) Telinga: pemeriksian terhadap kelainan daun/bentuk telinga
- e) Leher: pemeriksaan terhadap hematoma *sternocleidomastoideus, ductus thyroglossalis, hygroma colli*.
- f) Dada: pemeriksaan terhadap bentuk, pembesaran buah dada, pernapasan, reaksi *intercostal, subcotal sifoid*, merintih,

pernapasan cuping hidung, serta bunyi paru-paru (*sonor, vesikular, bronkial*, dan lain-lain).

- g) Jantung: pemeriksaan frekuensi bunyi jantung, kelainan bunyi jantung.
 - h) Abdomen: pemeriksaan terhadap membuncit (pembesaran hati, limpa, tumor aster), *scaphoid* (kemungkinan bayi menderita *diafragma/ atresia esofagus* tanpa fistula).
 - i) Tali pusat: pemeriksaan terhadap pendarahan, jumlah darah pada tali pusat, warna dan besar tali pusat, hernia ditali pusat atau diselangkangan.
 - j) Alat kelamin: pemeriksaan terhadap testis apakah berada didalam skrotum, penis pada ujung (pada bayi laki-laki), vagina berlubang, apakah labia mayora menutupi labia minora (pada bayi perempuan).
 - k) Lain-lain: mekonium harus keluar dalam 24 jam sesudah lahir, bila tidak harus waspada terhadap atresia ani atau obstruksi usus. Selain itu, urin harus keluar dalam 24 jam. Kadang pengeluaran urin tidak diketahui karena pada saat bayi lahir, urin keluar bercampur dengan air ketuban. Bila urin tidak keluar dalam 24 jam, maka harus diperhatikan kemungkinan adanya obstruksi kandung kemih.
- 1) Perawatan Lain-lain
- 7) Perawatan tali pusat
 - a) Pertahankan sisa tali pusat dalam keadaan terbuka agar terkena udara dan ditutupi dengan kain bersih secara longgar.
 - b) Jika tali pusat terkena kotoran atau tinja, dicuci dengan sabun dan air bersih, kemudian dikeringkan sampai benar-benar kering.
 - 8) Dalam waktu 24 jam dan sebelum ibu dan bayi dipulangkan ke rumah, diberikan imunisasi BCG, polio, dan hepatitis B.

- 9) Orang tua diajarkan tanda-tanda bahaya bayi dan mereka diberitahu agar merujuk bayi dengan segera untuk perawatan lebih lanjut jika ditemui hal-hal berikut:
- Pernapasan: sulit atau lebih dari 60x/menit
 - Warna: kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru, atau pucat
 - Tali pusat: merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah
 - Infeksi: suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (nanah) bau busuk, pernapasan sulit
 - Feses/kemih: tidak berkemih dalam 24 jam, feses lembek, sering kejang, tidak bisa tenang, menangis terus-menerus
- 10) Orang tua diajarkan cara merawat bayi dan melakukan perawatan harian untuk bayi baru lahir, meliputi:
- Pemberian ASI sesuai dengan kebutuhan setiap 2-3 jam, mulai dari hari pertama
 - Menjaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering , serta mengganti popok
 - Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering
 - Menjaga keamanan bayi terhadap trauma dan infeksi⁵⁶
- 11) Reflek-Reflek Pada Bayi Baru Lahir

Tabel 5 Reflek Pada Bayi Baru Lahir

Refleks	Respons Normal	Respons Abnormal
Rooting dan menghisap	Bayi baru lahir menolehkan kepala ke arah stimulus, membuka mulut, dan mulai menghisap bila pipi, bibir atau sudut mulut bayi disentuh dengan jari atau puting.	Respons yang lemah atau tidak ada respons terjadi pada prematuritas, penurunan atau cedera neorologis, atau depresi sistem saraf pusat (SSP).

Menelan	Bayi baru lahir menelan berkoordinasi dengan menghisap bila cairan ditaruh di belakang lidah.	Muntah, batuk, atau regurgitas cairan dapat terjadi kemungkinan berhubungan dengan sianosis sekunder karena prematuritas, defisit neurologis atau cedera terutama terlihat setelah laringoskopi.
Ekstrusi	Bayi baru lahir menunjukkan lidah keluar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting.	Ekstrusi lidah secara tetap atau menunjukkan lidah yang berulang-ulang terjadi pada kelainan SSP dan kejang.
Moro	Ekstensi simetris bilateral dan abduksi seluruh ekstermitas dengan ibu jari dan jari telunjuk membentuk huruf „c“, diikuti dengan adduksi ekstermitas dan kembali ke fleksi relaks jika posisi bayi berubah tiba-tiba atau jika bayi diletakkan telentang pada permukaan yang datar.	Respons asimetris terlihat pada cedera saraf perifer (pleksus brakialis) atau fraktur kalvikula atau fraktur tulang panjang lengan atau kaki.
Melangkah	Bayi akan melangkah dengan satu kaki dan kemudian kaki lainnya dengan gerakan	Respons asimetris terlihat pada cedera saraf perifer (pleksus brakialis) atau fraktur

	berjalan bila satu kaki disentuh pada permukaan rata.	klavikula atau fraktur tulang panjang lengan atau kaki.
Merangkak	Bayi akan melangkah	Respons asimetris terlihat

g. Ikterus neonatorum

Ikterus atau jaundice atau sakit kuning adalah warna kuning pada sklera mata, mukosa dan kulit karena peningkatan kadar bilirubin dalam darah. Istilah jaundice berasal dari Bahasa Perancis yakni *jaune* yang artinya kuning. Dalam keadaan normal kadar bilirubin dalam darah tidak melebihi 1 mg/dL (17 μ mol/L) dan bila kadar bilirubin dalam darah melebihi 1.8 mg/dL (30 μ mol/L) akan menimbulkan ikterus.³¹ terdapat Klasifikasi Ikterus pada bayi yaitu:

1) Ikterus fisiologis

Ikterus fisiologis adalah ikterus yang timbul pada hari ke dua dan hari ke tiga yang tidak mempunyai dasar patologik, kadarnya tidak melewati kadar yang membahayakan atau yang mempunyai potensi menjadi kern ikterus dan tidak menyebabkan suatu morbiditas pada bayi. Ikterus fisiologis ini juga dapat dikarenakan organ hati bayi belum matang atau disebabkan kadar penguraian sel darah merah yang cepat.³¹

2) Ikterus patologis

Ikterus patologis adalah ikterus yang mempunyai dasar patologi atau kadar bilirubinnya mencapai suatu nilai yang disebut hiperbilirubinemia. Ikterus yang kemungkinan menjadi patologik atau dapat dianggap sebagai hiperbilirubinemia adalah:

- a) Ikterus terjadi pada 24 jam pertama sesudah kelahiran
- b) Peningkatan konsentrasi bilirubin 5 mg% atau lebih setiap 24 jam

c) Konsentrasi bilirubin serum sewaktu 10 mg% pada neonatus kurang bulan dan 12,5 mg% pada neonatus cukup bulan

d) Ikterus yang disertai proses hemolisis (inkompatibilitas darah, defisiensi enzim C6PD dan sepsis)

Ikterus yang disebabkan oleh bayi baru lahir kurang dari 200 gram yang disebabkan karena usia ibu dibawah 20 tahun atau diatas 35 tahun dan kehamilan pada remaja, masa gestasi kurang dari 35 minggu, asfiksia, hipoksia, syndrome gangguan pernapasan, infeksi, hipoglikemia, hiperkopnia, hiperosmolitas

3) Kern Ikterus

Kern ikterus adalah sindrom neurologik akibat dari akumulasi bilirubin indirek di ganglia basalis dan nuklei di batang otak. Faktor yang terkait dengan terjadinya sindrom ini adalah kompleks yaitu termasuk adanya interaksi antara besaran kadar bilirubin indirek, pengikatan albumin, kadar bilirubin bebas, pasase melewati sawar darah-otak, dna suseptibilitas neuron terhadap injuri.³¹

4) Ikterus hemolitik

Ikterus hemolitik atau ikterus prahepatik adalah kelainan yang terjadi sebelum hepar yakni disebabkan oleh berbagai hal disertai meningkatnya proses hemolisis (pecahnya sel darah merah) yaitu terdapat pada inkontabilitas golongan darah ibubayi, talasemia, sferositosis, malaria, sindrom hemolitikuremik, sindrom Gilbert, dan sindrom Crigler-Najjar. Pada ikterus hemolitik terdapat peningkatan produksi bilirubin diikuti dengan peningkatan urobilinogen dalam urin tetapi bilirubin tidak ditemukan di urin karena bilirubin tidak terkonjugasi tidak larut dalam air. Pada neonatus dapat terjadi ikterus neonatorum karena enzim hepar masih belum mampu

melaksanakan konjugasi dan ekskresi bilirubin secara semestinya sampai \pm umur 2 minggu. Temuan laboratorium adalah pada urin didapatkan urobilinogen, sedangkan bilirubin adalah negatif, dan dalam serum didapatkan peningkatan bilirubin tidak terkonjugasi, dan keadaan ini dapat mengakibatkan hiperbilirubinemia dan kernikterus (ensefalopati bilirubin)³¹

5) Ikterus hepatic

Ikterus hepatic atau ikterus hepatoseluler disebabkan karena adanya kelainan pada sel hepar (nekrosis) maka terjadi penurunan kemampuan metabolisme dan sekresi bilirubin sehingga kadar bilirubin tidak terkonjugasi dalam darah menjadi meningkat. Terdapat pula gangguan sekresi dari bilirubin terkonjugasi dan garam empedu ke dalam saluran empedu hingga dalam darah terjadi peningkatan bilirubin terkonjugasi dan garam empedu yang kemudian diekskresikan ke urin melalui ginjal. Transportasi bilirubin tersebut menjadi lebih terganggu karena adanya pembengkakan sel hepar dan edema karena reaksi inflamasi yang mengakibatkan obstruksi pada saluran empedu intrahepatik. Pada ikterus hepatic terjadi gangguan pada semua tingkat proses metabolisme bilirubin, yaitu mulai dari uptake, konjugasi, dan kemudian ekskresi. Temuan laboratorium urin ialah bilirubin terkonjugasi adalah positif karena larut dalam air, dan urobilinogen juga positif > 2 U karena hemolisis menyebabkan meningkatnya metabolisme heme. Peningkatan bilirubin terkonjugasi dalam serum tidak mengakibatkan kernicterus.³¹

6) Ikterus Obstruktif

Ikterus obstruktif atau ikterus pasca hepatic adalah ikterus yang disebabkan oleh gangguan aliran empedu dalam sistem

biliaris. Penyebab utamanya yaitu batu empedu dan karsinoma pankreas dan sebab yang lain yakni infeksi cacing *Fasciola hepatica*, penyempitan duktus biliaris komunis, atresia biliaris, kolangiokarsinoma, pankreatitis, kista pankreas, dan sebab yang jarang yaitu sindrom Mirizzi. Bila obstruktif bersifat total maka pada urin tidak terdapat urobilinogen, karena bilirubin tidak terdapat di usus tempat bilirubin diubah menjadi urobilinogen yang kemudian masuk ke sirkulasi. Kecurigaan adanya ikterus obstruktif intrahepatik atau pascahepatik yaitu bila dalam urin terdapat bilirubin sedang urobilinogen adalah negatif. Pada ikterus obstruktif juga didapatkan tinja berwarna pucat atau seperti dempul serta urin berwarna gelap, dan keadaan tersebut dapat juga ditemukan pada banyak kelainan intrahepatik. Untuk menetapkan diagnosis dari tiga jenis ikterus tersebut selain pemeriksaan di atas perlu juga dilakukan uji fungsi hati, antara lain adalah alkalik fosfatase, alanin transferase, dan aspartat transferase.³¹

7) Ikterus Retensi

Ikterus retensi terjadi karena sel hepar tidak merubah bilirubin menjadi bilirubin glukuronida sehingga menimbulkan akumulasi bilirubin tidak terkonjugasi di dalam darah dan bilirubin tidak terdapat di urin.³¹

8) Ikterus Regurgitasi

Ikterus regurgitasi adalah ikterus yang disebabkan oleh bilirubin setelah konversi menjadi bilirubin glukuronida mengalir kembali ke dalam darah dan bilirubin juga dijumpai di dalam urin.³¹

h. Berat Bayi Lahir rendah (BBLR)

1) Pengertian

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram tanpa

memandang masa kehamilan (Kusparlina, 2016). Berat lahir adalah berat bayi yang ditimbang dalam waktu satu jam setelah lahir (Sembiring, 2019). BBLR adalah hasil dari hambatan pertumbuhan intrauterine, kelahiran prematur atau kombinasi patofisiologi keduanya (Kumalasari, et al., 2018).

2) Klasifikasi BBLR

Berikut adalah klasifikasi BBLR (Proverawati, 2010):

a) Berdasarkan Berat Lahir

(1) Bayi berat lahir rendah (BBLR) yaitu bayi dengan berat lahir 1.501 sampai dengan kurang dari 2.500 gram

(2) Bayi berat lahir sangat rendah (BBLSR) yaitu bayi dengan berat lahir antara 1.000 sampai 1.500 gram.

(3) Bayi berat lahir amat sangat rendah (BBLASR) yaitu bayi dengan berat lahir dibawah 1.000 gram.

i. Stunting

Stunting adalah masalah gizi kronis akibat kurangnya asupan gizi dalam jangka waktu panjang sehingga mengakibatkan terganggunya pertumbuhan pada anak. Stunting juga menjadi salah satu penyebab tinggi badan anak terhambat, sehingga lebih rendah dibandingkan anak-anak seusianya. Tidak jarang masyarakat menganggap kondisi tubuh pendek merupakan faktor genetika dan tidak ada kaitannya dengan masalah kesehatan. Faktanya, faktor genetika memiliki pengaruh kecil terhadap kondisi kesehatan seseorang dibandingkan dengan faktor lingkungan dan pelayanan kesehatan. Biasanya, stunting mulai terjadi saat anak masih berada dalam kandungan dan terlihat saat mereka memasuki usia dua tahun.⁶⁰

6. Keluarga Berencana

a. Pengertian

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.³⁵ KB merupakan salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapat kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kelahiran.³⁶ Sedangkan menurut KBBI, Keluarga berencana adalah gerakan untuk membentuk keluarga yang sehat dan sejahtera dengan membatasi kelahiran.

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.³⁶

c. Macam-macam alat kontrasepsi³⁷

1) Metode Amenore Laktasi (MAL)

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 ≥ 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 0,2-0,50C 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 menyukseskan 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 dosis 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 dosis 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 di tentukan.

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%.³⁸

5) Alat Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR)

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%.

Cara kerja kontrasepsi IUD adalah menghambat kemampuan sperma untuk masuk ketuba falopi, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri. AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk kedalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi. memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus.

Adapun kontraindikasi pengguna IUD diantaranya yaitu hamil atau diduga hamil, infeksi leher rahim atau rongga panggul, termasuk penderita penyakit kelamin, pernah menderita radang rongga panggul, penderita perdarahan pervaginam yang abnormal, riwayat kehamilan ektopik, penderita kanker alat kelamin. Kontraindikasi yang lain yaitu alergi terhadap tembaga (hanya untuk alat yang mengandung tembaga), dan ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm.

Sebagai kontrasepsi, efektifitasnya tinggi. Sangat efektif

mencapai 0,6 - 0,8 kehamilan / 100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125 – 170 kehamilan). AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan. metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT – 380A dan tidak perlu diganti). Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat –ingat, tidak mempengaruhi hubungan seksual meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil. Selain itu ada beberapa keuntungan kontrasepsi IUD :

- a) Efektif dengan proteksi jangka panjang.
- b) Tidak mengganggu hubungan suami istri.
- c) Tidak berpengaruh terhadap produksi ASI.
- d) Kesuburan segera kembali sesudah IUD dilepas.
- e) Mengurangi nyeri haid.
- f) Dapat dipasang langsung saat ostium masih terbuka setelah plasenta lahir sehingga mengurangi rasa sakit
- g) Dapat membantu mencegah kehamilan diluar kandungan
- h) Dilakukan satu kali pemasangan dan ekonomis dalam jangka waktu maksimal 8-10 tahun
- i) Tidak ada interaksi dengan obat-obatan lain
- j) Tidak menimbulkan ada efek sistemik dan efek samping hormonal

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.

d. Kontrasepsi Suntik Depo Medroksi Progesterone Acetat

1) Pengertian

Kontrasepsi suntik DMPA berisi hormon progesteron saja dan tidak mengandung hormone esterogen. Dosis yang diberikan 150 mg/ml depot medroksiprogesteron asetat yang disuntikkan secara intramuscular (IM) setiap 12 minggu.⁶⁶

2) Mekanisme Kerja

a) Primer :

Mencegah ovulasi Kadar Folikel Stimulating Hormone (FSH) dan Luteinizing hormone (LH) menurun serta tidak terjadi lonjakan LH. Pada pemakaian DMPA, endometrium menjadi dangkal dan atrofis dengan kelenjar-kelenjar yang tidak aktif. Dengan pemakaian jangka lama endometrium bisa menjadi semakin sedikit sehingga hampir tidak didapatkan jaringan bila dilakukan biopsi, tetapi perubahan tersebut akan kembali normal dalam waktu 90 hari setelah suntikan DMPA berakhir.^{66,67}

b) Sekunder

- Lendir servik menjadi kental dan sedikit sehingga merupakan barier terhadap spermatozoa.
- Membuat endometrium menjadi kurang baik untuk implantasi dari ovum yang telah dibuahi.
- Mungkin mempengaruhi kecepatan transportasi ovum didalam tuba falopi.^{66,67}

3) Efektivitas

DMPA memiliki efektivitas yang tinggi dengan 0,3 kehamilan per100 perempuan dalam satu tahun pemakaian (BKKBN, 2003). Kegagalan yang terjadi pada umumnya dikarenakan oleh ketidakpatuhan akseptor untuk datang pada jadwal yang telah ditetapkan atau teknik penyuntikan yang salah, injeksi harus benar-benar intragluteal⁶⁸.

4) Kelebihan

Kelebihan penggunaan suntik DMPA ^{66,67} :

- a) Sangat efektif.
- b) Pencegahan kehamilan jangka panjang.
- c) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.
- d) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah.
- e) Tidak mempengaruhi ASI.
- f) Sedikit efek samping.
- g) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
- h) Dapat digunakan oleh perempuan usia lebih dari 35 tahun sampai perimenopause.
- i) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.
- j) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.
- k) Mencegah beberapa penyakit radang panggul.

5) Keterbatasan

Keterbatasan penggunaan suntik DMPA⁶⁶ :

- a) Sering ditemukan gangguan haid.
- b) Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian.
- c) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan.

- d) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering.
- e) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B dan virus HIV.
- f) Pada penggunaan jangka panjang dapat terjadi perubahan lipid serum.

2) Indikasi

Indikasi pada pengguna suntik DMPA⁶⁶ :

- a) Wanita usia reproduktif.
- b) Wanita yang telah memiliki anak.
- c) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan memiliki efektifitas tinggi.
- d) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai.
- e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui.
- f) Setelah abortus dan keguguran.
- g) Memiliki banyak anak tetapi belum menghendaki tubektomi.h.Masalah gangguan pembekuan darah.
- h) Menggunakan obat epilepsydan tuberculosis.

3) Kontra Indikasi

Kontra indikasi pada pengguna suntik DMPA yaitu⁶⁸ :

- a) Hamil atau dicurigai hamil.
- b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- c) Wanita yang tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid.
- d) Penderita kanker payudara atau ada riwayat kanker payudara.
- e) Penderita diabetes mellitusdisertai komplikasi.

4) Waktu Mulai Menggunakan

Waktu mulai menggunakan kontrasepsi DMPA yaitu⁶⁶ :

- a) Setiap saat selama siklus haid, asal tidak hamil.
- b) Mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid.
- c) Pada ibu yang tidak haid atau dengan perdarahan tidak teratur, injeksi dapat diberikan setiap saat, asal tidak hamil.

Selama 7 hari setelah penyuntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.

- d) Ibu yang telah menggunakan kontrasepsi hormonal lain secara benar dan tidak hamil kemudian ingin mengganti dengan kontrasepsi DMPA, suntikan pertama dapat segera diberikan tidak perlu menunggu sampai haid berikutnya.
- e) Ibu yang menggunakan kontrasepsi nonhormonal dan ingin mengganti dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama dapat segera diberikan, asal ibu tidak hamil dan pemberiannya tidak perlu menunggu haid berikutnya. Bila ibu disuntik setelah hari ke-7 haid, selama 7 hari penyuntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.

5) Cara Penggunaan

Cara penggunaan kontrasepsi DMPA⁶⁶:

- a) Kontrasepsi suntikan DMPA diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuscular(IM) dalam daerah pantat. Apabila suntikan diberikan terlalu dangkal penyerapan kontrasepsi suntikan akan lambat dan tidak bekerja segera dan efektif. Suntikan diberikan tiap 90 hari.
- b) Bersihkan kulit yang akan disuntik dengan kapas alkohol yang dibasahi etil/ isopropyl alcohol 60-90%. Biarkan kulit kering sebelum disuntik, setelah kering baru disuntik.
- c) Kocok dengan baik dan hindarkan terjadinya gelembung-gelembung udara. Kontrasepsi suntik tidak perlu didinginkan. Bila terjadi endapan putih pada dasar ampul, upayakan menghilangkannya dan dengan menghangatkannya.

6) Efek Samping

Efek samping yang sering:

- a) Mengalami gangguan haid seperti amenore, spotting, menorarghia, metrorarghia.^{69,70,71,72,73}

- Tidak mengalami haid (amenore)⁷² Amenore dibedakan menjadi dua yaitu amenore primer merupakan masa remaja kurang dari 16 tahun belum pernah mengalami mens atau belum menampakkan tanda-tanda fisik seksual sekunder, sedangkan amenore sekunder bila wanita sudah mengalami menstruasi namun kemudian tidak mengalami menstruasi dalam waktu 3-6 bulan.
- Perdarahan berupa tetesan atau bercak-bercak (spotting). Perdarahan bercak merupakan keluhan atau gejala yang akan menurun dengan makin lamanya pemakaian.
- Perdarahan diluar siklus haid (metrorarghia). Bila menstruasi terjadi dengan interval tidak teratur atau jika terdapat insiden bercak darah atau perdarahan diantara menstruasi, istilah metroragi digunakan untuk menggambarkan keadaan tersebut.
- Perdarahan haid yang lebih lama dan atau lebih banyak daripada biasanya (menorarghia) Persepsi yang umum mengenai perdarahan berlebihan adalah apabila tiga sampai empat pembalut sudah penuh selama empat jam. Jumlah kehilangan darah yang dipertimbangkan normal selama mens adalah 30 cc sejak penelitian yang dilakukan pada tahun 1960-an dan setiap perdarahan yang lebih dari 80 cc dinyatakan perdarahan abnormal, seperti yang dikatakan oleh Engstrom, bahwa batas 8 cc merupakan ukuran standar untuk menetapkan menoragi.

Penyebab gangguan haid disebabkan karena adanya ketidakseimbangan hormon sehingga endometrium mengalami perubahan. Pada awal penyuntikan progesteron juga menyebabkan terbentuknya kembali pembuluh darah kapiler yang normal dengan sel-sel endotel yang intak dengan sel-sel yang mengandung kadar glikoprotein cukup

sehingga sel-sel endotel terlindungi dari kerusakan. Sehingga akan mempengaruhi mekanisme kerja hormonal dan siklus haid yang normal, sehingga perdarahan akan menjadi lebih banyak.⁷⁰ Pendarahan sela pada pengguna kontrasepsi progestin-only disebabkan oleh paparan endometrium terhadap progestogen dengan dosis yang relatif konstan dan berlangsung secara terus menerus. Pendarahan sela berkaitan dengan serangkaian gangguan molekuler yang menyebabkan kerusakan pembuluh darah akibat gangguan angiogenesis, meningkatnya fragilitas pembuluh darah, hilangnya integritas endotel, epitel dan stroma struktur penunjang. Penyebab pasti kerapuhan pembuluh darah belum sepenuhnya dimengerti. Aktivitas matriks metalloproteinase (MMP) endometrium pada pengguna kontrasepsi progestogen meningkat, terutama MMP-9 dan aktivitas Tissue Inhibitory Metallo Proteinase (TIMP) yang menurun. Hal ini menyebabkan lemahnya jaringan penunjang disekitar pembuluh darah, dan di bawah epitel, sehingga endometrium menjadi rapuh, dan terjadi kerusakan pada pembuluh darah, yang pada akhirnya dapat memicu terjadinya pendarahan pada pengguna kontrasepsi progestin. Metabolisme asam arakidonat endometrium pada pengguna kontrasepsi progestin terganggu, yang ditunjukkan dengan peningkatan bermakna kadar PGF2D dan metabolit epoxide.⁷⁴ Sedangkan keadaan amenore disebabkan atrofi endometrium.⁶⁶

b) Penambahan berat badan.⁶⁹

Alat kontrasepsi hormonal suntik DMPA yaitu alat kontrasepsi yang mengandung hormon progesteron, yang dapat merangsang pusat pengendalian nafsu makan di hipotalamus sehingga menyebabkan terjadinya peningkatan berat badan akseptor.^{71,73}

Ada ahli yang menyebutkan bahwa penggunaan KB suntik Depo Medroksi Progesteron Asetat (DMPA) bisa berefek pada penambahan berat badan. Terjadinya kenaikan berat badan kemungkinan disebabkan karena hormon progesteron mempermudah perubahan karbohidrat dan gula menjadi lemak, juga menyebabkan nafsu makan bertambah dan menurunnya aktivitas fisik, akibatnya dapat menyebabkan berat badan bertambah.⁷³

c) Mual.^{68,69,75}

Mual yang terjadi pada akseptor biasanya tidak mengganggu aktifitas sehari-hari. Pada bulan-bulan pertama penyuntikan tubuh akan bereaksi terhadap hormon progesteron yang bisa mempengaruhi produksi asam lambung.

d) Sakit kepala.^{69,70}

Sakit kepala yang terjadi pada akseptor KB suntik 3 bulan disebabkan akibat dari hormon progesteron yang akan membuat ketidakseimbangan hormon yang memicu sakit kepala.

e) Penurunan libido.⁷⁵

Hubungan antara fungsi seksual wanita dan kontrasepsi hormonal masih kontroversial. Nelson juga melaporkan bahwa 5,8% wanita yang menggunakan DMPA memiliki keluhan negatif pada libido. Sebaliknya, tidak ada hubungan yang ditemukan antara penggunaan injeksi DMPA dan minat seksual di antara pengguna remaja ketika membandingkan berbagai kontrasepsi hormonal.⁷⁵

f) Vagina kering.⁷⁵

1. Kewenangan Bidan

Seorang bidan dalam menyelenggarakan praktik kebidanan, memiliki wewenang untuk memberikan pelayanan kesehatan ibu anak. Di sisi lain bidan juga berwenang untuk melakukan pelayanan

kesehatan reproduksi dan keluarga berencana. Dalam pasal 21 Permenkes Nomor 28 tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan sebagaimana yang dimaksud dalam pasal 18 huruf c, bidan berwenang memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana, serta dapat juga memberikan pelayanan kontrasepsi oral atau pil, kondom, dan suntikan.³⁹