

## **BAB II**

### **KAJIAN KASUS DAN TEORI**

#### **A. Kajian Kasus**

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

###### **a. Kunjungan ANC Tanggal 12/01/2024**

Asuhan kebidanan berkesinambungan diberikan kepada Ny. I umur 26 tahun pada kehamilan trimester III dengan umur kehamilan 39 minggu. Kasus ini ditemukan di PMB Arinta Lindari pada tanggal 12 Januari 2024. Alamat pasien tersebut di Ngempak Sri Gading Sanden Ny. I datang bersama Suami dan anaknya 18 bl dan mengatakan hari ini adalah jadwal kontrol ulang kehamilannya.

Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny I , kehamilan ini merupakan kehamilan ke dua. Keluhan saat ini adalah nyeri punggung bagian bawah. Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan yang tidak rencanakan karena anak terkecil berusia 18 bulan. Riwayat KB sebelumnya ibu menggunakan Kondom dan belum ingin KB dengan hormonal karena saat hamil anak pertama ibu menunggu kurang lebih 1 th setelah pernikahan. Ibu dan keluarga sudah menerima kehamilannya , ibu melakukan ANC terpadu di Puskesmas Sanden pada TM I dan TM 3 dan melakukan pemeriksaan rutin kehamilan ke praktek mandiri bidan. Ibu mengatakan haid terakhirnya pada tanggal 15 April 2023, dan hari perkiraan lahirnya pada tanggal 22 Januari 2024. Saat Ibu dan Keluarga mengetahui hasil USG yang mengatakan kemungkinan anak yang dikandung adalah anak laki-laki, ibu dan keluarga semangat menyambut kehadiran anak ke -2. Pada pola nutrisi saat ini ibu tidak memiliki masalah dengan makan dan minum, ibu juga mengkonsumsi sayur dan buah.

Pola makan ibu 3 - 4 kali sehari dengan porsi sedang, ibu mengatakan banyak mengkonsumsi protein selama hamil seperti telur,ikan,tahu tempe dan daging. Ibu mengkonsumsi rata-rata 1,5

litter air minum setiap harinya. Pada pola istirahat ibu mengatakan tidak ada keluhan dan masih bisa tidur nyenyak saat malam. Pada pola buang air kecil dan besar ibu tidak memiliki masalah. Pada riwayat kesehatan pasien dan keluarga, tidak pernah dan sedang menderita penyakit. Pasien juga tidak memiliki riwayat keturunan kembar. Pasien juga tidak memiliki riwayat alergi obat maupun makanan. Saat ini Ibu tinggal bersama suami dan anaknya, serta berdekatan dengan keluarga nya. Saat ini ibu tidak bekerja dan hanya sebagai ibu rumah tangga, dan suami adalah karyawan swasta di sebuah hotel di Yogyakarta.

Hasil pengkajian pada awal kehamilan ditemukan BB sebelum hamil 40 kg, TB 156 cm didapatkan IMT sebelum hamil  $16,4 \text{ kg/ m}^2$  LILA saat K1 21 cm saat TM 3 24,5 cm. Berat badan ibu saat ini adalah 55,6 kg, sehingga ibu mengalami kenaikan berat badan 15,6 kg. Berdasarkan data obyektif, ditemukan tanda-tanda vital dalam batas normal. Pada pemeriksaan konjungtiva mata berwarna merah muda dan sklera putih. Pada pemeriksaan palpasi abdomen, TFU 29 cm (TBJ:2790 gram), teraba bokong pada fundus uteri, punggung bayi di kiri ibu dan teraba kepala sudah masuk panggul 1/5 bagian. Pada pemeriksaan auskultasi didapatkan denyut jantung janin (DJJ) dalam batas normal. Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 5-01-2024, Hb 12,0 gr/dl, protein negatif, GDS 131. Gol Darah A

b. Kunjungan ANC ke 2

Pada tanggal 16 Januari 2024, Ibu mengatakan kepada bidan melalui WA bahwa ibu sudah merasakan kontraksi yang teratur sejak jam 03.00 WIB. Ibu mengatakan sudah tidak nyaman dan sulit tidur. bidan memberikan edukasi kepada ibu untuk segera ke bidan agar bisa dilakukan pemeriksaan. Ibu mengatakan sedang mempersiapkan diri untuk berangkat ke PMB.

## 2. Persalinan dan BBL

### a. Persalinan

Pada tanggal 16 Januari 2024 pukul 08.30 WIB Ny. I datang ke PMB Arinta Lindari Bantul untuk melakukan Pemeriksaan karena dari jam 03.00 sudah merasakan kenceng-kenceng. Usia kehamilan ibu berdasarkan hari pertama haid terakhir yaitu 39 minggu 4 hari. Pemeriksaan objektif di dapatkan keadaan ibu baik. Kesadaran composmentis. TD 117/72 mmHg, N 93 x /mnt S 36 3C, RR 20 x/mnt.HIS 2-3 kali/10 mnt lamanya 10- 20 detik, Leopod 1 pada fundus teraba bulat tidak melinting ( bokong) TFU 29 cm, Leopold 2 teraba punggung bayi di kiri ibu dan teraba kepala sudah masuk panggul 1/5 bagian . Pemeriksaan dalam di dapatkan hasil vagina dan uretra tenang, dinding vagina licin, porsio teraba lunak, selaput ketuban positif ,pembukaan 2 ,teraba kepala, SLTD +. Detak jantung janin 143 kali /menit. Bidan menganjurkan ibu untuk mobilisasi dengan berjalan jalan kecil di sekitar kamar periksa atau tidur dengan miring kiri. Memberitahu ibu untuk tetap makan dan minum agar ibu memiliki tenaga sampai proses bersalin selesai serta mengajarkan teknik relaksasi.

Pada jam 14.00 ibu mengatakan his semakin sering, pada pemeriksaan di dapatkan HIS 2-3 kali /10 menit lamanya 30-35 dtk. DJJ 145 kali/menit , pemeriksaan dalam didapatkan hasil vagina dan uretra tenang, dinding vagina licin, porsio teraba lunak, selaput ketuban positif ,pembukaan 4 ,teraba kepala, SLTD +. TD 120/80 mmHG,N 78 x/mnt ,S 36 <sup>5</sup> C, RR 20x/mnt. Memberitahu ibu bahwa ibu sudah memasuki fase aktif kala 1, mengajurkan ibu tetap makan dan minum. Melakukan relaksasi saat kontraksi datang dan tetep memberikan suport pada ibu. Menganjurkan ibu untuk tidak menahan BAK / BAB.

Ibu kemudian mengatakan Kontraksi semakin sering. Pada pemeriksaan objektif jam 18.00 di dapatkan TD 120/80 mmHg, N 88 x/mnt, S 36 3 C, RR 18 x/mnt, HIS 3-4 x/10mnt lamanya 35-40 detik, DJJ 148 kali/mnt, pemeriksaan dalam didapatkan hasil vagina dan uretra tenang, dinding vagina licin, porsio teraba lunak, selaput ketuban positif, pembukaan 7, teraba kepala, SLTD +. Menganjurkan ibu tetap makan dan minum, serta istirahat disela-sela kontraksi. Menganjurkan ibu tetap miring kiri dan tetap memberikan ibu suport.

Pada jam 19.00 ibu mengatakan keluar cairan dari kemaluan, dan kontraksi semakin kuat, ibu mengatakan seperti ingin BAB. Pemeriksaan dalam dilakukan hasil vagina dan uretra tenang, dinding vagina licin, porsio tidak teraba, selaput ketuban negatif, pembukaan lengkap, kepala di hogde 3, UUK jam 12, SLTD +. Bidan memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap, mengatur posisi ibu agar ibu merasa nyaman saat mendedan, mengajarkan ibu teknik mendedan yang baik dan benar, memimpin persalinan dengan langkah APN.

Setelah dilakukan pimpinan meneran, tanggal 16 Januari 2024 jam 20.05 WIB bayi lahir spontan, langsung menangis, tonus otot kuat, warna kulit kemerahan. Kemudian memastikan janin tunggal dan menyuntikkan oksitosin 10 IU secara IM di paha luar. Selanjutnya melakukan jepit potong tali pusat, mengeringkan janin, melakukan IMD, dan melihat tanda-tanda pelepasan plasenta. Melakukan manajemen aktif kala III, Plasenta lahir spontan dan lengkap jam 20.10 WIB.

Ibu dan suami telah menyetujui dan menandatangani *informed consent* pemasangan KB IUD Nova T post placenta. Bidan memastikan tidak ada tanda-tanda perdarahan dan melakukan pemasangan IUD Nova T. Pemasangan KB post placenta dengan IUD Nova T dilakukan segera setelah placenta lahir, setelah

dilakukan massase uterus selama 15 detik, kemudian baru insersi IUD Nova T .

Kemudian dilanjutkan dengan memeriksa keadaan jalan lahir apakah ada robekan atau tidak. Berdasarkan pemeriksaan terdapat robekan derajat II di jalan lahir, dan dilakukan penjahitan. Selanjutnya dilakukan pemantauan meliputi nadi, tekanan darah, kontraksi, TFU, pengeluaran darah, kandung kemih tiap 15 menit sekali dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit sekali pada satu jam kedua. Pemantauan suhu tiap 1 jam.

Memberitahu ibu bahwa ibu telah menggunakan KB IUD Nova T post placenta dan memberitahu ibu ada luka pada perineum serta cara perawatannya agar tidak terjadi infeksi. Membersihkan ibu agar merasa lebih nyaman, serta memberikan selamat kepada ibu bahwa ibu telah melahirkan anak laki –laki secara normal. Berdasarkan pemantuan TD : 115/73 mmHg, N: 86 x/menit, S: 36,7°C, kontraksi keras, TFU 2 jari dibawah pusat, perdarahan dalam batas normal, kandung kemih kosong. IMD selama 1 jam kemudian melakukan pemeriksaan antropometri dan ttv bayi.

b. Bayi Baru Lahir

Bayi lahir secara spontan pukul 20.05 WIB tanggal 16 Januari 2024. Bayi berjenis kelamin laki-laki lahir langsung menangis. Setelah dilakukan pemotongan tali pusat dan dibersihkan, bayi diletakkan diatas dada ibu untuk dilakukan IMD selama 1 jam. Kemudian dilakukan pemeriksaan fisik (head to toe) ) pada bayi menunjukkan hasil normal , tidak ada kelainan kongenital dan kelainan bawaan, Bayi sudah BAK. Berdasarkan pemeriksaan atromometri keadaan BBL dengan BB 2950 gram, PB: 47 cm, LK: 30 cm, LD: 31 cm, LLA: 11 cm. Bayi diberikan suntikan vitamin K 1 mg pada paha sebelah kiri untuk membantu mencegah perdarahan dan diberikan salep mata genoit pada kedua mata untuk mencegah

infeksi dan tetap menjaga kehangatan bayi. Hasil pemeriksaan reflek menunjukkan hasil , reflek morro + , *rooting*/menoleh pada sentuhan + , *swallowing*/menelan +, *scucking*/menghisap +, *grasping*/menggangam +, *babinski*/gerak pada telapak kaki + .

Bayi dilakukan rawat gabung bersama ibu, dan bayi hanya diberikan ASI saja. ASI atau Kolostrum sudah keluar dan bayi mau menyusu dengan kuat. Dari hasil pengkajian pada pemeriksaan serta asuhan yang diberikan pada By. Ny. I menunjukkan hasil yang normal dan baik.

### **3. Kunjungan Nifas 1 dan Kunjungan Neonatal 1**

Pada tanggal 17-1-2024 pukul 09.00 WIB di ruang nifas PMB Arinta Lindari. Pemeriksaan tanda –tanda vital ibu menunjukkan keadaan umum baik, keluhan dirasakan ibu masih merasakan nyeri pada jalan lahir karena luka jahitan dan merasa mengantuk karena kurang tidur karena bayi menangis. TD 112/78 mmHg. N 90 kali per menit, TFU 1 jari dibawah pusat, kontraksi keras, perdarahan lochea rubra , kurang lebih 5 cc. pada pemeriksaan payudara puting susu menonjol, colostrum +, ibu mengatakan ASI nya belum keluar banyak. Pada daerah genitalia , tidak ada oedema , terdapat luka jahitan dan tidak ada tanda infeksi, darah keluar berwarna merah, sudah ganti pembalut dua kali dan tidak ada hemoroid. Ibu sudah BAK dan belum BAB setelah melahirkan. Ibu sudah bisa berjalan sendiri ke kamar mandi, duduk dan menyusui bayinya.

Ibu sudah makan dan minum obat yang diberikan etabion 1 tablet / hari dan parasetamol 500 mg 3 x 1. Hasil pemeriksaan dan pemantauan nifas pada 12 jam masa nifas menunjukkan hasil normal. Dan ibu merasa bahagia dengan kelahiran anak ke duanya. Bayi dilakukan rawat gabung bersama ibu, dan bayi hanya diberikan ASI saja. ASI atau Kolostrum sudah keluar dan bayi mau menyusu dengan kuat. Pada tanggal 17/01/2024 jam 06.30 bayi dimandikan setelah 6 jam lahir dan diberikan imunisasi HB 0 dengan dosis 0,5ml pada paha

kanan untuk mencegah penyakit hepatitis virus. Bayi sudah BAK dan BAB, tidak ada tanda- tanda infeksi pada bayi. Pada pemeriksaan RR 50 x /mnt S 36<sup>7</sup> C detak jantung 110 x/mnt. Dari hasil pengkajian pada pemeriksaan serta asuhan yang diberikan pada BY. NY. I menunjukkan hasil yang normal dan baik.

#### **4. Kunjungan Nifas ke 2 dan kunjungan Neonatal ke 2**

Pada kunjungan ke-2 tanggal 19-01-2024 pukul 11.00, Ny. I datang diantar suaminya ke PMB Arinta Lindari, pada pemeriksaan di dapatkan TD 99/61mmHg ,N 101 x/mnt, BB 52,2 kg TFU pertengahan pusat simpisis. Kontaksi keras, perdarahan dalam batas normal, lochea sanguelita. Produksi ASI ibu sudah semakin banyak karena ibu menyusui banyinya 2 – 3 jam sekali atau sesuai keinginan bayi dan Bayi sudah menyusu kuat dan baik.

Ibu mengatakan nyeri luka perineum sudah berkurang tidak ada perdarahan dan tanda-tanda infeksi. Ibu mengatakan ASI-nya sudah lancar dapat mencukupi kebutuhan bayinya. Ibu mengatakan sudah buang air besar baru sekali sejak melahirkan dengan konsistensi agak lunak dan buang air kecil 3-4 kali dalam sehari. Ibu mengkonsumsi makanan bergizi seimbang tiga kali sehari dengan satu porsi nasi, sayuran, lauk pauk yang tinggi protein. Minum sebanyak 7-8 gelas perhari dengan air putih. Ibu beraktifitas seperti jalan kaki untuk menjemur pakaian, ke kamar mandi dan jalan-jalan ringan di sekitar rumah. Pengeluaran pervaginam berwarna merah kecoklatan/ flek, dan tidak ada keluhan pada pengeluaran pervaginam. Ibu melakukan *personal hygiene* yaitu mandi seperti biasa sebanyak dua kali dalam sehari, mengganti pembalut tiga kali sehari, dan cebok dari arah depan ke belakang.

Pada tanggal 19 Januari 2024 pukul 11.00 WIB Ny. I membawa bayi nya untuk melakukan kunjungan ulang, bayi Ny. I umur 3 hari. Kunjungan neonatus hari ke-3 diperoleh hasil pemeriksaan keadaan

umum baik, BB 2950 gram, suhu 36,5<sup>0</sup>C, nadi 124 kali/ menit, respirasi 43 kali/ menit. Pemeriksaan fisik (*Head to Toe*) menunjukkan hasil normal, tidak ada kelainan, tidak ikterik, tidak ada massa/ benjolan, tidak ada perubahan warna kulit, tidak ada tanda lahir, turgor kulit normal, tidak ada stridor maupun tarikan dinding dada, perut tidak kembung, tali pusat belum puput, sudah mulai kering, bersih, tidak kemerahan dan berbau, anus berlubang. Bayi BAK sekitar 7 - 8 kali/ hari, warna dan bau khas, tidak ada keluhan. BAB 4-6 kali/hari, warna dan konsistensi normal, tidak ada keluhan. Bayi menyusu kuat 2-3 jam sekali atau sesuai keinginan bayi, tidak ada masalah. Pola tidur sekitar 18 jam sehari, sering bangun di malam hari untuk menyusu atau ganti popok. Bayi mendapatkan pemeriksaan SHK pada hari ke-3.

Hasil pemeriksaan pada bayi Ny. I menunjukkan hasil baik dan normal. Tidak ditemukan tanda bahaya pada neonatus, tidak ada tanda infeksi, tidak ada perdarahan tali pusat, tidak ikterik, tidak hipotermi, tidak ada kejang, tidak merintih, tidak letargis, tidak ada gangguan pernapasan.

### **5. Kunjungan Nifas ke 3 dan kunjungan Neonatal ke 3**

Pada kunjungan ke-3 tanggal 25 -1 -2024, Ibu datang ke PMB Arinta Lindarti pada hari ke 9 post nifas untuk kontrol dan mengimunisasi bayinya. Pada pemeriksaan di dapatkan hasil TD 106 x mnt N 94 x/mnt S 36 7 BB 50,1 kg. Ibu mengatakan luka pada jahitan perineum tidak terasa nyeri. Ibu mengatakan produksi ASI-nya cukup banyak. Ibu mengatakan sudah dapat buang air besar setiap 2 hari sekali dengan konsistensi agak lunak dan buang air kecil 4-5 kali dalam sehari.

By. Ny I Didapatkan hasil pemeriksaan BB 3,3 kg S 36,5 C , Pemeriksaan fisik (*Head to Toe*) menunjukkan hasil normal, tidak ada kelainan, tidak ikterik, tidak ada massa/ benjolan, tidak ada perubahan warna kulit, tidak ada tanda lahir, turgor kulit normal, tidak ada stridor



maupun tarikan dinding dada, perut tidak kembung, tali ,sudah mulai kering, bersih, tidak kemerahan dan berbau, anus berlubang.Bayi BAK sekitar 7 - 8 kali/ hari, warna dan bau khas, tidak ada keluhan. BAB 4-6 kali/hari, warna dan konsistensi normal, tidak ada keluhan. Bayi menyusu kuat 2-3 jam sekali atau sesuai keinginan. By. Ny I mendapatkan imunisasi BCG 0,05 secara SC di lengan kanan.

Berdasarkan data obyektif, ditemukan tanda-tanda vital dalam batas normal. Pada pemeriksaan abdomen, fundus uteri sudah tidak teraba. Luka jahitan pada perineum telah tertutup dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Pengeluaran pervaginam minimal, berwarna kecoklatan. Pada pemeriksaan kedua ekstemitas tidak terdapat oedema, varises dan *homan sign*.

#### **6. Kunjungan Nifas Ke 4**

Pada kunjungan ke-4 tanggal 7 Februari 2024, Ibu melakukan kunjungan ke PMB untuk melakukan kontrol karena ibu sudah tidak mengeluarkan flek-flek coklat dan sisa lendir berwarna putih dan saat ini tidak ada keluhan .

Berdasarkan data obyektif, ditemukan tanda-tanda vital dalam batas normal. Pada pemeriksaan abdomen, fundus uteri sudah tidak teraba. Luka jahitan pada perineum sudah kering dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Pengeluaran pervaginam minimal, berwarna putih. Bidan menjelaskan kembali apa itu AKDR, dan efek samping apa yang akan dialami ibu sebagai akseptor seperti adanya perubahan siklus haid (umumnya pada tiga bulan pertama dan akan berkurang setelah tiga bulan), timbulnya spotting, dan darah haid lebih lama dan banyak. Apabila ibu merasakan keluhan seperti nyeri hebat pada perut atau keluar benang hingga teraba di area vagina dan ketidaknyamanan lainnya, meminta ibu untuk datang ke PMB setelah masa nifas kurang lebih 40 hari untuk melakukan kontrol AKDR.

## **B. Kajian Teori**

### **1. Konsep Dasar *Continuity Of Care* / COC**

#### **a. Definisi**

Pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan, dan masa sesudah melahirkan, penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi, serta pelayanan kesehatan seksual diselenggarakan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara menyeluruh terpadu dan berkesinambungan. *Continuity of care* merupakan hal yang mendasar dalam model praktik kebidanan untuk memberikan asuhan yang holistik, membangun kemitraan yang berkelanjutan untuk memberikan dukungan, dan membina hubungan saling percaya antara bidan dengan klien. Menurut Reproductive, Maternal, Newborn, And Child Health (RMNCH). “Continuity of care” meliputi pelayanan terpadu bagi ibu dan anak dari prakehamilan hingga persalinan, periode postnatal dan masa kanak-kanak. Asuhan disediakan oleh keluarga dan masyarakat melalui layanan rawat jalan, klinik, dan fasilitas kesehatan lainnya. *Continuity of care* dalam kebidanan adalah serangkaian kegiatan pelayanan yang berkelanjutan dan menyeluruh mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, pelayanan bayi baru lahir serta pelayanan keluarga berencana yang menghubungkan kebutuhan kesehatan perempuan khususnya dan keadaan pribadi setiap individu.<sup>10,11,12</sup>

#### **b. Asuhan COC**

Filosofi model *continuity of care* menekankan pada kondisi alamiah yaitu membantu perempuan agar mampu melahirkan dengan intervensi minimal dan pemantauan fisik, kesehatan psikologis, spiritual dan sosial perempuan dan keluarga, dimana *Continuity of care* dalam pelayanan kebidanan dapat memberdayakan perempuan dan mempromosikan keikutsertaan dalam pelayanan mereka juga meningkatkan pengawasan pada mereka sehingga perempuan merasa dihargai. *Continuity Of Care* memiliki tiga jenis pelayanan yaitu :

- 1) Manajemen
- 2) Informasi
- 3) 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. Perawatan berencana tidak hanya menopang bidan dalam mengkoordinasikan layanan komprehensif mereka tetapi juga menimbulkan rasa aman serta membuat keputusan bersama.<sup>13</sup>

## **2. Kehamilan**

### **a. Pengertian Kehamilan**

Periode antenatal adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga dimulainya persalinan sejati, yang menandai awal periode antepartum. Sebaliknya periode prenatal adalah kurun waktu terhitung sejak hari pertama haid terakhir hingga kelahiran bayi yang menandai awal periode pascanatal.<sup>14</sup>

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 280 hari atau 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, yaitu trimester satu dimulai dari konsepsi selama 12 minggu (0-12 minggu), trimester dua selama 15 minggu (13-27 minggu), dan trimester tiga selama 13 minggu (28-40 minggu).<sup>15</sup>

### **b. Perubahan Fisiologis Ibu Hamil Trimester III**

#### **1) Sistem Reproduksi**

Pada kehamilan cukup bulan ketebalan dinding uterus awalnya 5 mm dan beratnya 2 ons menjadi lebih dari 2 pon. Pembesaran uterus ikut menyebabkan adanya kontraksi *Braxton Hicks* karena perenggangan sel-sel otot uterus.<sup>14</sup>

**Tabel 1. Tinggi Fundus Uteri Sesuai Umur Kehamilan**

No.	TFU (cm)	Tinggi fundus uteri (Leopold)	Umur kehamilan (minggu)
1	12	3 jari atas simfisis	12
2	16	Pertengahan pusat dan simfisis	16
3	20	3 jari bawah pusat	20
4	24	Sepusat	24
5	28	3 jari atas pusat	28
6	32	Pertengahan pusat dan <i>processus xifoideus</i> (px)	32
7	36	1-2 jari bawah px	36
8	40	2-3 jari bawah px	40

Sumber: Prawirohardjo (2014)

Peningkatan ukuran pembuluh darah dan pembuluh limfe uterus menyebabkan vaskularisasi, kongesti dan edema menyebabkan serviks bertambah lunak dan warnanya lebih biru sampai keunguan yang disebut tanda *Chadwick*. Dalam persiapan persalinan, estrogen dan hormon plasenta relaxin membuat *cervix* lebih lunak yang disebut juga tanda *Goodell*.<sup>15,14</sup>

## 2) Mammae

Mammae akan membesar, tegang, memiliki unsur laktogenik, dan mempengaruhi sejumlah perubahan metabolik akibat adanya hormon somatomamotropin korionik (*human placental lactogen* atau HPL).<sup>14</sup> Payudara membesar, puting susu menonjol, areola berpigmentasi (menghitam) dan tonjolan-tonjolan kecil makin tampak diseluruh areola yang disebut *Montgomery*, cairan berwarna krem/putih kekuningan (Kolostrum) mulai keluar sebelum menjadi susu.<sup>15</sup>

## 3) Kulit

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan

nama striae gravidarum. Pada multipara selain striae kemerahan itu seringkali ditemukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan sikatrik dan striae sebelumnya. Pada banyak perempuan kulit digaris pertengahan perutnya (linea alba) akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut dengan linea nigra.

Kadang-kadang akan muncul dalam ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher yang disebut dengan chloasma atau melasma gravidarum. Selain itu, pada areola dan daerah genital juga akan terlihat pigmentasi yang berlebihan.<sup>15</sup>

#### 4) Sirkulasi darah

Sistem sirkulasi darah ibu dalam kehamilan dipengaruhi oleh adanya sirkulasi ke plasenta, uterus yang membesar dengan pembuluh-pembuluh darah yang membesar pula, mammae dan alat lain-lain yang memang berfungsi berlebihan dalam kehamilan seperti telah ditemukan, volume darah ibu dalam kehamilan bertambah secara fisiologis dengan adanya pencairan darah yang disebut hidremnia.<sup>15</sup>

#### 5) Sistem Muskuloskeletal

Selama kehamilan terjadi peningkatan mobilitas sendiri sakroiliaka, sakrokoksigeus dan pubis, yang kemungkinan akibat perubahan hormon. Ini memungkinkan pelvis meningkatkan kemampuannya untuk mengakomodasi bagian presentasi selama kala akhir kehamilan dan persalinan. Simfisis pubis akan melebar dan sendi sakro-koksigeal menjadi longgar menyebabkan koksigeus tergeser. Perubahan ini menyebabkan rasa tidak nyaman di punggung bawah seperti nyeri punggung bawah dan nyeri ligamen terutama di akhir kehamilan.<sup>14</sup>

#### 6) Sistem pencernaan

Pada usus besar menyebabkan konstipasi karena waktu transit melambat dan air banyak diserap sehingga menyebabkan

peningkatan flatulen karena usus mengalami pergeseran akibat desakan dari uterus yang makin besar.<sup>14</sup>

#### 7) Traktus Urinaria

Pada akhir kehamilan, akan terjadi poliuria akibat kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul menekan kandung kemih dan disebabkan oleh adanya peningkatan sirkulasi darah di ginjal pada kehamilan, sehingga filtrasi di glomerulus juga meningkat.<sup>15</sup> Ibu hamil mengumpulkan cairan (air dan natrium) selama siang hari dalam bentuk edema dependen akibat tekanan uterus pada pembuluh darah panggul vena kava inferior, dan mengeluarkan cairan pada malam hari (nokturia) melalui kedua ginjal ketika berbaring terutama lateral kiri.<sup>14</sup>

#### 8) Sistem Respirasi

Frekuensi pernapasan hanya mengalami sedikit perubahan selama kehamilan, tetapi volume tidal, volume ventilasi permenit dan pengambilan oksigen permenit akan bertambah secara signifikan pada kehamilan lanjut. Perubahan ini akan mencapai puncaknya pada minggu ke-37 dan akan kembali hampir seperti sediakala dalam 24 minggu setelah persalinan.<sup>16</sup>

Seorang wanita hamil pada kelanjutan kehamilannya tidak jarang mengeluh tentang rasa sesak dan pendek nafas. Hal ini ditemukan pada kehamilan 32 minggu ke atas oleh karena usus-usus tertekan oleh uterus yang membesar kearah diafragma.<sup>15</sup>

#### 9) Sistem Metabolisme

Pada ibu hamil *basal metabolic rate* (BMR) bertambah tinggi hingga 15-20 % yang umumnya ditemui pada trimester ketiga dan membutuhkan banyak kalori untuk dipenuhi sesuai kebutuhannya.<sup>15</sup> Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sedangkan pada perempuan dengan gizi kurang

atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing 0,5 kg dan 0,3 kg.<sup>16</sup>

**Tabel 2. Rekomendasi Penambahan Berat Badan Selama Kehamilan Berdasarkan IMT**

Kategori	IMT (kg/ m <sup>2</sup> )	Rekomendasi (kg)
Rendah	<18,5	12,5-18
Normal	18,5-24,9	11,5-16
Tinggi	25-29,9	7-11,5
Obesitas	≥30	5-9

Sumber: Carr (2019)

**c. Perubahan Psikologis Ibu Hamil Trimester III**

Trimester III disebut periode penantian dengan penuh waspada karena ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Sejumlah ketakutan muncul seperti ibu merasa khawatir bayi yang dilahirkannya tidak normal, takut akan-rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul sewaktu melahirkan dan muncul rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada Trimeter III.<sup>14</sup>

Status emosional dan psikologis ibu turut menentukan keadaan yang timbul sebagai akibat atau diperburuk oleh kehamilan, sehingga dapat terjadi pergeseran dimana kehamilan sebagai peristiwa fisiologis menjadi kehamilan patologis. Ada dua macam stressor, yaitu:

- 1) Stressor internal, meliputi kecemasan, ketegangan, ketakutan, penyakit, cacat, tidak percaya diri, perubahan penampilan, perubahan sebagai orang tua, sikap ibu terhadap kehamilan, takut terhadap persalinan, kehilangan pekerjaan.
- 2) Stressor eksternal, meliputi maladaptasi, relationship, kasih sayang, dukungan mental, *broken home*.

Pada peristiwa kehamilan merupakan suatu rentang waktu, dimana tidak hanya terjadi perubahan fisiologis, tetapi juga terjadi perubahan psikologis yang merupakan penyesuaian emosi, pola berpikir, dan perilaku yang berkelanjutan hingga bayi lahir. Pengaruh

faktor psikologis terhadap kehamilan adalah ketidakmampuan pengasuhan kehamilan dan mempunyai potensi melakukan tindakan yang membahayakan terhadap kehamilan.<sup>17</sup>

#### **d. Faktor Risiko pada Ibu Hamil**

Deteksi dini kehamilan adalah kegiatan yang dilakukan untuk menemukan ibu hamil yang mempunyai faktor risiko dan komplikasi kehamilan. Faktor risiko adalah suatu keadaan atau ciri tertentu pada seseorang atau suatu kelompok ibu hamil yang dapat menyebabkan risiko atau bahaya kemungkinan terjadinya komplikasi persalinan.

Berdasarkan Skor Poedji Rochjati faktor risiko dikelompokkan dalam 3 kelompok FR. I, II, dan III dengan berturut-turut ada 10,8, dan 2<sup>18</sup>

- a) Kelompok Faktor Risiko I: Ada-Potensi-Gawat-Obstetrik/APGO dengan 7 terlalu dan 3 pernah. Tujuh terlalu adalah primi muda, primi tua, primi tua sekunder, umur 35 tahun, grande multi, anak terkecil umur < 2 tahun, tinggi badan rendah 145 cm dan 3 pernah adalah riwayat obstetrik jelek, persalinan lalu mengalami perdarahan pasca persalinan dengan infus/transfuse, uri manual, tindakan pervaginam, bekas operasi sesar.
- b) Kelompok FR II : Ada-Gawat-Obstetri/AGO-penyakit ibu, preeklampsia ringan hamil kembar, hidramnion, hamil serotinus, IUFD, letak sungsang dan letak lintang.
- c) Kelompok FR III : Ada-Gawat-Darurat-Obstetrik/ADGO, perdarahan antepartum dan preeklampsia berat/eklampsia.

Kelompok risiko berdasarkan jumlah skor pada tiap kelompok, ada 3 kelompok risiko:

- a) Kehamilan Risiko Rendah/KRR : jumlah skor 2 dengan kode warna hijau, selama hamil tanpa FR
- b) Kehamilan Risiko Tinggi/KRR : jumlah skor 6-10, kode warna kuning dapat dengan FR tunggal dari kelompok FR I, II, atau III dengan FR ganda 2 dari kelompok FR I dan II.



- c) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi/KRST : ibu dengan jumlah skor 12 kode warna merah, ibu hamil dengan FR ganda dua atau tiga dan lebih.

Tabel 3. Skor Poedji Rochjati

	Faktor Resiko	Skor
Kelompok Faktor Risiko I/APGO	Primi muda	4
	Primi tua	4
	Primi tua sekunder	4
	Anak terkecil < 2 tahun	4
	Grande multi	4
	Umur ibu $\geq$ 35 tahun	4
	Tinggi badan $\leq$ 145 cm	4
	Pernah gagal kehamilan	4
	Persalinan dengan tindakan	4
	Bekas SC	8
Kelompok Faktor Risiko II/AGO	Penyakit ibu	4
	Preeclampsia ringan	4
	Gemeli	4
	Hidramnion	4
	IUFD	4
	Hamil serotinus	4
	Letak sungsang	4
	Letak lintang	4
Kelompok Faktor Risiko III/AGDO	Perdarahan antepartum	8
	Preeklampsia berat	8

Sumber: Prawiroharjo, Sarwono. Ilmu Kebidanan. 2011:32.

Faktor risiko pada ibu hamil menurut Kemenkes RI (2010) dan Rochjati (2011), sebagai berikut:<sup>19,20</sup>

- 1) Hamil lebih dari 35 tahun.

Usia ibu hamil saat hamil >35 tahun merupakan salah satu faktor risiko tinggi ibu hamil. Banyak wanita yang menunda usia kehamilan bahkan sampai usia 40 tahun, dengan alasan tertentu seperti alasan pendidikan, alasan profesional, pekerjaan. Apabila kehamilan diatas usia 42 tahun dapat mempengaruhi kondisi ibu,

usia ibu hamil > 42 tahun memiliki hubungan signifikan dengan preeklampsia, kelahiran bayi *premature*, berat badan lahir rendah, dan seksio sesarea. Penyakit hipertensi dapat menyebabkan preeklampsia, dan mempengaruhi pertumbuhan plasenta yaitu hipertropi plasenta.<sup>21</sup> Kehamilan usia ibu lebih dari 42 tahun akan mempengaruhi fungsi plasenta dan akan mempengaruhi pertumbuhan janin.<sup>15</sup>

## 2) Jarak persalinan terakhir dan kehamilan sekarang

Jarak persalinan terakhir dengan kehamilan apabila kurang dari 12 bulan meningkatkan kemungkinan risiko prematur. Anemia juga lebih sering terjadi jika interval antar kehamilan kurang dari satu tahun.

Menurut BKKBN, jarak kehamilan yang paling tepat adalah 2 tahun atau lebih. Jarak kehamilan yang pendek akan mengakibatkan belum pulihnya kondisi tubuh ibu setelah melahirkan. Sehingga meningkatkan risiko kelemahan dan kematian ibu.<sup>19</sup> Ibu hamil dengan persalinan terakhir >10 tahun yang lalu. Ibu dalam kehamilan dan persalinan ini seolah-olah mengalami persalinan yang pertama lagi.

Bahaya yang dapat terjadi antara lain:

- a) Persalinan dapat berjalan tidak lancar
- b) Perdarahan pasca persalinan
- c) Penyakit ibu seperti hipertensi (tekanan darah tinggi), diabetes, penyakit jantung dll..

## 3) Anemia

Pada saat hamil terjadi peningkatan volume darah ibu yang terjadi akibat peningkatan volume plasma, bukan akibat peningkatan sel darah merah. Walaupun terjadi peningkatan sel darah merah namun jumlahnya tidak seimbang dengan peningkatan volume plasma, sehingga mengakibatkan penurunan kadar haemoglobin.<sup>14</sup>

#### 4) Riwayat keluarga

Riwayat BBLR berulang dapat terjadi biasanya pada kelainan anatomis dari uterus, seperti septum uterus, biasanya septum pada uterus vascular dan terjadi kegagalan vaskularisasi ini menyebabkan gangguan pada perkembangan plasenta hal ini juga didukung oleh faktor usia ibu >35 tahun yang mempengaruhi perkembangan plasenta. Septum mengurangi kapasitas dan endometrium sehingga dapat menghambat pertumbuhan janin, selain itu juga dapat menyebabkan keguguran pada trimester dua dan persalinan prematur.<sup>15</sup>

#### e. **Ketidaknyamanan pada Kehamilan Trimester III**

Menurut Varney (2014) terdapat beberapa ketidaknyamanan yang dialami oleh ibu hamil trimester III, antara lain yaitu:

##### 1) Peningkatan frekuensi berkemih

Frekuensi berkemih terjadi karena bagian presentasi makin menurun masuk ke dalam panggul dan menekan kandung kemih dan menyebabkan wanita ingin berkemih.

##### 2) Nyeri Punggung

Khusus pada masalah nyeri punggung bawah merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosacral. Nyeri punggung bawah biasanya akan meningkat intensitasnya seiring pertambahan usia kehamilan karena nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi wanita tersebut dan postur tubuhnya, akibat berat uterus yang membesar. Jika tidak dilakukan penanganan maka akan menyebabkan posisi tubuh saat berjalan condong ke belakang akibat peningkatan lordosis. Lengkung ini kemudian akan meregangkan otot punggung dan menimbulkan rasa sakit atau nyeri.<sup>13</sup>

##### 3) Nyeri Ulu Hati

Penyebab nyeri ulu hati adalah peningkatan hormon progesterone sehingga merelaksasikan sfingter jantung pada lambung, motilitas

gastrointestinal karena otot halus relaksasi dan tidak ada ruang fungsional untuk lambung karena tekanan pada uterus.

4) Insomnia

Ketidaknyamanan ini timbul akibat uterus yang membesar, ketidaknyamanan lain selama kehamilan, dan pergerakan janin, terutama jika janin tersebut aktif.

5) Nyeri Ligamentum Teres Uteri

Ligamentum teres uteri melekat pada sisi-sisi uterus tepat di bagian bawah dan depan tempat masuknya tuba falopii kemudian menyilang ligamentum latum pada lipatan peritoneum. Kedua ligamentum terdiri dari otot polos lanjutan otot polos uterus dan memudahkan terjadinya hipertrofi selama kehamilan berlangsung dan meregang seiring pembesaran uterus. Nyeri pada ligamentum teres uteri disebabkan peregangan dan penekanan berat uterus.

6) Edema ekstremitas bawah

Edema fisiologis memburuk seiring penambahan usia kehamilan karena aliran balik vena terganggu akibat berat uterus yang membesar.

7) Hiperventilasi dan sesak nafas

Peningkatan jumlah progesteron selama kehamilan mempengaruhi langsung pusat pernafasan untuk menurunkan kadar karbondioksida dan meningkatkan kadar oksigen. Hiperventilasi akan menurunkan kadar dioksida. Uterus membesar dan menekan diafragma sehingga menimbulkan rasa sesak.

**f. Gejala dan Tanda Bahaya Selama Kehamilan**

Menurut Saifuddin (2010), tanda bahaya yang terjadi pada ibu hamil dengan umur kehamilan lanjut ialah:<sup>16</sup>

- 1) Perdarahan pervaginam
- 2) Sakit kepala yang hebat dan menetap
- 3) Gangguan penglihatan
- 4) Nyeri abdomen

- 5) Bengkak pada muka dan tangan
- 6) Janin kurang bergerak seperti biasa

**g. Kebutuhan psikologis ibu hamil trimester 1, 2, dan 3**

Selama hamil, kebanyakan perempuan mengalami perubahan psikologis dan emosional. Seringkali kita mendengar seorang perempuan mengatakan betapa bahagianya dia karena akan menjadi seorang ibu dan dia telah memilihkan sebuah nama untuk bayi yang akan dilahirkannya. Namun tidak jarang ada perempuan yang merasa khawatir kalau selalu terjadi masalah dalam kehamilannya, khawatir kalau ada kemungkinan bayinya tidak normal. Sebagai seorang bidan, harus menyadari adanya perubahan-perubahan pada perempuan hamil agar mampu memberikan dukungan dan memperhatikan keprihatinannya, kekhawatirannya dan pernyataan-pernyataannya.

1) Dukungan keluarga

- a) Ayah-ibu kandung maupun mertua sangat mendukung kehamilan
- b) Ayah-ibu kandung maupun mertua sering berkunjung dalam periode ini
- c) Seluruh keluarga berdoa untuk keselamatan ibu dan bayi
- d) Walaupun ayah-ibu kandung maupun mertua ada di daerah lain, sangat didambakan dukungan melalui telepon, surat atau doa dari jauh
- e) Selain itu, ritual tradisional dalam periode ini seperti upacara 7 bulanan pada beberapa orang mempunyai arti tersendiri yang tidak boleh diabaikan.

2) Dukungan dari tenaga kesehatan

- a) aktif-melalui kelas antenatal
- b) Pasif-dengan memberi kesempatan pada mereka yang mengalami masalah untuk berkonsultasi
- c) Tenaga kesehatan harus mampu mengenali keadaan yang ada disekitar ibu hamil/pasca bersalin yaitu bapak (suami

ibu bersalin), kakak (saudara kandung dari calon bayi/sibling) serta faktor penunjang.

3) Rasa aman dan nyaman selama kehamilan

Peran keluarga, khususnya suami sangat diperlukan bagi seorang perempuan hamil. Keterlibatan dan dukungan yang diberikan suami guna kehamilan akan mempererat hubungan antara ayah anak dan suami istri. Dukungan yang diperoleh oleh ibu hamil akan membuatnya lebih tenang dan nyaman dalam kehamilan yang sehat. Dukungan yang dapat diberikan oleh suami misalnya dengan mengantar ibu memeriksakan kehamilan, memenuhi keinginan ibu hamil mengidam, mengingatkan minum tablet zat besi, maupun membantu ibu melakukan kegiatan rumah tangga selama ibu hamil. Walau suami melakukan hal kecil, tindakan tersebut mempunyai makna yang berarti dalam meningkatkan kesehatan psikologis ibu hamil ke arah yang lebih baik.

4) Persiapan menjadi orangtua

Kehamilan dan peran sebagai orang tua dapat dianggap sebagai masa transisi atau peralihan. Terlihat adanya peralihan yang sangat besar akibat kelahiran dan peran yang baru serta ketidakpastian yang terjadi sampai peran yang baru ini dapat disatukan dengan anggota keluarga yang baru

5) Persiapan saudara kandung

a) *Sibling* (kakak)

1. Respon kakak atas kelahiran seorang bayi laki-laki atau perempuan bergantung pada usia dan tingkat perkembangan.
2. Biasanya balita kurang sadar akan adanya kelahiran.
3. Mereka mungkin melihat pendatang baru sebagai saingan atau mereka takut akan kehilangan kasih sayang orang tua

4. Tingkah laku negative mungkin muncul dan merupakan petunjuk derajat stress pada kakak
5. Tingkah laku negative ini mungkin berupa masalah tidur, peningkatan usaha untuk menarik perhatian, kembali ke pola tingkah laku kekanank-kanakan seperti mengompol atau mengisap jempol.
6. Beberapa anak mungkin menunjukkan tingkah laku bermusuhan terhadap ibu, terutama bila ibu menggendong bayi atau memberi makan
7. Tingkah laku ini merupakan manifestasi rasa iri dan frustrasi yang dirasakan kakak bila mereka melihat perhatian ibu diberikan kepada orang lain
8. Orang tua harus mencari kesempatan-kesempatan untuk menegaskan kembali kasih sayang mereka kakak yang sedang rapuh ini.
9. Anak pra sekolah mungkin akan lebih banyak melihat dari pada menyentuh
10. Sebagian besar akan menghabiskan waktu dekat dengan bayi dan berbicara kepada ibu tentang bayi ini.
11. Lingkungan yang rileks dan biasa tanpa dibatasi waktu akan mempermudah interaksi anak-anak yang muda dengan bayi.
12. Kakak harus diberikan perhatian khusus oleh orang tua, penunjang dan bidan yang sepadan dengan yang diberikan kepada bayi baru lahir.

b) Adaptasi kakak

(1) Balita

- a) Bagaimana cara kakak menyesuaikan diri dengan kelahiran bayi akan sangat bergantung pada usia dan tingkat perkembangan anak-anak.

- b) Anak-anak yang masih sangat muda, 2 tahun atau kurang, tidak menyadari perubahan pada ibunya yang sedang hamil dan tidak mengerti bahwa akan lahir seorang adik laki-laki atau perempuan karena balita belum mempunyai persepsi waktu.
- c) Banyak orang tua yang menanggukuhkan pemberitahuan sampai dekat dengan saat kelahiran
- d) Meski sulit mempersiapkan anak yang masih sangat muda untuk menyongsong kelahiran bayi, seorang bidan dapat memberikan saran yang membantu
- e) Pertama, segala perubahan dalam susunan tidur bersama harus dibuat beberapa minggu sebelum kelahiran, supaya balita tersebut tidak merasa disingkirkan oleh bayi yang baru lahir.
- f) Kedua, orang tua dapat mempersiapkan keluarga dan kawan-kawan mereka untuk bertanya pada si balita apakah dia iri dan menyesali adanya adik, bagaimana apabila si balita harus berbagi waktu dan perhatian dengan sibayi.
- g) Sangat penting untuk diyakinkan berulang kali terutama bagi orang tua mengenai kasih sayang mereka kepada si balita.
- h) Hanya apabila si balita merasa aman terhadap kasih sayang orang tuanya, baru dapat diharapkan seorang anak berumur 2 tahun bersedia menyongsong kedatangan orang lain.
- i) Dapat diajarkan kepada orang tua untuk menerima perasaan kuat/hebat yang diperlihatkan balita seperti marah, iri atau kesal tanpa menghakimi dan selalu memperkuat kasih sayang pada anak.



(2) Anak yang lebih tua

- a) Anak yang lebih tua, usia 3-12 tahun, lebih sadar akan perubahan-perubahan tubuh ibunya dan mungkin menyadari akan terjadinya kelahiran bayi.
- b) Anak-anak ini mungkin akan tertarik untuk memperhatikan perut ibu, dan merasakan pergerakan janin. Mereka akan senang mendengarkan denyut jantung janin dan mungkin mempunyai beberapa pertanyaan tentang cara bayi dikeluarkan dari perut.
- c) Mereka umumnya mengerti bahwa bayi kemungkinan adik laki-laki atau perempuan dan sangat menunggu kehadiran bayi.
- d) Namun mereka mungkin mengharapkan bayi yang lahir langsung sudah bisa diajak bermain dan sering kaget melihat betapa kecil dan tak berdayanya si bayi.
- e) Anak-anak yang telah sekolah akan mendapat keuntungan bila di ikutsertakan dalam persiapan menyongsong bayi
- f) Mereka seringkali senang mengukur besar dan perkembangan janin lalu mencatatnya di kalender
- g) Mereka tertarik untuk mempersiapkan tempat tidur bayi dan mengumpulkan barang-barang keperluan bayi
- h) Anak-anak ini harus diajak untuk merasakan pergerakan janin dan banyak diantara mereka yang mendekat ke perut ibu dan berbicara pada janin.
- i) Anak-anak yang lebih tua juga mendapat rasa tenteram dan menikmati waktu bersama orang tua.

(3) Remaja

- a) Respon para remaja juga bergantung pada tingkat perkembangan mereka
- b) Ada remaja yang malu karena kehamilan, sebab berarti ada hubungan seksual antara orang tua mereka

- c) Mereka mungkin jijik melihat perubahan fisik ibu
- d) Banyak remaja yang sangat larut dalam perkembangan mereka sendiri, biasanya berupa pengenduran ikatan kepada orang tua dan menghadapi perkembangan seksualitas mereka sendiri.
- e) Mereka mungkin tidak peduli terhadap kehamilan, kecuali bila mengganggu kegiatan mereka. Namun ada remaja yang justru menjadi sangat terlibat dan ingin membantu berbagai persiapan untuk bayi.

#### **h. *Antenatal Care***

Pemeriksaan *Antenatal Care* (ANC) adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil, hingga mampu menghadapi persalinan, kala nifas, persiapan pemberian ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar.<sup>22</sup>

Menurut Kemenkes RI (2020), pelayanan kesehatan ibu hamil diwujudkan melalui pemberian pelayanan antenatal sekurang-kurangnya enam kali selama masa kehamilan, dengan distribusi waktu minimal dua kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 13-27 minggu), dan tiga kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 28 minggu sampai persalinan).<sup>23</sup>

Standar waktu pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan atau janin berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan. Pelayanan antenatal yang diupayakan memenuhi standar kualitas, yaitu 10 T:

- 1) Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan;
- 2) Pengukuran tekanan darah;
- 3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA);
- 4) Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri);

- 5) Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toksoid sesuai status imunisasi;
- 6) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan;
- 7) Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ);
- 8) Pelaksanaan temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling, termasuk keluarga berencana);
- 9) Pelayanan tes laboratorium, sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein urin dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya); dan
- 10) Tatalaksana kasus.

### **3. Persalinan**

#### **a. Definisi Persalinan**

Persalinan adalah pengeluaran hasil konsepsi (janin, air ketuban, plasenta dan selaput ketuban) dilepas dan dikeluarkan dari uterus melalui vagina ke dunia luar.<sup>24</sup> Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta.<sup>25</sup> Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan di mulai sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap.<sup>26</sup>

Persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi

uterus dengan frekuensi, durasi dan kekuatan yang teratur. Mula-mula kekuatan yang muncul kecil, kemudian terus meningkat sampai puncaknya pembukaan serviks lengkap sehingga siap untuk pengeluaran janin dari rahim ibu.<sup>27</sup>

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya *serviks* dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir, spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin.<sup>28</sup>

#### **b. Etiologi**

Selama kehamilan, didalam tubuh perempuan terdapat dua hormon yang dominan yaitu esterogen dan progesteron. Hormon esterogen berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim serta memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin, dan mekanis. Sedangkan, hormon progesteron berfungsi untuk menurunkan sensitivitas otot rahim, menghambat rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin dan mekanis serta menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.<sup>25</sup> Sampai saat ini hal yang menyebabkan mulainya proses persalinan belum diketahui sehingga hanya ada teori-teori antara lain disebabkan oleh hormon, struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh tekanan pada saraf, dan nutrisi. Dengan demikian dapat disebutkan beberapa teori yang dapat menyebabkan persalinan sebagai berikut:<sup>27</sup>

##### 1) Teori Keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Keadaan uterus terus membesar dan menjadi tegang yang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus.

## 2) Teori Penurunan Progesteron

Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat sehingga pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesteron mengalami penurunan sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya, otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

## 3) Teori Oksitosin Internal

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

## 4) Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan. Prostaglandin dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan.

### c. Tanda dan Gejala

Menjelang minggu ke-36 pada multigravida terjadi penurunan fundus uterus karena kepala bayi sudah masuk ke dalam pintu atas panggul (PAP). Gambaran *lightening* pada multigravida menunjukkan hubungan normal antara *power* (his); *passage* (jalan lahir); *passanger* (janin). Pada multipara gambarannya menjadi tidak jelas seperti multigravida, karena masuknya kepala janin ke dalam panggul terjadi bersamaan dengan proses persalinan.<sup>25</sup>

Berikut adalah tanda-tanda dimulainya persalinan menurut:<sup>26,29</sup>

1) Terjadinya kontraksi/ his persalinan.

Sifat kontraksi/ his persalinan:

- a) Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan.
- b) Pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan
- c) Sifatnya teratur, interval makin lama makin pendek dan kekuatannya makin besar.
- d) Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan servik.
- e) Makin beraktifitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi.
- f) Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit). Kontraksi yang terjadi dapat menyebabkan pendataran, penipisan dan pembukaan serviks.

2) *Bloody show* (lendir disertai dengan darah).

Terjadinya his persalinan mengakibatkan terjadinya perubahan pada serviks yang akan menimbulkan pendataran dan pembukaan. 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* (Pecah Ketuban)

Adalah keluarnya cairan banyak dengan sekonyong-konyong dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin robek. Pada beberapa kasus persalinan akan terjadi pecah ketuban. Sebagian besar, keadaan ini terjadi menjelang pembukaan lengkap. Setelah adanya pecah ketuban, diharapkan proses persalinan akan berlangsung kurang dari 24 jam.

4) Penipisan dan pembukaan servik.

Pelunakan, penipisan dan pembukaan servik ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula.

Tabel 4 Karakteristik Persalinan Sesungguhnya dan Persalinan Semu<sup>30</sup>

Persalinan sesungguhnya	Persalinan semu
Serviks menipis dan membuka	Tidak ada perubahan pada serviks
Rasa nyeri dan interval teratur	Rasa nyeri tidak teratur
Interval antara rasa nyeri yang secara perlahan semakin pendek	Tidak ada perubahan interval antara rasa nyeri yang satu dengan yang lain
Waktu dan kekuatan kontraksi semakin bertambah	Tidak ada perubahan pada waktu dan kekuatan kontraksi
Rasa nyeri terasa dibagian belakang dan menyebar ke depan	Kebanyakan rasa nyeri di bagian depan
Dengan berjalan bertambah intensitas	Tidak ada perubahan rasa nyeri dengan berjalan
Ada hubungan antara tingkat kekuatan kontraksi dengan intensitas nyeri	Tidak ada hubungan antara tingkat kekuatan kontraksi uterus dengan intensitas nyeri
Lendir darah sering tampak	Tidak ada lendir darah
Ada penurunan bagian kepala janin	Tidak ada kemajuan penurunan bagian terendah janin
Kepala janin sudah terfiksasi di PAP diantara kontraksi	Kepala belum masuk PAP walau ada kontraksi
Pemberian obat penenang tidak menghentikan proses persalinan sesungguhnya	Pemberian obat penenang yang efisien menghentikan rasa nyeri pada persalinan semu

**d. Tahapan Persalinan Pervagin**

Persalinan dibagi menjadi 4 tahap, yaitu:

1) Kala I (Kala Pembukaan)

Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran pergeseran ketika serviks mendatar dan membuka.<sup>27</sup>

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0-10 cm atau pembukaan lengkap. Proses ini terjadi

dua fase yakni fase laten selama 8 jam dimana serviks membuka sampai 3 cm dan fase aktif selama 7 jam dimana serviks membuka dari 3-10 cm. Kontraksi lebih kuat dan sering terjadi selama fase aktif. Pada permulaan his kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga atau ibu bersalin masih dapat berjalan-jalan.<sup>25</sup> Pemantauan kemajuan persalinan dilakukan dengan menggunakan partograf, pemantauan DJJ setiap 30 menit sekali, tekanan darah diperiksa selama 4 jam sekali, suhu selama 2 jam sekali, nadi selama 30 menit, pemeriksaan dalam dilakukan 4 jam sekali, dan DJJ yang normal adalah 100x/ menit-180x/ menit.<sup>31</sup>

Pemeriksaan yang perlu dilakukan pada kala I adalah:

- a) Pemeriksaan tanda vital ibu, yaitu tekanan darah setiap 4 jam serta pemeriksaan kecepatan nadi dan suhu setiap 1 jam.
- b) Pemeriksaan kontraksi uterus setiap 30 menit.
- c) Pemeriksaan denyut jantung janin setiap 1 jam, pemeriksaan denyut jantung bayi yang dipengaruhi kontraksi uterus dapat dilakukan dengan prosedur *cardiotocography* (CTG).
- d) Pemeriksaan dalam dilakukan setiap 4 jam untuk menilai dilatasi serviks, penurunan kepala janin, dan warna cairan amnion.<sup>31,32,33,34</sup>

Tabel 5. Penilaian dan Intervensi Selama Kala I<sup>35</sup>

Parameter	Frekuensi pada kala I laten	Frekuensi pada kala I aktif
Tekanan darah	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Suhu	Tiap 4 jam	Tiap 2 jam
Nadi	Tiap 30-60 menit	Tiap 30-60 menit
Denyut jantung janin	Tiap 1 jam	Tiap 30 menit
Kontraksi	Tiap 1 jam	Tiap 30 menit
Pembukaan serviks	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Penurunan kepala	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Warna cairan amnion	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam



Terdapat beberapa tindakan yang dilakukan pada kala I tetapi kurang memberikan manfaat, sehingga tidak dilakukan secara rutin, yaitu pemasangan kateter urin dan prosedur enema. Ibu dilarang mengejan sebelum kala I selesai, karena dapat menyebabkan kelelahan dan ruptur serviks.<sup>31,32,33,34</sup>

## 2) Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Kala II merupakan kala pengeluaran bayi dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi. Uterus dengan kekuatan hisnya ditambah kekuatan meneran akan mendorong bayi hingga lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada multigravida dan 1 jam pada primigravida.<sup>29</sup> Diagnosis persalinan ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm.<sup>25</sup>

Tanda dan gejala persalinan kala II adalah:<sup>26,29</sup>

- a) Ibu ingin mengejan. Keinginan untuk mengejan akibat tertekannya pleksus *Frankenhauser*
- b) Perineum menonjol
- c) Vulva vagina dan *sphincter* anus membuka
- d) Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat. Menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- e) His semakin kuat dan lebih cepat dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50 sampai 60 detik.
- f) Pembukaan lengkap (10 cm)
- g) Pada multigravida berlangsung rata-rata 1.5 jam dan multipara rata-rata 0.5 jam.

### 3) Kala III (Kala Pengeluaran Plasenta)

Kala III adalah waktu untuk pelepasan plasenta dan pengeluaran plasenta. Setelah kala II yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Dengan lahirnya bayi dan proses retraksi uterus, maka plasenta lepas dari lapisan *nitabusch*.<sup>26</sup> Pelepasan plasenta diperkirakan dengan melihat beberapa tanda meliputi uterus menjadi bundar, uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke arah segmen bawah rahim, tali pusat bertambah panjang, terdapat semburan darah tiba-tiba.<sup>22</sup> Plasenta dan selaput ketuban harus diperiksa secara teliti setelah dilahirkan, bagian plasenta lengkap atau tidak. Bagian permukaan maternal yang normal memiliki 6 sampai 20 kotiledon. Jika plasenta tidak lengkap maka disebut ada sisa plasenta serta dapat mengakibatkan perdarahan yang banyak.<sup>26</sup>

Macam-macam Pelepasan Plasenta:<sup>27</sup>

#### a) Mekanisme *Schultz*

Pelepasan plasenta yang dimulai dari bagian tengah sehingga terjadi bekuan retroplasenta.

#### b) Mekanisme *Duncan*

Terjadi pelepasan plasenta dari pinggir atau bersamaan dari pinggir dan tengah plasenta. Hal ini mengakibatkan terjadi semburan darah sebelum plasenta lahir.

Pemeriksaan Pelepasan Plasenta:<sup>25</sup>

#### a) Perasat *Kustner*

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat, sementara tangan kiri menekan atas simfisis. Bila tali pusat masuk kembali ke dalam vagina berarti plasenta belum lepas, bila plasenta tetap atau tidak masuk kembali ke dalam vagina berarti plasenta belum lepas.

b) Perasat *Strassman*

Perasat ini dilakukan dengan mengetok-ngetok fundus uterus dengan tangan kiri dan tangan kanan meregangkan tali pusat sambil sambil merasakan apakah ada getaran yang diimbulkan dari gerakan tangan kiri. Jika terasa ada getaran, maka plasenta belum lepas dari dinding uterus, jika tidak terasa getaran berarti plasenta sudah lepas.

c) Perasat *Klein*

Untuk melakukan perasat ini, minta pasien untuk meneran, jika tali pusat tampak turun atau bertambah panjang berarti plasenta telah lepas, begitu juga sebaliknya.

4) Kala IV (Kala Pengawasan)

Kala empat merupakan tahapan persalinan berupa tindakan observasi 2 jam pertama post partum, sejak plasenta lahir sampai keadaan ibu menjadi stabil. Pemantauan dilakukan karena banyak perdarahan terjadi pada 2 jam pertama persalinan.<sup>22</sup> Observasi yang dilakukan adalah sebagai berikut:<sup>22,25</sup>

- a) Tingkat kesadaran pasien.
- b) Pemeriksaan tanda-tanda vital yakni tekanan darah, nadi, dan pernafasan.
- c) Kontraksi uterus dipantau untuk mencegah atonia uteri yang dapat menyebabkan perdarahan
- d) Terjadinya perdarahan, perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc.

**e. Fisiologi Persalinan**

1) Fisiologi Kala I

a) Uterus

Saat mulai persalinan, jaringan dari miometrium berkontraksi dan berelaksasi seperti otot pada umumnya. Pada saat otot retraksi, ia tidak akan kembali ke ukuran semula tapi berubah ke ukuran yang lebih pendek secara progresif. Dengan

perubahan bentuk otot pada proses kontraksi, relaksasi, dan retraksi maka kavum uterus lama kelamaan menjadi semakin mengecil. Proses ini merupakan salah satu faktor yang menyebabkan janin turun ke pelviks. Kontraksi uterus dimulai dari fundus dan terus menyebar sampai ke bawah abdomen dengan dominasi tarikan ke arah fundus (fundal dominan). Kontraksi berakhir dengan masa yang terpanjang dan sangat kuat pada fundus.<sup>29</sup>

b) Serviks

Sebelum onset persalinan, servik mempersiapkan kelahiran servik akan berubah menjadi lembut. Pada saat mendekati persalinan, serviks mulai menipis dan membuka.

(1) Penipisan serviks (*Effacement*)

Berhubungan dengan kemajuan pemendekan dan penipisan serviks. Seiring dengan bertambah efektifnya kontraksi, serviks mengalami perubahan bentuk menjadi lebih tipis. Hal ini disebabkan oleh kontraksi uterus yang bersifat fundal dominan sehingga seolah-olah serviks tertarik ke atas dan lama-kelamaan menjadi tipis.<sup>36</sup>

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.<sup>36</sup>

(2) Dilatasi

Proses ini merupakan kelanjutan dari *effacement*. Setelah serviks dalam kondisi menipis penuh, maka tahap berikutnya adalah pembukaan. Serviks membuka disebabkan daya tarikan otot uterus ke atas secara terus-menerus saat uterus berkontraksi.

Untuk mengukur dilatasi/ diameter serviks digunakan ukuran centimeter dengan menggunakan jari tangan saat pemeriksaan dalam. Serviks dianggap membuka lengkap setelah mencapai diameter 10 cm.<sup>29,36</sup>

(3) *Bloody show* (lendir darah) pada umumnya ibu akan mengeluarkan darah sedikit atau sedang dari serviks.

## 2) Fisiologi Kala II

- a) His menjadi lebih kuat, kontraksinya selama 50-100 detik, datangnya tiap 2-3 menit.
- b) Ketuban biasanya pecah pada kala ini ditandai dengan keluarnya cairan kekuning-kuningan, sekonyong-konyong dan banyak.
- c) Pasien mulai mengejan
- d) Pada akhir kala II sebagai tanda bahwa kepala sudah sampai di dasar panggul, perineum menonjol, vulva menganga dan *rectum* terbuka.
- e) 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”.
- f) 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”.
- g) 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.
- h) 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.

- i) Pada his berikutnya bahu belakang lahir kemudian bahu depan disusul seluruh badan anak dengan fleksi lateral, sesuai dengan paksi jalan lahir.
  - j) Setelah anak lahir, sering keluar sisa air ketuban, yang tidak keluar waktu ketuban pecah, kadang-kadang bercampur darah.
  - k) Lama kala II pada primi  $\pm 50$  menit pada multi  $\pm 20$  menit.<sup>29</sup>
- 3) 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.

#### 4) 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.<sup>29</sup>

#### f. Masalah Psikologis Persalinan

Masalah psikologis yang terjadi pada masa persalinan adalah kecemasan. Pada masa persalinan seorang wanita ada yang tenang dan bangga akan kelahiran bayinya, tetapi ada juga yang merasa takut. Cemas adalah sebuah emosi dan pengalaman subjektif dari seseorang, keadaan yang membuat seseorang tidak nyaman dan terbagi dalam beberapa tingkatan. Cemas berkaitan dengan perasaan yang tidak pasti dan tidak berdaya.<sup>37</sup> Sedangkan menurut Hawari (2013), kecemasan (ansietas/ *anxiety*) adalah gangguan alam perasaan (*affective*) yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (*Reality Testing Ability/ RTA*, masih baik), kepribadian masih tetap utuh (tidak mengalami keretakan kepribadian/ *splitting of personality*), perilaku dapat terganggu tetapi masih dalam batas-batas normal.<sup>38</sup>

Secara fisiologis, respon tubuh terhadap kecemasan adalah dengan mengaktifkan sistem syaraf otonom (simpatis dan parasimpatis). Sistem saraf simpatis akan mengaktifasi proses tubuh, sedangkan sistem saraf parasimpatis akan menimbulkan respons tubuh. Bila korteks otak menerima rangsang, maka rangsangan akan dikirim melalui saraf simpatis ke kelenjar adrenal yang akan melepaskan adrenal/ epineprin sehingga efeknya antara lain nafas menjadi lebih dalam, nadi meningkat, dan tekanan darah meningkat. Secara psikologis, kecemasan akan mempengaruhi koordinasi atau gerak refleks, kesulitan mendengar atau mengganggu hubungan

dengan orang lain. Kecemasan dapat membuat individu menarik diri dan menurunkan keterlibatan orang lain.<sup>25</sup>

Secara umum kecemasan dipengaruhi oleh beberapa gejala yang mirip dengan orang yang mengalami stress. Bedanya stress didominasi oleh gejala fisik, sedangkan kecemasan didominasi oleh gejala psikis. Adapun gejala-gejala orang yang mengalami kecemasan adalah sebagai berikut:<sup>38</sup>

- 1) Ketegangan motorik/alat gerak seperti gemetar, tegang, nyeri otot, letih, tidak dapat santai, gelisah, tidak dapat diam, kening berkerut, dan mudah kaget.
- 2) Hiperaktivitas saraf otonom (simpatis dan parasimpatis) seperti keringat berlebihan, jantung berdebar-debar, rasa dingin di telapak tangan dan kaki, mulut kering, pusing, rasa mual, sering buang air kecil, diare, muka merah/pucat, denyut nadi dan nafas cepat.
- 3) Rasa khawatir yang berlebihan tentang hal-hal yang akan datang seperti cemas, takut, khawatir, membayangkan akan datangnya kemalangan terhadap dirinya.
- 4) Kewaspadaan yang berlebihan seperti perhatian mudah beralih, sukar konsentrasi, sukar tidur, mudah tersinggung, dan tidak sabar.

Saat seseorang merasa takut, tubuh mengalihkan darah dan oksigen dari organ pertahanan nonesensial menuju kelompok otot besar di wilayah kaki dan tangan. Akibatnya, area wajah menjadi pucat. Rasa cemas dan takut menyebabkan rasa nyeri dan membuat kontraksi uterus semakin keras. Kecemasan dan ketakutan memacu keluarnya adrenalin dan menyebabkan serviks kaku dan membuat proses persalinan lebih lambat. Kecemasan dan ketakutan menyebabkan pernapasan tidak teratur, mengurangi asupan sirkulasi oksigen bagi tubuh dan bagi bayi. Akhirnya jantung memompa lebih cepat sehingga tekanan darah semakin tinggi. Stres dan rasa takut ternyata secara fisiologis dapat menyebabkan kontraksi uterus menjadi terasa nyeri dan sakit. Saat wanita yang ada dalam kondisi inpartu



mengalami stres secara otomatis stres tersebut merangsang tubuh untuk mengeluarkan hormon stresor, yaitu hormon katekolamin dan hormon adrenalin. Jika calon ibu tidak dapat menghilangkan rasa takutnya sebelum melahirkan maka hormon katekolamin dilepaskan dalam konsentrasi tinggi saat persalinan. Hasilnya, berbagai respon tubuh muncul antara lain dengan “melawan atau menghindari”. Apabila ibu bersalin memilih untuk menghadapi rasa takut maka tubuh untuk beberapa saat akan mengalami lonjakan adrenalin dan kortisol, namun setelah ibu bersalin tersebut melakukan relaksasi maka akan kembali dalam posisi normal.<sup>39</sup>

Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan antara lain:

1) Nyeri

Hampir semua wanita mengalami dan merasakan nyeri selama persalinan, tetapi respon setiap wanita terhadap nyeri persalinan berbeda-beda. Nyeri persalinan disebabkan oleh dilatasi serviks, hipoksia otot uterus, iskemia korpus uteri, peregangan segmen bawah uterus dan kompresi saraf di serviks (ganglionik servikalis).<sup>29</sup> Nyeri persalinan dan stress dapat berdampak pada meningkatnya katekolamin. Katekolamin mengakibatkan berkurangnya aliran darah ke uterus sehingga uterus kekurangan oksigen yang berdampak pada persalinan lama.<sup>29,40</sup> Ketakutan dan kecemasan dapat menghasilkan ketegangan pada otot dan meningkatkan persepsi nyeri seseorang.<sup>41</sup>

2) Keadaan Fisik

Penyakit yang menyertai ibu dalam kehamilan adalah salah satu faktor yang menyebabkan kecemasan. Seseorang yang menderita suatu penyakit akan mengalami kecemasan dibandingkan dengan orang yang tidak sedang menderita sakit. Seorang ibu hamil dengan suatu penyakit yang menyertai kehamilannya, maka ibu tersebut akan lebih cemas lagi karena

kehamilan dan persalinan meskipun dianggap fisiologis, tetapi tetap berisiko terjadi hal-hal psikologis.<sup>29</sup>

### 3) Riwayat Pemeriksaan Kehamilan

Dalam setiap kunjungan pemeriksaan kehamilan ke petugas kesehatan, selain pemeriksaan fisik, ibu akan mendapatkan informasi/ pendidikan kesehatan tentang perawatan kehamilan yang baik, persiapan menjelang persalinan baik fisik maupun psikis, serta informasi mengenai proses persalinan yang akan dihadapi nanti. Dengan demikian, ibu diharapkan dapat lebih siap dan lebih percaya diri dalam menghadapi proses persalinan. Untuk itu selama hamil hendaknya ibu memeriksakan kehamilannya secara teratur ke petugas kesehatan .<sup>29</sup>

### 4) Pengetahuan

Pengetahuan adalah apa yang diketahui oleh seseorang tentang suatu hal secara formal maupun nonformal. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih permanen dianut seseorang dibandingkan dengan perilaku yang biasa berlaku. Pengetahuan yang rendah mengakibatkan seseorang mudah mengalami kecemasan. Ketidaktahuan tentang suatu hal yang dianggap sebagai tekanan yang dapat mengakibatkan krisis sehingga dapat menimbulkan kecemasan. Kecemasan dapat terjadi pada ibu dengan pengetahuan rendah mengenai proses persalinan, serta hal-hal yang akan dan harus dialami oleh ibu sebagai dampak dari kemajuan persalinan. Hal ini disebabkan karena kurangnya informasi yang diperoleh.<sup>29</sup>

### 5) Dukungan Lingkungan Sosial (Dukungan Suami)

Dukungan keluarga, terutama suami saat ibu melahirkan sangat dibutuhkan seperti kehadiran keluarga dan suami untuk mendampingi istri menjelang melahirkan atau suami menyentuh tangan istri dengan penuh perasaan sehingga istri akan merasa lebih tenang untuk menghadapi proses persalinan.<sup>29</sup>

Kehadiran seorang pendamping persalinan dapat memberikan rasa nyaman, aman, semangat, dukungan emosional dan dapat membesarkan hati ibu. Kehadiran seorang pendamping pada saat persalinan dapat menimbulkan efek positif terhadap hasil persalinan dalam arti dapat menurunkan morbiditas, mengurangi rasa sakit, persalinan yang lebih singkat, dan menurunnya persalinan dengan operasi termasuk bedah sesar.<sup>42</sup>

#### 6) Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang berpengaruh dalam memberikan respons terhadap sesuatu yang datang baik dari dalam maupun luar. Seseorang yang mempunyai pendidikan yang tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional dibandingkan mereka yang berpendidikan lebih rendah atau yang tidak mempunyai pendidikan. Kecemasan adalah respon yang dapat dipelajari. Dengan demikian, pendidikan yang rendah menjadi faktor penunjang terjadinya kecemasan.<sup>29</sup>

#### g. Penatalaksanaan Asuhan Persalinan

Asuhan sayang ibu dan sayang bayi harus dimasukkan sebagai bagian dari persalinan bersih dan aman, termasuk hadirnya keluarga atau orang-orang yang hanya memberikan dukungan. *Partograf* harus digunakan untuk memantau persalinan dan berfungsi sebagai suatu catatan/ rekam medik untuk persalinan. Selama persalinan normal, intervensi hanya dilaksanakan jika ada indikasi, penolong persalinan harus tetap tinggal bersama ibu dan bayi. Manajemen kala III, termasuk melakukan penjepitan dan pemotongan tali pusat secara dini. Memberikan suntikan oksitosin secara Intramuskular, melakukan peregang tali pusat terkendali (PTT), dan segera melakukan *massase fundus* hal tersebut harus dilakukan pada semua persalinan normal.

Penolong persalinan harus tetap tinggal bersama ibu setidaknya 2 jam pertama setelah kelahiran sampai keadaan ibu stabil, fundus harus diperiksa setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit

pada jam kedua. *Massase fundus* harus dilakukan sesuai dengan kebutuhan untuk memastikan tonus uterus tetap baik, perdarahan minimal dan dapat dilakukan tindakan pencegahan. Selama 24 jam pertama setelah pertama setelah persalinan, fundus harus sering diperiksa dan dimasase sampai tonus baik. Segera setelah lahir seluruh tubuh terutama kepala bayi harus segera diselimuti dan dikeringkan, juga dijaga kehangatannya untuk mencegah hipotermi, obat-obat esensial, bahan, dan perlengkapan harus disediakan oleh petugas dan keluarga.

#### 1. Penatalaksanaan Kala I

Tindakan yang dilakukan selama kala I persalinan:<sup>15</sup>

- a) Menghadirkan orang yang dianggap penting oleh ibu seperti: suami, keluarga pasien, atau teman dekat. Dukungan yang dapat diberikan yaitu mengusap keringat, menemani/ membimbing jalan-jalan (mobilisasi), memberikan minum, merubah posisi, memijat atau menggosok pinggang.
- b) Mengatur aktifitas dan posisi ibu. Ibu diperbolehkan melakukan aktifitas sesuai dengan kesanggupannya.
- c) Posisi sesuai dengan keinginan ibu, namun bila ibu ingin di tempat tidur sebaiknya tidak dianjurkan tidur dalam posisi tentang terlentang lurus.
- d) Membimbing ibu dan untuk rileks sewaktu selesai his. Ibu diminta menarik nafas panjang, tahan napas sebentar, kemudian dilepaskan dengan cara meniup sewaktu his.
- e) Menjaga privasi ibu. Penolong tetap menjaga hak privasi ibu dalam persalinan, antara lain menggunakan penutup atau tirai, tidak menghadirkan orang lain tanpa sepengetahuan dan seizin pasien/ ibu.
- f) Penjelasan tentang kemajuan persalinan. Menjelaskan kemajuan persalinan, perubahan yang terjadi dalam tubuh ibu,

serta prosedur yang akan dilaksanakan dan hasil-hasil pemeriksaan.

- g) Menjaga kebersihan diri. Membolehkan ibu untuk mandi, menganjurkan ibu membasuh sekitar kemaluannya sesuai buang air kecil/ besar.
  - h) Mengatasi rasa panas. Ibu bersalin biasanya merasa panas dan banyak keringat, dapat diatasi dengan cara menggunakan kipas angin atau AC dalam kamar, menggunakan kipas biasa, menganjurkan ibu untuk mandi.
  - i) *Massase*. Jika ibu suka, lakukan pijatan/ *massase* pada punggung atau mengusap perut dengan lembut.
  - j) Pemberian cukup minum. Untuk memenuhi kebutuhan energi dan mencegah dehidrasi.
  - k) Mempertahankan kandung kemih tetap kosong. Sarankan ibu untuk berkemih sesering mungkin.
  - l) Sentuhan. Disesuaikan dengan keinginan ibu, memberikan sentuhan pada salah satu bagian tubuh yang bertujuan untuk mengurangi rasa kesendirian ibu selama proses persalinan.
  - m) Diagnosis kala I yaitu sudah dalam persalinan (inpartu): ada tanda-tanda persalinan (pembukaan serviks >3 cm, his adekuat (teratur, minimal 2 kali dalam 10 menit selama 40 detik), lendir darah dari vagina. Kemajuan persalinan normal: kemajuan berjalan sesuai dengan partograf. Persalinan bermasalah seperti: kemajuan persalinan yang tidak sesuai dengan partograf, melewati garis waspada. Kegawatdaruratan saat persalinan, seperti: eklampsia, perdarahan, gawat janin.
2. Penatalaksanaan Kala II
- Tindakan yang dilakukan selama kala II persalinan:
- a) Memberikan dukungan terus menerus kepada ibu. Kehadiran seseorang ibu untuk mendampingi ibu agar merasa nyaman, menawarkan minum, mengipasi dan memijat ibu.

- b) Menjaga kebersihan diri. Ibu tetap dijaga kebersihannya agar terhindar infeksi, bila ada darah lendir atau cairan ketuban segera dibersihkan.
- c) Melakukan *massase*. Menambah kenyamanan bagi ibu.
- d) Memberikan dukungan mental. Untuk mengurangi kecemasan atau ketakutan ibu, dengan cara menjaga privasi, penjelasan tentang proses dan kemajuan persalinan, penjelasan tentang prosedur yang akan dilakukan dan keterlibatan ibu.
- e) Mengatur posisi ibu. Dalam memimpin mencedan dapat dipilih posisi jongkok, menungging, tidur miring, setengah duduk, posisi tegak ada kaitannya dengan berkurangnya rasa nyeri, mudah mencedan, kurangnya trauma *vagina* dan *perineum* dan infeksi.
- f) Menjaga kandung kemih tetap kosong. Ibu dianjurkan untuk berkemih sesering mungkin. Kandung kemih yang penuh dapat menghalangi turunnya kepala ke dalam rongga kepala.
- g) Memberi cukup minum. Memberi tenaga dan mencegah dehidrasi.
- h) Memimpin mencedan. Ibu dipimpin mencedan selama his, anjurkan kepada ibu untuk mengambil nafas. Mencedan tanpa diselingi bernafas, kemungkinan dapat menurunkan pH pada *arteri umbilicus* yang dapat menyebabkan denyut jantung tidak normal dan nilai *APGAR* rendah.
- i) Bernafas selama persalinan. Minta ibu untuk bernafas selagi kontraksi untuk memastikan janin tidak mengalami bradikardi ( $DJJ < 120$  x/ menit). Selama mencedan yang lama, akan terjadi pengurangan aliran darah dan oksigen ke janin.
- j) Melahirkan bayi.
  - (1) Menolong kelahiran bayi.

Letakkan satu tangan ke kepala bayi agar *defleksi* tidak terlalu cepat. Menahan *perineum* dengan satu tangan

lainnya bila diperlukan. Mengusap muka bayi untuk membersihkan dari kotoran lendir/darah.

(2) Periksa tali pusat.

Bila lilitan tali pusat terlalu ketat, diklem pada dua tempat kemudian digunting di antara kedua klem tersebut, sambil melindungi leher bayi.

(3) Melahirkan bahu dan anggota seluruhnya.

Persiapan melahirkan bahu bayi setelah kepala bayi keluar dan terjadi putaran paksi luar. Posisikan kedua tangan biparietal atau di sisi kanan dan kiri kepala bayi. Gerakkan kepala secara perlahan ke arah bawah hingga bahu anterior tampak pada arkus pubis. Gerakkan kepala ke arah atas untuk melahirkan bahu posterior. Pindahkan tangan kanan ke arah perineum untuk menyanggah bayi bagian kepala, lengan, dan siku sebelah posterior, sedangkan tangan kiri memegang lengan dan siku sebelah anterior. Pindahkan tangan kiri menelusuri punggung dan bokong, dan kedua tungkai kaki saat dilahirkan.<sup>31,32,33,34,43</sup>

k) Bayi dikeringkan dan dihangatkan dari kepala sampai kaki untuk mencegah hipotermi.

l) Menilai dan merangsang bayi

Biasanya dengan melakukan pengeringan cukup memberikan rangsangan pada bayi. Dilakukan dengan cara mengusap-usap pada bagian punggung atau menepuk telapak kaki bayi. Pengkajian awal/ segera palpasi *uterus* untuk menentukan apakah ada bayi yang kedua: jika ada, tunggu sampai bayi kedua lahir. Menilai apakah bayi baru lahir dalam keadaan normal (menangis spontan, kulit kemerahan dan tonus otot baik), jika tidak rawat bayi segera. Bayi normal, tidak ada tanda-tanda kesulitan pernafasan, *APGAR* >7 pada menit ke-5.

Bayi dengan penyulit, seperti berat badan kurang, *asfiksia*, *Apgar score* rendah, cacat lahir pada kaki.

### 3. Penatalaksanaan Kala III

Melakukan manajemen aktif pada kala III persalinan yaitu pemberian suntikan Oksitosin 10 IU dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, melakukan Peregangan Tali pusat Terkendali (PTT), dan *massase fundus uteri* segera setelah plasenta lahir.

Langkah-langkahnya yaitu:

- a) Memeriksa adakah bayi kedua.
- b) Menyuntikkan oksitosin intramuskular pada lateral paha ibu, atau intravena bila sudah terpasang infus.
- c) Memasang klem tali pusat 3 cm dari umbilikus bayi, lalu tali pusat ditekan dan didorong ke arah distal atau ke sisi plasenta, dan pasang klem tali pusat ke-2 sekitar 2 cm dari klem pertama.
- d) Menggantung tali pusat di antara kedua klem, hati-hati dengan perut bayi.
- e) Bayi segera diletakkan di dada ibu untuk Inisiasi Menyusu Dini (IMD).
- f) Melakukan Peregangan Tali pusat Terkendali (PTT) saat uterus berkontraksi untuk mengeluarkan plasenta.
- g) Cara peregangan tali pusat adalah satu tangan membawa klem ke arah bawah, sedangkan tangan lainnya memegang uterus sambil didorong ke arah *dorso cranial*.
- h) Jika tali pusat bertambah panjang maka pindahkan klem hingga jarak 5-10 cm dari vulva ibu, lakukan peregangan tali pusat berulang dengan perlahan hingga plasenta lahir spontan.
- i) Jika dalam 30 menit plasenta tidak lahir spontan, atau terjadi retensio plasenta, maka lakukan manual plasenta.
- j) Melakukan *masase fundus uteri* segera setelah seluruh plasenta lahir. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik, maka dilakukan penatalaksanaan atonia uteri.



k) Melakukan pemeriksaan plasenta dan selaputnya untuk memastikan keduanya lengkap dan utuh. <sup>31,32,33,34,44</sup>

#### 4. Penanganan Kala IV

- a) Pemeriksaan fundus setelah 1-2 menit untuk memastikan uterus berkontraksi. Jika uterus masih belum berkontraksi baik, ulangi masase fundus uteri. Ibu dan keluarganya diajarkan bagaimana cara melakukan masase uterus sehingga mampu untuk segera mengetahui jika uterus tidak berkontraksi baik. Periksa fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 20-30 menit selama jam kedua. Mengajari ibu dan anggota keluarga bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkan kontraksi.
- b) Nutrisi dan dehidrasi. Anjurkan ibu dan kenakan pakaian ibu yang bersih dan kering.
- c) Istirahat. Biarkan ibu beristirahat, ia telah bekerja keras melahirkan bayinya. Bahu ibu pada posisi yang nyaman.
- d) Peningkatan hubungan ibu dan bayi. Biarkan bayi berada pada ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi, sebagai permulaan dengan menyusui bayi.
- e) Memulai menyusui. Bayi sangat siap segera setelah kelahiran. Hal ini sangat tepat untuk memulai memberikan ASI. Menyusui juga membantu uterus berkontraksi.
- f) Menolong ibu ke kamar mandi. Jika ibu perlu ke kamar mandi, ibu boleh bangun, pastikan ibu dibantu dan selamat karena ibu masih dalam keadaan lemah atau pusing setelah persalinan. Pastikan ibu sudah buang air kecil dalam 3 jam postpartum.
- g) Mengajari ibu dan anggota keluarga tanda-tanda bahaya bagi ibu dan bayi.

#### **4. Bayi Baru Lahir**

##### **1) Definisi**

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang baru lahir dari kehamilan usia 37-42 minggu dan berat badan lahir 2500-4000 gram.<sup>45</sup> Tanda-tanda bayi lahir sehat yaitu berat badan bayi 2500-4000 gram, umur kehamilan 37-40 mg, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, mengisap ASI dengan baik dan tidak ada cacat bawaan.

##### **a) Fisiologi Bayi Baru Lahir**

Ciri-ciri bayi normal yaitu:<sup>46</sup>

- (1) Lahir aterm antara 37-42 minggu
- (2) Berat badan 2.500-4.000 gram
- (3) Panjang badan 48-52 cm
- (4) Lingkar dada 30-38 cm
- (5) Lingkar kepala 33-35
- (6) Lingkar lengan 11-12 cm
- (7) Frekuensi denyut jantung 120-160x/menit pernapasan 40-60x/menit
- (8) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup.
- (9) Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna.
- (10) Kuku agak panjang dan lemas.
- (11) Nilai APGAR >7, gerak aktif, bayi lahir langsung menangis kuat.
- (12) Refleks rooting (mencari puting susu dengan rangsanagan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik.
- (13) Refleks sucking (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.
- (14) Refleks moro (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.

(15) Refleks grasping (menggenggam) sudah baik.

(16) Genitalia

(a) Pada laki-laki kematangan di tandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang.

(b) Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora.

(17) Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan.

b) Tanda bahaya bayi baru lahir<sup>47</sup>

(1) Sulit bernapas atau lebih dari 60 kali/ menit

(2) Suhu terlalu tinggi ( $>38^{\circ}\text{C}$ ) atau terlalu dingin ( $<36^{\circ}\text{C}$ )

(3) Kulit bayi kuning (terutama 24 jam pertama), biru, pucat, memar.

(4) Hisapan saat menyusui lemah, rewel, sering muntah.

(5) Tali pusat memerah, bengkak, keluar cairan dan berdarah.

(6) Tanda-tanda infeksi seperti suhu tubuh meningkat, merah, bengkak, bau busuk, keluar cairan dan pernapasan sulit.

(7) Tidak BAB dalam 3 hari, tidak BAK dalam 24 jam, tinja lembek/ encer, berwarna hijau tua ada lendir atau darah.

(8) Menggigil, rewel, lemas, mengantuk, kejang, dan menangis terus-menerus.

c) *APGAR Score*

Merupakan alat untuk mengkaji kondisi bayi sesaat setelah lahir, meliputi 5 variabel (pernafasan, frekuensi jantung, warna, tonus otot dan *irritabilitas reflek*). Penilaian ini dilakukan pada 1 menit pertama kelahiran untuk memberi kesempatan pada bayi untuk memulai perubahan, menit ke-5 dan menit ke-10.

Tabel 6. APGAR skor<sup>46</sup>

Kriteria	Nilai		
	0	1	2
<i>Appearance</i> Warna kulit	Seluruh tubuh biru	Tubuh kemerahan, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
<i>Pulse</i> Denyut jantung	Tidak ada	<100 x/ menit	>100 x/ menit
<i>Grimace</i> Reflek	Tidak ada respon	Ekstremitas sedikit fleksi	Reflek baik
<i>Activity</i> Aktivitas otot	Tidak ada	Bergerak namun lemah	Bergerak aktif
<i>Respiration</i> Usaha bernafas	Tidak ada	Menangis lemah disertai rintihan	Menangis Kuat

#### d) Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir

Asuhan yang diberikan kepada bayi segera setelah lahir adalah asuhan yang segera, aman, dan bersih. Komponen asuhan yang diberikan adalah:<sup>48</sup>

##### (1) Pencegahan Infeksi

Upaya pencegahan infeksi yang dilakukan adalah cuci tangan sebelum dan sesudah bersentuhan dengan bayi, pakai sarung tangan bayi saat menangani bayi, pastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan telah di Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) atau sterilisasi, pastikan semua pakaian, handuk, selimut, dan kain yang digunakan untuk bayi sudah dalam keadaan bersih.

##### (2) Penilaian Bayi Baru Lahir

Segera lakukan penilaian awal dengan menjawab 4 pertanyaan: (1) Apakah bayi cukup bulan; (2) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium; (3) Apakah bayi menangis atau bernafas; (4) Apakah tonus otot bayi baik? Jika ada salah satu pertanyaan dengan jawaban tidak, maka lakukan langkah resusitasi.

##### (3) Perawatan Tali Pusat

WHO merekomendasikan perawatan tali pusat yang bersih dan kering untuk bayi yang baru lahir yang lahir di fasilitas

kesehatan, dan di rumah untuk mencegah terjadinya peningkatan infeksi tali pusat, Perawatan tali pusat terbuka tanpa alkohol ataupun betadin.

#### (4) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Inisiasi menyusu dini merupakan kegiatan meletakkan bayi baru lahir di dada ibu dalam satu jam pertama bayi. Inisiasi menyusu dini adalah salah satu critical time dalam jam pertama kehidupan bayi/ Inisiasi menyusu dini akan membantu bayi dalam menguatkan kemampuan menyusu bayi pada tahap selanjutnya. Semakin lama waktu menunggu bayi untuk inisiasi menyusu dini maka semakin besar risiko kematian atau kesehatan bayi. Inisiasi menyusu dini atau IMD dilakukan dengan cara meletakkan bayi baru lahir di dada ibu segera setelah dilakukan penilaian sepiantas dan dikeringkan kecuali bagian telapak tangan bayi. Dalam proses ini diharapkan bayi akan secara naluri mencari puting ibu dan merangkak untuk menyusu.

IMD bertujuan untuk memperkuat bonding antara ibu dan bayi, selain itu dengan dilakukan IMD akan menurunkan risiko hipotermi dan hipoglikemi pada bayi, bayi juga akan mulai mengenal bakteri baik ibu dan jika bayi sukses menyusu maka bayi akan mendapatkan kolostrum ibu. Kolostrum sendiri sangat penting dalam membantu pertumbuhan bayi. Manfaat IMD pada ibu salah satunya membantu ibu dalam memproduksi hormon yang mengatur kontraksi rahim, memberikan rasa nyaman dan aman pada ibu dan membantu dalam proses menyusu selanjutnya.

Manfaat dari IMD untuk bayi antara lain adalah mencegah kejadian hipotermia pada bayi, mencegah kejadian infeksi pada bayi karena bayi mendapatkan kolostrum sejak awal, bayi akan berkenalan dengan bakteri ibu lebih awal

sehingga akan menambah daya tahan bayi, membantu mempertahankan kadar glukosa bayi untuk tetap stabil dan membantu bayi untuk mengeluarkan mekonium lebih awal sehingga dapat menurunkan risiko ikterus bayi. Manfaat IMD untuk ibu antara lain adalah membantu membentuk bonding antar ibu dan bayi, membantu ibu untuk lebih rileks, rangsangan yang ditimbulkan bayi membantu pengeluaran hormon oxytocin ibu sehingga membantu dalam pelepasan plasenta juga kontraksi uterus sehingga mengurangi risiko perdarahan.<sup>40</sup>

Langkah Inisiasi Menyusu Dini (IMD):

- (a) Bayi harus mendapatkan kontak kulit dengan kulit ibunya segera setelah lahir selama paling sedikit satu jam.
  - (b) Bayi harus menggunakan naluri alamiahnya untuk melakukan inisiasi menyusu dini dan ibu dapat mengenali bayinya siap untuk menyusu serta memberi bantuan jika diperlukan.
  - (c) Menunda semua prosedur lainnya yang harus dilakukan kepada bayi baru lahir hingga inisiasi menyusu selesai dilakukan.
  - (d) ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berumur 0-6 bulan.
- (5) Pengaturan Suhu

Mekanisme pengaturan temperatur tubuh pada bayi baru lahir belum berfungsi sempurna. Apabila tidak segera dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka bayi baru lahir dapat mengalami hipotermia. Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relatif hangat.

Bayi kehilangan panas melalui empat cara yaitu konduksi melalui benda-benda padat yang kontak dengan kulit bayi. Konveksi yaitu pendinginan melalui aliran udara di sekitar bayi. Evaporasi yaitu kehilangan panas melalui penguapan air pada kulit bayi yang basah. Radiasi melalui benda padat dekat bayi yang tidak berkontak secara langsung dengan kulit bayi. Keadaan telanjang dan basah pada bayi baru lahir menyebabkan bayi mudah kehilangan panas melalui empat cara diatas. Kehilangan panas secara konduktif jarang terjadi kecuali jika bayi diletakkan pada alas yang dingin.<sup>16</sup> Pastikan bayi tetap hangat dan jangan mandikan bayi hingga 24 jam setelah persalinan. Jaga kontak kulit antara ibu dan bayi serta tutupi kepala bayi dengan topi.

#### (6) Pencegahan Infeksi Mata

Pemberian obat mata di anjurkan untuk pencegahan penyakit mata karena *Klamidia* (penyakit menular seksual) dan diberikan 1 jam setelah persalinan. Bayi baru lahir harus mendapatkan profilaksis mata terhadap infeksi yang disebabkan oleh *Gonore* atau *Klamidia*. Pelindung mata terbaik terhadap *Gonore* dan *Klamidia* ialah salep *oxytetracycline* 1%, yang menyebar dari kantung dalam ke kantung luar mata. Irigasi mata setelah pemberian salep *oxytetracycline* tidak perlu dilakukan.

#### (7) Pencegahan Perdarahan

Semua bayi baru lahir harus diberikan vitamin K1 injeksi intramuskular setelah satu jam kelahiran. Dosis pemberian vitamin untuk bayi baru lahir sediaan ampul 10 mg dosisnya yaitu 1 mg atau 0,1 cc sedangkan sediaan ampul phytomenadione 2 mg dosisnya yaitu 1 mg atau 0,5 cc pada paha lateral bayi baru lahir dengan berat badan lebih dari 2,5 kg. Vitamin K secara rutin diberikan kepada bayi baru lahir

untuk mencegah perdarahan. Usus neonatus menyintesis vitamin K, yang digunakan untuk mengaktifkan prekursor protein yang membuat protein pembeku darah. Manifestasi klinis penyakit hemoragi meliputi perdarahan dari saluran cerna, kulit, dan area sirkumsisi. Vitamin ini bekerja dengan cepat untuk mengaktifkan prekursor pembekuan darah. Penggunaan Vitamin K peroral tidak dianjurkan pada saat ini karena keefektifannya diragukan.

(8) Pemberian Vaksin Hepatitis B

Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Semua bayi harus mendapatkan dosis pertama vaksin hepatitis B segera setelah lahir dan sebelum dipulangkan dari rumah sakit. Dosis pertama juga diberikan pada usia dua bulan jika ibu bayi memiliki HbsAg-negatif. Hanya hepatitis B monovalen yang dapat digunakan untuk dosis lahir. Vaksin monovalen atau vaksin kombinasi yang mengandung vaksin hepatitis B dapat digunakan untuk melengkapi rangkaian tersebut. Empat dosis vaksin diberikan jika dosis lahir diberikan. Vaksin Hepatitis B diberikan untuk mencegah bayi tertular penyakit Hepatitis B.

(9) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Bayi Baru Lahir dilakukan pada saat:

- (a) Bayi berada di klinik (dalam 24 jam)
- (b) Kunjungan tindak lanjut (KN), yaitu 1 kali pada umur 6-48 jam, 1 kali pada umur 3-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari.
- (c) Kunjungan Neonatal
  - (1) Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1)  
Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan dalam kurun waktu 6-48 jam setelah bayi lahir. Tujuan



dilakukan KN 1 yaitu memberikan konseling perawatan bayi baru lahir, memastikan bayi sudah BAB dan BAK pemeriksaan fisik bayi baru lahir, mempertahankan suhu tubuh bayi, ASI eksklusif, pemberian vitamin K injeksi, dan pemberian imunisasi HB 0 injeksi

(2) Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2)

Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke-7 setelah bayi lahir. Tujuan dilakukan KN 2 yaitu untuk menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering, menjaga kebersihan bayi, pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah dan masalah pemberian ASI, memberikan ASI pada bayi minimal 8 kali dalam 24 jam, keamanan bayi, dan menjaga suhu tubuh bayi.

(3) Kunjungan Neonatal ke-3 (KN-3)

Kunjungan Neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir. Tujuan dilakukan KN 3 yaitu menjaga kebersihan bayi, memberitahu ibu tentang tanda-tanda bahaya bayi baru lahir, menjaga keamanan bayi, menjaga suhu tubuh bayi, dan memberitahu ibu tentang Imunisasi BCG. <sup>8,45</sup>

## 5. Nifas

### a. Definisi Masa Nifas

Masa nifas (puerperium) adalah mulai partus selesai dan berakhir setelah kira-kira 6 minggu. Akan tetapi, seluruh alat genitalia baru pulih kembali seperti sebelum ada kehamilan dalam waktu 3 bulan.<sup>15</sup> Masa nifas (puerperium) dimaknai sebagai periode pemulihan segera dimulai setelah kelahiran bayi dan plasenta serta mencerminkan keadaan fisiologi ibu, terutama ketika sistem reproduksi kembali

seperti mendekati keadaan sebelum hamil.<sup>49</sup> Masa nifas merupakan masa penting bagi ibu maupun bayi baru lahir karena dalam masa ini, perubahan besar terjadi dari sisi perubahan fisik, emosi, dan kondisi psikologi ibu.

**b. Tujuan Asuhan Masa Nifas**

Tujuan asuhan masa nifas yaitu:<sup>50</sup>

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologi.
- 2) Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah secara dini, merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan pada ibu yang berkaitan dengan perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi pada bayi, dan perawatan bayi sehat.
- 4) Memberikan pelayanan KB
- 5) Memberikan kesehatan emosional pada ibu.

**c. Tahapan Masa Nifas**

Menurut Sri Astuti, masa nifas terbagi dalam 3 tahap, yaitu: <sup>51</sup>

1) Tahap *Immediate Puerperium*/ Puerperium Dini

Puerperium dini adalah keadaan yang terjadi segera setelah persalinan sampai 24 jam sesudah persalinan (0-24 jam sesudah melahirkan). Kepulihan yang ditandai dengan ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Pada masa ini sering terjadi masalah, misalnya perdarahan karena atonia uteri. Oleh karena itu, kita sebagai bidan harus dengan teratur melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran *lochea*, tekanan darah, suhu, dan keadaan ibu.

2) Tahap *Early Puerperium*/ *Intermediate Puerperium* (1-7 hari)

*Early Puerperium* adalah keadaan yang terjadi pada permulaan puerperium. Waktu 1 hari sesudah melahirkan sampai 7 hari (1 minggu pertama). Pada fase ini seorang bidan harus dapat memastikan involusi uteri (proses pengecilan rahim) dalam

keadaan normal, tidak ada perdarahan, *lochea* tidak berbau busuk, tidak demam, ibu mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3) Tahap *Late Puerperium/ Remote Puerperium*

*Late Puerperium* adalah 6 minggu sesudah melahirkan, pada periode ini seorang bidan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan secara berkala serta konseling KB. Biasanya bidan yang ada di desa melakukan kunjungan rumah atau ibu yang datang memeriksakan kesehatannya.

**d. Fisiologi Masa Nifas**

Dalam masa nifas, alat-alat genitalia interna maupun eksterna akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan-perubahan alat-alat genitalia ini dalam keseluruhannya disebut *invulusi*. Adaptasi perubahan fisik masa nifas,<sup>52</sup> yaitu:

1) Invulusi uterus

Invulusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil.

Tabel 6. Perubahan Normal Uterus Selama Postpartum

Involusio uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 Gram
Plasenta lahir	Dua jari dibawah pusat	750 Gram
1 minggu	Pertengahan pusat dan simpisis	500 Gram
2 minggu	tak teraba	350 Gram
6 minggu	Berukuran normal seperti semula	50 Gram

Sumber: Prawirohardjo (2014)

2) *Lochea*

Akibat *involutio uteri*, lapisan *desidua* yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Pencampuran antara desidua dan darah inilah yang di namakan *lochea*. *Lochea* adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai sifat basa/ alkalis

yang membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal.<sup>53</sup>. Jenis-jenis lochea:

- a) *Lochea Rubra*: Berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel *desidua*, *vernix caseosa*, *lanugo* dan *mekonium*, selama dua hari pascapersalinan.
- b) *Lochea Sanguinolenta*: Berwarna merah kuning berisi darah dan lendir, hari ke-3 sampai ke-7 pascapersalinan.
- c) *Lochea Serosa*: Berwarna kuning, cairan tidak berubah, pada hari ke-7 sampai ke-14 pascapersalinan.
- d) *Lochea Alba*: Cairan putih setelah 2 minggu.
- e) *Lochea Purulenta*: Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah dan berbau busuk.

Tabel 8. Perubahan Lochea

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7-14 hari	Kekuningan/ Kecoklatan	Lendir bercampur darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta.
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati
Lochea Purulenta			Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk
Lochiastasis			Tidak lancar keluarnya

Sumber: Anggarini (2016)

### 3) Ligamen-ligamen

Ligamen, fascia dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan setelah bayi lahir secara berangsur-angsur menjadi

menciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena ligamentum menjadi kendur.

#### 4) Vulva, vagina dan perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan *rugae* dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol.

*Rugae* kembali timbul pada minggu ketiga. *Himen* tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi karunkulae mitiformis yang khas pada wanita *multipara*. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan sebelum saat persalinan pertama. Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu.

Kondisi vagina setelah persalinan akan tetap terbuka lebar, ada kecenderungan vagina mengalami bengkak dan memar serta nampak ada celah antara introitus vagina. Tonus otot vagina akan kembali pada keadaan semula dengan tidak ada pembengkakan dan celah vagina tidak lebar pada minggu 1-2 hari pertama postpartum. Pada minggu ketiga postpartum *rugae* vagina mulai pulih menyebabkan ukuran vagina menjadi lebih kecil. Dinding vagina menjadi lebih lunak serta lebih besar dari biasanya sehingga ruang vagina akan sedikit lebih besar dari keadaan sebelum melahirkan.<sup>14</sup> Perineum pada saat proses persalinan ditekan oleh

kepala janin, sehingga perineum menjadi kendur dan teregang. Tonus otot perineum akan pulih pada hari kelima postpartum meskipun masih kendur dibandingkan keadaan sebelum hamil.<sup>54</sup>

#### 5) Serviks

Perubahan yang terjadi pada serviks uteri setelah persalinan adalah menjadi sangat lunak, kendur dan terbuka seperti corong. Korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks uteri tidak berkontraksi sehingga seolah-olah terbentuk seperti cincin pada perbatasan antara korpus uteri dan serviks uteri.<sup>14</sup>

Tepi luar serviks yang berhubungan dengan *ostium uteri eksterna* (OUE) biasanya mengalami laserasi pada bagian lateral. Ostium serviks berkontraksi perlahan, dan beberapa hari setelah persalinan ostium uteri hanya dapat dilalui oleh 2 jari. Pada akhir minggu pertama, ostium uteri telah menyempit, serviks menebal dan kanalis servikalis kembali terbentuk. Meskipun proses involusi uterus telah selesai, OUE tidak dapat kembali pada bentuknya semula saat nullipara. Ostium ini akan melebar, dan depresi bilateral pada lokasi laserasi menetap sebagai perubahan yang permanen dan menjadi ciri khas servis pada wanita yang pernah melahirkan.<sup>55</sup>

#### 6) Sistem pencernaan

Pasca melahirkan, kadar progesteron menurun dan faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal. Biasanya ibu mengalami obstipasi setelah persalinan. Selain itu hal ini disebabkan pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, haemoroid, laserasi jalan lahir. Supaya buang air besar kembali teratur dapat diberikan diet/ makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup. Bila usaha ini tidak berhasil dalam waktu 2 atau 3 hari dapat ditolong dengan

pemberian glycerin spuit atau diberikan terapi pencahar lainnya yang aman untuk ibu.

#### 7) Sistem perkemihan

Pada masa hamil, perubahan hormonal yaitu kadar steroid tinggi yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitu sebaliknya, pada pasca melahirkan kadar *steroid* menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air saat kehamilan.

#### 8) Sistem Hematologi

Leukositosis akan meningkat pada beberapa hari post partum, sehingga dianjurkan untuk mengajarkan pada ibu cara menjaga kebersihan genetalia. Jumlah hemoglobin dan hematokrit serta eritrosit akan bervariasi pada awal masa nifas sebagai akibat dari volume darah, volume plasma, dan volume sel darah yang berubah-ubah.

#### 9) Sistem Kardiovaskular

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Bila kelahiran melalui *sectio caesarea*, maka kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah (*blood volume*) dan hematokrit (*haemoconcentration*). Bila persalinan pervaginam, hematokrit akan naik dan pada *section caesaria* hematokrit cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu.

Setelah persalinan, shunt akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan beban pada jantung, dapat menimbulkan *decompensation cordia* pada penderita *vitum cordia*. Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya

haemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala, umumnya hal ini terjadi pada hari ke-3 sampai ke-5 postpartum.

#### 10) Sistem Musculoskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena ligamen rotundum menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusannya serat-serat elastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu. Pemulihan dibantu dengan latihan.

#### 11) Sistem endokrin

##### a) *Human Chorionic Gonadotropin (HCG)*

*Human Chorionic Gonadotropin (HCG)* menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG menurun dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 postpartum dan sebagai onset pemenuhan *mammae* pada hari ke-3 postpartum.<sup>56</sup>

##### b) *Hormon pituitary*

Prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu.

#### 12) Payudara

Perubahan pada payudara dapat meliputi :

- a) Penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan hormon prolaktin setelah persalinan.
- b) Kolostrum sudah ada saat persalinan, produksi ASI terjadi pada hari ke-2 atau hari ke-3 setelah persalinan.
- c) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi



### 13) Pembentukan air susu

Ada dua refleks dalam pembentukan air susu ibu yaitu:

#### a) Refleks prolaktin

Pada akhir kehamilan hormon prolaktin memegang peranan untuk membuat kolostrum, namun jumlah kolostrum terbatas karena aktivitas prolaktin dihambat oleh estrogen dan progesterone yang kadarnya memang tinggi. Saat bayi menyusu, isapan bayi akan merangsang ujung-ujung saraf sensoris yang sebagai reseptor mekanik.

Rangsangan dilanjutkan kehipotalamus melalui medulla spinalis hipotalamus akan menekan pengeluaran fakto-faktor yang menghambat sekresi prolaktin dan sebaliknya merangsang pengeluaran faktor-faktor yang memicu sekresi prolaktin. Sekresi prolaktin akan merangsang hipofise anterior sehingga keluar prolaktin. Hormon ini merangsang sel-sel alveoli yang berfungsi untuk membuat air susu.

#### b) Refleks *letdown*

Bersama dengan pembentukan prolaktin oleh hipofise anterior, rangsangan yang bersal dari isapan bayi ada yang dilanjutkan ke hipofise posterior (*neurohipofise*) yang kemudian dikeluarkan oksitosin. Melalui aliran darah, hormon ini diangkat menuju uterus yang dapat menimbulkan kontraksi uterus sehingga terjadi involusi. Kontraksi dari sel akan memeras air susu yang telah terbuat keluar dari alveoli dan masuk ke system duktus dan selanjutnya membalir melalui duktus lactiferus masuk ke mulut bayi.

Faktor-faktor yang mempengaruhi peningkatan dan penghambat refleks *let down*:<sup>28</sup>

#### (1) Peningkatan refleks let down:

- (a) Melihat bayi
- (b) Mendengarkan bayi

(c) Mencium bayi

(d) Memikirkan untuk menyusui bayi

(2) Penghambat refleks *let down*:

(a) Keadaan bingung/ pikiran kacau

(b) Takut

(c) Cemas

**e. Kebutuhan Dasar Ibu pada Masa Nifas**

Menurut Ari Sulistyawati, beberapa kebutuhan ibu nifas yang harus dipenuhi:<sup>57</sup>

1) Kebutuhan gizi ibu menyusui

Tambahan makanan bagi ibu yang menyusui ASI eksklusif sangat diperlukan. Sebanyak 800 kkal tambahan makanan untuk memproduksi ASI dan sebagai energi untuk aktivitas ibu sendiri. Pemenuhan gizi tersebut antara lain mengkonsumsi tambahan kalori sebanyak 500 kkal per hari, diet berimbang cukup protein, mineral, dan vitamin. Minum minimal 3 liter/ hari terutama setelah menyusui, mengkonsumsi tablet zat besi selama nifas, serta minum kapsul vitamin A 200 unit.

2) Ambulansi dini

Tidak dibenarkan pada pasien dengan penyakit anemia, jantung, paru-paru, demam, dan keadaan lain yang masih membutuhkan istirahat. Adapun keuntungan ambulansi dini antara lain ibu akan merasa lebih sehat dan kuat, faal usus dan kandung kemih menjadi lebih baik, serta memungkinkan bidan untuk memberi bimbingan kepada ibu mengenai cara merawat bayi.

3) Istirahat

Kebutuhan istirahat bagi ibu menyusui minimal 8 jam sehari, dipenuhi melalui istirahat malam dan siang. Kurang istirahat akan menyebabkan beberapa kerugian, misalnya:

a) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi

- b) Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan
  - c) Menyebabkan depresi dan ketidaknyamanan untuk merawat bayi
- 4) Perawatan payudara

Perawatan payudara telah dimulai sejak wanita hamil. Hal ini bertujuan supaya puting susu lemas, tidak keras dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya. Faktor yang mempengaruhi produksi ASI adalah motivasi diri dan dukungan dari suami serta keluarga untuk menyusui bayinya, adanya pembengkakan payudara karena bendungan ASI, kondisi status gizi ibu yang buruk dapat mempengaruhi kuantitas dan kualitas ASI, ibu yang lelah atau kurang istirahat atau stress. Oleh karena itu perlu dilakukan perawatan payudara secara rutin, serta lebih sering menyusui tanpa dijadwal sesuai dengan kebutuhan bayinya. Semakin sering bayi menyusu dan semakin kuat daya hisapnya, payudara akan memproduksi ASI lebih banyak.

- 5) Senam nifas

Untuk mencapai hasil pemulihan otot yang maksimal dan ibu merasa lebih rileks, mengurangi rasa kecemasan, dan lebih segar. Sebaiknya latihan masa nifas dilakukan seawal mungkin dengan catatan ibu menjalani persalinan normal dan tidak ada penyulit.

**f. Adaptasi Psikologis Masa Nifas**

- 1) Perubahan emosi normal pada masa nifas

Pada masa nifas, selain perubahan fisik juga terdapat perubahan psikologis, antara lain.<sup>58</sup>

- a) Perubahan emosi yang tidak konsisten, kadang bahagia kadang sedih.
- b) Ungkapan perasaan lega setelah melahirkan, baik normal maupun operasi.

- c) Perasaan tidak ingin jauh dari bayinya dan ingin merawat bersama pasangan.
  - d) Ketakutan terkait peran baru sebagai ibu.
  - e) Merasa lelah.
- 2) Fase perubahan psikologi ibu nifas setelah melahirkan. Ibu akan melewati tiga fase:<sup>59,58</sup>

a) *Taking-in*

Fase bergantung atau *taking-in* terjadi pada 1-2 hari setelah melahirkan dimana ibu lebih fokus dengan kondisinya. Ibu sangat tertarik menceritakan pengalaman melahirkan. Ibu dapat bertingkah pasif dan bergantung kepada orang lain dalam hal istirahat, makan dan informasi tentang bayinya, bukan cara merawat bayi. Tingkah laku ini dapat diobservasi pada jam-jam pertama kelahiran.<sup>59,58</sup> Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi.

b) *Taking-hold*

Pada waktu ini berlangsung selama 3-10 hari dimana ibu menginginkan keadaannya cepat pulih seperti keadaan sebelum melahirkan, meskipun dirinya masih merasakan kelelahan karena perubahan hormonal. Mulai fokus dengan kondisi bayinya. Adanya dukungan sangat berpengaruh besar untuk ibu dan keluarga. Jika terdapat stresor yang minim dukungan maka dengan mudah dapat timbul perasaan pesimis.<sup>59,58</sup> Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan/ pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya. Tugas bidan yaitu mengajarkan cara perawatan bayi, cara menyusui yang benar, cara perawatan luka jahitan, senam nifas, pendidikan kesehatan gizi, istirahat, kebersihan diri dan lain-lain.

c) Fase *Letting-go*

Fase ini terjadi setelah 10 hari setelah melahirkan dimana ibu dan pasangan mulai beradaptasi dalam berperan sebagai orang tua baru. Kebutuhan akan istirahat masih diperlukan ibu untuk menjaga kondisi fisiknya. Dimulainya hubungan keintiman seksual, kebanyakan pada minggu ketiga atau keempat setelah melahirkan. Depresi paska melahirkan umumnya terjadi pada fase ini.<sup>59,58</sup>

**g. Program Pelayanan Nifas**

Menurut Kemenkes RI, pelayanan kesehatan ibu masa nifas dilakukan paling sedikit empat kali yaitu pada 6 jam - 2 hari, 3-7 hari, 8-28 hari dan 29-42 hari.<sup>23</sup> Kunjungan ini bertujuan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir juga untuk mencegah, mendeteksi, serta menangani masalah-masalah yang terjadi, antara lain:

- 1) Kunjungan pertama, dilakukan 6 jam-2 hari setelah persalinan. Tujuan kunjungan pertama adalah:
  - a) Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri.
  - b) Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut.
  - c) Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan oleh atonia uteri.
  - d) Pemberian ASI awal.
  - e) Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
  - f) Menjaga bayi tetap sehat dengan mencegah terjadinya hipotermi.
  - g) Bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan stabil.

- 2) Kunjungan kedua dilakukan hari ke 3-7 setelah persalinan. Tujuan kunjungan kedua adalah:
  - a) Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal.
  - b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan
  - c) Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan
  - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda kesulitan menyusui.
  - e) Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.
- 3) Kunjungan ketiga dilakukan hari ke 8-28 setelah persalinan. Tujuan kunjungan ketiga sama dengan kunjungan kedua.
- 4) Kunjungan keempat dilakukan hari ke 29-42 setelah persalinan. Tujuan kunjungan keempat adalah:
  - a) Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.
  - b) Memberikan konseling KB secara dini.

Pelayanan pasca persalinan atau masa nifas harus terselenggara untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, meliputi upaya pencegahan, deteksi dini masalah yang terjadi dan pengobatan komplikasi atau penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan pemberian ASI, cara menjarangkan kehamilan, imunisasi bayi dan kebutuhan nutrisi bagi ibu.<sup>15</sup>

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

### **a. Pengertian Kontrasepsi**

Menurut Rusmini dkk. (2017), kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma tersebut.<sup>60</sup> Menurut Firdayanti (2012), kontrasepsi berasal dari kata “kontra” yang berarti mencegah atau melawan dan “konsepsi” yaitu pertemuan antara sel

telur yang matang dan sel sperma yang mengakibatkan kehamilan. Upaya ini yang dapat bersifat sementara, dapat pula bersifat permanen.<sup>61</sup>

**b. Tujuan Kontrasepsi**

Menurut Firdayanti, tujuan kontrasepsi dikategorikan dalam 3 fase, yaitu:<sup>61</sup>

- 1) Fase menunda/ mencegah kehamilan, dimana pada fase menunda ini ditujukan pada pasangan usia subur dengan istri kurang dari 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilannya.
- 2) Fase menjarangkan kehamilan, dimana pada periode usia istri antara 20-35 tahun merupakan periode usia paling baik untuk melahirkan dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kehamilan 2-4 tahun, ini dikenal dengan catur warga.
- 3) Fase menghentikan/ mengakhiri kehamilan/ kesuburan, dimana periode ini umur istri diatas 30 tahun terutama 35 tahun sebaiknya mengakhiri kesuburan setelah mempunyai 2 orang anak.<sup>61</sup>

**c. Efektifitas Kontrasepsi**

Efektifitas kontrasepsi yang digunakan bergantung pada kesesuaian pengguna dengan intruksi. Perbedaan keberhasilan juga tergantung pada tipikal penggunaan (yang terkadang tidak konsisten) dan penggunaan sempurna yang mengikuti semua intruksi dengan benar dan tepat.<sup>62</sup>

**d. Faktor-faktor yang Berperan dalam Pemilihan Kontrasepsi**

Menurut Proverawati (2010), faktor yang berperan dalam pemilihan kontrasepsi adalah:<sup>63</sup>

- 1) Faktor pasangan dan motivasi
  - a) Umur
  - b) Gaya hidup
  - c) Frekuensi senggama
  - d) Jumlah keluarga yang diinginkan
  - e) Pengalaman dengan metode kontrasepsi yang lalu

- 2) Faktor kesehatan
  - a) Status kesehatan
  - b) Riwayat haid
  - c) Riwayat keluarga
  - d) Pemeriksaan fisik dan panggul
- 3) Faktor metode kontrasepsi
  - a) Efektifitas
  - b) Efek samping
  - c) Biaya

**e. Jenis-jenis Kontrasepsi**

Jenis-jenis metode kontrasepsi antara lain:

- 1) Metode Alamiah
  - a) Senggama terputus (*Coitus Interruptus*)

Senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminya dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina dan kehamilan dapat dicegah.<sup>64</sup>
  - b) Pantang berkala

Prinsip pantang berkala ialah tidak melakukan senggama pada masa subur istri, untuk menentukan masa subur istri dipakai 3 patokan yaitu:

    - (1) Ovulasi terjadi 14 kurang 2 hari sebelum haid yang akan datang.
    - (2) Sperma dapat hidup dan membuahi dalam 48 jam setelah ejakulasi.
    - (3) Ovum dapat hidup 24 jam setelah ovulasi.

Jadi jika konsepsi ingin dicegah, koitus harus dihindari sekurang-kurangnya selama 3 hari (72 jam) yaitu 48 jam sebelum ovulasi dan 24 jam sesudah ovulasi terjadi.<sup>64</sup>



c) Metode suhu basal

Menjelang ovulasi suhu basal tubuh akan turun dan kurang lebih 24 jam setelah ovulasi suhu basal akan naik lagi sampai lebih tinggi dari pada suhu sebelum ovulasi. Suhu basal dapat meningkat sebesar 0,2-0,5°C ketika ovulasi.<sup>65</sup>

d) Metode lendir serviks/ *Metode Ovulasi Billings* (MOB)

Metode mukosa serviks atau metode ovulasi merupakan metode keluarga berencana alamiah (KBA) dengan cara mengenali masa subur dari siklus menstruasi dengan mengamati lendir serviks dan perubahan rasa pada vulva menjelang hari-hari ovulasi.

Lendir kental, keruh, kekuningan dan lengket jika direntangkan di antara kedua jari akan putus menunjukkan masa tidak subur. Saat lendir serviks menjadi basah, jernih, licin dan elastis, apabila dipegang di antara dua jari, lendir dapat diregangkan dengan mudah tanpa terputus menunjukkan masa subur (pantang bersenggama). Namun, selama hari-hari kering (tidak ada lendir) setelah menstruasi, senggama tergolong aman pada dua hari setelah menstruasi.<sup>66</sup>

e) Metode *Amenorhea* Laktasi (MAL)

Metode kontrasepsi sementara yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa tambahan makanan dan minuman lainnya.<sup>67</sup>

2) Metode *Barrier*

a) Kondom Pria

Suatu selubung atau sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis (kondom pria) atau vagina (kondom wanita) pada saat berhubungan seksual.<sup>68</sup> Menurut Purwoastuti, kondom adalah jenis alat

kontrasepsi yang digunakan untuk mencegah kehamilan dan infeksi penyakit kelamin dengan cara menghentikan sperma untuk masuk kedalam vagina.<sup>67</sup>

b) Kondom Wanita

Kondom wanita merupakan plastik *polyuterhane* yang lentur berbentuk tabung dengan panjang kira-kira 15 cm dan diameter 7 cm, salah satu ujungnya tertutup, ujung bawah yang terbuka dilingkari cincin lunak yang ditempatkan pada vagina.<sup>61</sup>

c) Diafragma

Diafragma adalah kap berbentuk bulat cembung terbuat dari karet yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum melakukan hubungan seksual dan menutup serviks.

d) Spermisida

Spermisida adalah bahan kimia (biasanya *non oksinol-9*) digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma. Dikemas dalam bentuk aerosol (busa), tablet vagina, *suppositoria* atau *dissolvable film* dan krim.<sup>68</sup>

3) Metode Kontrasepsi Hormonal

Kontrasepsi hormonal adalah alat atau obat kontrasepsi yang bertujuan untuk mencegah terjadinya ovulasi dimana bahan bakunya mengandung *preparat* estrogen dan progesteron.<sup>69</sup> Berdasarkan jenis dan cara pemakaiannya dikenal 3 macam kontrasepsi hormonal yaitu kontrasepsi Oral (Pil), suntikan, dan kontrasepsi implant.<sup>68</sup>

a) Kontrasepsi Oral (Pil)

Kontrasepsi pil dapat berupa pil kombinasi (berisi hormon estrogen dan progesteron) atau hanya berisi progesteron saja. Pil kontrasepsi bekerja dengan cara mencegah terjadinya ovulasi dan mencegah terjadinya penebalan dinding rahim. Metode ini terbagi dalam dua macam yaitu minipil dan pil

kombinasi. Cara kerja dari kontrasepsi pil dalam mencegah kehamilan antara lain dengan cara menghambat ovulasi, mencegah implantasi, kemudian mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma dan mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma menjadi terganggu. Kontra Indikasi dari penggunaan pil adalah perempuan usia tua dengan perdarahan yang tidak diketahui penyebabnya, diduga hamil atau hamil, memiliki riwayat kehamilan ektopik, riwayat kanker payudara atau penderita kanker payudara, gangguan tromboemboli aktif (bekuan di tungkai, paru atau mata), penderita/memiliki riwayat ikterus, penyakit hati aktif atau tumor hati jinak maupun ganas, miom uterus, stroke, sedang mengkonsumsi obat-obat untuk tuberculosis dan epilepsi. Efek samping dari penggunaan kontrasepsi pil adalah gangguan haid (perdarahan bercak, spotting, amenorea dan haid tidak teratur), peningkatan/penurunan (fluktuasi) berat badan, nyeri tekan payudara, mual, pusing, perubahan mood, dermatitis atau jerawat, kembung, depresi dan hirsutisme (pertumbuhan rambut atau bulu yang berlebihan pada daerah muka).

Minipil adalah pil KB yang hanya mengandung hormon progesteron dalam dosis rendah yang dapat digunakan ibu menyusui. Sediaannya terbagi dalam kemasan 28 pil yang mengandung 75 mikro gram desogestrel tiap tabletnya, kemudian mini pil dalam kemasan dengan isi 35 pil yang mengandung 300 mikro gram levonogestrel atau 350 mikro gram noretindron. Minipil sangat efektif (98,5%). Pil Kombinasi yaitu kontrasepsi pil yang berisikan kombinasi antara dua hormon estrogen dan progestin. Terbagi dalam tiga jenis yaitu monofasik dimana semua pil mengandung Estrogen / Progestin (E/P) dalam konsentrasi yang sama dalam 1 siklus, Bifasik berisikan 21 Pil mengandung E/P dengan konsentrasi

yang berbeda dalam 2 periode yang berbeda (mis. 10/11) dalam 1 siklus, dan trifasik berisikan 21 pil mengandung 3 kombinasi E/P dengan konsentrasi yang berbeda dalam periode berbeda (mis. 6/5/10) dalam 1 siklus. Efektivitasnya tinggi jika di minum setiap hari (0.1- 51 kehamilan per 100 wanita selama pemakaian di tahun pertama)

Jenis-jenis kontrasepsi oral yang beredar terbagi dua:

- (1) Pil KB kombinasi berisi dua hormon yaitu estrogen dan progesteron. Cara kerja dari pil kombinasi yaitu dengan menekan ovulasi, mencegah implantasi, lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma, pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula. Jenis-jenis pil kombinasi antara lain; monofasik, bifasik, trifasik.<sup>68</sup>
- (2) Pil KB progesteron mengandung progesteron. Pil ini dipersiapkan untuk ibu yang sedang menyusui.<sup>68</sup>

b) Kontrasepsi Suntikan

Yaitu metode menggunakan suntikan hormon progesteron tiap tiga bulan atau hormon estrogen tiap satu bulan secara intramuskular. Cara kerja dari metode ini adalah dengan mencegah lepasnya sel telur dari indung telur wanita, mengentalkan lendir mulut rahim, sehingga spermatozoa tidak masuk ke dalam rahim. Kontra indikasi metode ini adalah ibu sedang hamil, ada pendarahan di vagina yang tidak tahu sebabnya, sedang menderita atau memiliki riwayat tumor/kista/miom/ penyakit jantung, lever (hati), darah tinggi, dan kencing manis. Efek samping secara umumnya adalah pusing, mual (jarang terjadi), kadang-kadang menstruasi tidak keluar selama 3 bulan pertama, kadang-kadang terjadi pendarahan yang banyak pada saat menstruasi, keputihan, perubahan berat badan, muncul flek hitam di wajah.

Jenis-jenis kontrasepsi suntik yang sering digunakan di Indonesia antara lain:

- (1) Suntikan 1 bulan yang berisi hormon estrogen dan progesteron. Jenis suntik kombinasi ini mengandung 25 mg *Depo Medroksi progesteron Asetat* dan 5 mg *Estradiol Sipionat* yang diberikan secara injeksi IM (*intramuskular*) sebulan sekali, dan 50 mg noretindron Enantat dan 5 mg *Estradiol valerat* yang diberikan injeksi IM (*intramuskular*) sebulan sekali. Contohnya *cyclofem*.
  - (2) Suntikan 3 bulan yang berisi hormon progesteron, contohnya *depo provera*, *depo progestin*.<sup>69</sup> Tersedia 2 jenis kontrasepsi yang mengandung progestin yaitu *Depo Medroksiprogesteron Asetat* (DMPA), mengandung 150 mg DMPA yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik IM (*intramuskular*) dan *Depo noretisteron Enanta* (*Depo noristeran*), yang mengandung 200 mg noretindron Enantan, diberikan setiap 2 bulan dengan cara suntik IM (*intramuskular*).<sup>68</sup>
- c) Implant
- (1) Norplant terdiri dari 6 batang silastik lembut berrongga dengan panjang 3,4 cm, diameter 2,4 mm, berisi 36 mg *levonogestrel* dengan lama kerja lima tahun.
  - (2) Jadena dan indoplant, terdiri dari dua batang silastik lembut berongga dengan panjang 4,3 cm berdiameter 2,5 mm, berisi 75 mg *levonogestrel* dengan lama kerja 3 tahun.
  - (3) Implanon, terdiri dari satu batang silastik lembut dengan berongga dengan panjang kira-kira 4,0 cm diameter 2 mm, berisi 68 mg *ketodesogestrel* dengan lama kerja 3 tahun.<sup>64</sup>

#### 4) Kontrasepsi NonHormonal

##### Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

AKDR adalah alat kontrasepsi yang dimasukkan didalam rahim untuk menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi.<sup>68</sup>

#### 5) Metode Mantap

##### a) Tubektomi

Tubektomi adalah prosedur bedah sukarela untuk menghentikan fertilitas (kesuburan) seorang perempuan secara permanen dengan mengokulasi tuba fallopi mengikat dan memotong atau memasang cincin sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.

##### b) Vasektomi

Vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan okulasi *vas deference* sehingga alat transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi.<sup>61</sup>

#### **f. Pemilihan Kontrasepsi pada klien menyusui**

Menurut Pinem, pemilihan kontrasepsi pada klien yang menyusui:<sup>70</sup>

- 1) Tidak memerlukan kontrasepsi pada 6 minggu pascapersalinan, bahkan pada klien yang menggunakan Metode Amenorea Laktasi (MAL) waktu tersebut dapat sampai 6 bulan. Metode Amenorea Laktasi yaitu metode kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif yang mana pemberian ASI eksklusif ini dapat menekan kesuburan ibu nifas. Metode Amenorea Laktasi (MAL) dapat bekerja secara efektif jika ibu menyusui secara penuh (full breast feeding), lebih efektif bila diberikan minimal 8 kali sehari. Ibu belum mendapat haid dan umur bayi kurang dari 6 bulan. Cara kerja dari Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah menunda atau menekan terjadinya ovulasi. Dimana pada saat laktasi/ menyusui,

kadar prolaktin meningkat dan hormon gonadotrophin melepaskan hormon penghambat (inhibitor). Hormon penghambat akan mengurangi kadar estrogen, sehingga tidak terjadi ovulasi.

- 2) Kontrasepsi kombinasi (merupakan pilihan terakhir):
  - a) Jangan dipakai sebelum 6-8 minggu pasca persalinan karena akan mengurangi ASI dan mempengaruhi tumbuh kembang bayi.
  - b) Sebaiknya tidak dipakai dalam waktu 6 minggu sampai dengan 6 bulan pasca persalinan. Selama 3 minggu pasca persalinan meningkatkan risiko masalah pembekuan darah.
- 3) Progestin
  - a) Selama 6 minggu pasca persalinan mempengaruhi tumbuh kembang bayi.
  - b) Tidak ada pengaruh terhadap ASI
  - c) Perdarahan ireguler dapat terjadi
- 4) AKDR
  - a) Dapat dipasang langsung pascapersalinan, sewaktu *sectio cesarea*, atau sesudah 48 jam pascapersalinan.
  - b) Sesudah 4-6 minggu pascapersalinan.
  - c) Jika haid sudah dapat, insersi dilakukan sesudah yakin tidak ada kehamilan.

AKDR yaitu metode kontrasepsi dengan alat berbentuk T yang dimasukkan dalam lahir sesaat setelah plasenta lahir hingga 48 jam post partum. AKDR yang dipasang setelah persalinan selanjutnya juga akan berfungsi seperti AKDR yang dipasang saat siklus menstruasi yaitu dengan menghalangi terjadinya proses pembuahan dan atau pelekatan sel telur dalam rahim. Angka kegagalan metode ini sebanyak 2.0 - 2.8 per 100 akseptor pada 24 bulan setelah pemasangan.

5. Kondom

Kondom dapat digunakan setiap saat, tidak ada pengaruhnya terhadap laktasi.

6. Klien tidak menyusui

a) Kondom dan MAL dapat segera digunakan.

b) Kontrasepsi hormonal dapat dimulai 3 minggu pascapersalinan, lebih dari 6 minggu pascapersalinan atau sesudah mendapat haid (setelah yakin tidak ada kehamilan).

**g. KB IUD Post Placenta**

1. Pengertian

IUD (*Intra Uterine Device*) atau Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) merupakan alat kontrasepsi terbuat dari plastik yang fleksibel dipasang dalam rahim dan merupakan kontrasepsi yang paling ideal untuk ibu pasca persalinan dan menyusui karena tidak menekan produksi ASI. Kontrasepsi IUD merupakan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP), dan dapat segera digunakan segera setelah persalinan sehingga ibu tidak cepat hamil lagi (minimal 3-5 tahun) dan memiliki waktu merawat kesehatan diri sendiri, anak dan keluarga. Penyuluhan pemilihan metode kontrasepsi ini dapat dilakukan sejak kunjungan kehamilan sampai dengan persalinan, sehingga ibu setelah bersalin atau keguguran, pulang ke rumah sudah menggunakan salah satu kontrasepsi.

IUD merupakan pilihan kontrasepsi pascasalin yang aman dan efektif untuk ibu yang ingin menjarangkan atau membatasi kehamilan. Kontrasepsi IUD yang dipasang segera setelah persalinan disebut dengan IUD Post Plasenta. IUD Post plasenta adalah pemasangan IUD yang dilakukan 10 menit setelah plasenta lahir pada persalinan normal atau sebelum penjahitan uterus pada tindakan Seksio Sesaria.



## 2. Efektifitas IUD post placenta

IUD langsung efektif segera setelah pemasangan, IUD Post Placenta tidak menambah resiko infeksi , perforasi dan perdarahan, serta memperkecil resiko eksplusi jika dilakukan oleh tenaga medis terlatih . Periode pasca persalinan langsung (48 jam setelah melahirkan) adalah waktu yang ideal untuk KB karena:

1. Pasti tidak hamil
2. Sangat termotivasi untuk memulai metode kontrasepsi pada saat tersebut
3. Setelah pulang disibukkan merawat bayinya sehingga lupa untuk KB

## 3. Cara pemasangan IUD post plasenta

Cara memasang IUD post Placenta adalah mempersiapkan IUD kemudian masukan IUD ke dalam fundus uteri selama 10 menit segera setelah placenta lahir dengan cara tangan penolong telah menjepit IUD diujung jari tengah dan telunjuk yang kemudian menyusuri sampai ke fundus. Memastikan IUD diletakan di Fundus dengan tangan kiri penolong memegang fundus dan menekan di bawah.

## 4. Pemantauan Setelah Pemasangan Post Placenta

Bila terjadi ekplusi IUD dapat di pasang kembali dan pemantaun IUD dapat dilakukan 1 minggu pasca pemasangan setiap tahun atau bila terdapat keluhan seperti nyeri, perdarahan, demam. Ibu kontrol kembali setelah 40 hari masa nifas selesai.

## 5. Efek Samping

Efek samping pemasangan AKDR post placenta yaitu Kram selama beberapa hari, bercak/ flek selama beberapa minggu dan haid lebih lama dan lebih banyak

## 7. Imunisasi

### a) Imunisasi Dasar

Imunisasi merupakan salah satu upaya untuk mencegah terjadinya penyakit menular dan juga salah satu upaya untuk menurunkan angka kematian pada anak. Oleh karena itu upaya imunisasi perlu terus ditingkatkan untuk mencapai tingkat kekebalan masyarakat yang tinggi sehingga Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) dapat dieradikasi, dieliminasi dan direduksi melalui pelayanan imunisasi yang semakin efektif, efisien dan berkualitas.<sup>71</sup>

#### 1) Pemberian Imunisasi HB0

Untuk meningkatkan kekebalan tubuh bayi/anak perlu diberikan imunisasi Hepatitis. Vaksin hepatitis berupa vaksin virus recombian yang telah diinaktivasikan dan bersifat noninfectiuos yang berasal dari HbsAG.

##### a) Jumlah pemberian dosis

Pemberian imunisasi Hepatitis B sebanyak 4 kali (dosis). Setiap kali pemberian dosisnya 0,5 ml atau 1 (buah) HB PID.

##### b) Usia pemberian

Dosis pertama diberikan pada usia 0 – 7 hari dan dosis berikutnya diberikan pada usia 2, 3 bulan dan 4 bulan (dengan interval 4 minggu /1 bulan).

##### c) Lokasi penyuntikan

Disuntikkan secara intramuskuler sebaiknya pada anterolateral paha.

##### d) Efek samping

Reaksi lokal seperti rasa sakit, kemerahan dan pembengkakan di sekitar tempat penyuntikan. Reaksi yang terjadi bersifat ringan dan biasanya hilang setelah 2 hari.

##### e) Penanganan efek samping

1. Orang tua dianjurkan untuk memberikan minum lebih banyak (ASI atau sari buah).

2. Jika demam pakaikan pakaian yang tipis.
3. Bekas suntikan yang nyeri dapat dikompres air dingin.
4. Jika demam berikan paracetamol 15 mg/kgBB setiap 3–4 jam (maksimal 6 kali dalam 24 jam).
5. Bayi boleh mandi atau cukup diseka dengan air hangat.

f) Kontra indikasi

Penderita infeksi berat yang disertai kejang.<sup>72</sup>

2) Pemberian Imunisasi BCG

Vaksin BCG merupakan vaksin beku kering yang mengandung *Mycobacterium bovis* hidup yang dilemahkan (*Bacillus Calmette Guerin*).

a) Cara pemberian dan dosis

Dosis pemberian yaitu 0,05 ml, sebanyak 1 kali. Disuntikkan secara intrakutan di daerah lengan kanan atas (insertio musculus deltoideus), dengan menggunakan ADS 0,05 ml.

b) Efek samping

Umumnya 2–6 minggu setelah imunisasi BCG daerah bekas suntikan timbul bisul kecil (papula) yang semakin membesar dan dapat terjadi ulserasi dalam waktu 2–4 bulan, kemudian menyembuh perlahan dengan menimbulkan jaringan parut dengan diameter 2–10 mm.

c) Penanganan efek samping

Apabila ulkus mengeluarkan cairan perlu dikompres dengan cairan antiseptik. Apabila cairan bertambah banyak atau koreng semakin membesar anjurkan orangtua membawa bayi ke dokter.

d) Kontra indikasi

Tidak bisa diberikan pada anak yang berpenyakit TB atau menunjukkan Mantoux positif.<sup>72</sup>

### 3) Pemberian Imunisasi Polio

#### a) Cara pemberian dan dosis

Disuntikkan secara intra muskular atau subkutan dalam, dengan dosis pemberian 0,5 ml.

#### b) Usia pemberian

Dari usia 2 bulan, 3 suntikan berturut-turut 0,5 ml harus diberikan pada interval satu atau dua bulan.

#### c) Efek samping

Reaksi lokal pada tempat penyuntikan: nyeri, kemerahan, indurasi dan bengkak bisa terjadi dalam waktu 48 jam setelah penyuntikan dan bisa bertahan selama satu atau dua hari.

#### d) Penanganan efek samping

1. Orangtua dianjurkan untuk memberikan minum lebih banyak (ASI atau sari buah).
2. Jika demam pakaikan pakaian yang tipis.
3. Bekas suntikan yang nyeri dapat dikompres air dingin.
4. Jika demam berikan paracetamol 15 mg/kgBB setiap 3–4 jam (maksimal 6 kali dalam 24 jam)
5. Bayi boleh mandi atau cukup diseka dengan air hangat.
6. Kontra indikasi
7. Sedang menderita demam, penyakit akut atau penyakit kronis progresif.
8. Hipersensitif pada saat pemberian vaksin ini sebelumnya.
9. Penyakit demam akibat infeksi akut: tunggu sampai sembuh.
10. Alergi terhadap *Streptomycin*.<sup>71</sup>

### 4) Pemberian Imunisasi DPT-HB-Hib

Vaksin DTP-HB-Hib digunakan untuk pencegahan terhadap difteri, tetanus, pertusis (batuk rejan), hepatitis B, dan infeksi *Haemophilus influenzae* tipe b secara simultan.

a) Cara pemberian dan dosis

Vaksin harus disuntikkan secara intramuskular pada anterolateral paha atas. Satu dosis anak adalah 0,5 ml.

b) Efek samping

Reaksi lokal sementara seperti bengkak, nyeri dan kemerahan pada lokasi suntikan disertai demam dapat timbul dalam sejumlah besar kasus.

c) Penanganan efek samping

1. Jika demam pakaikan pakaian yang tipis.
2. Bekas suntikan yang nyeri dapat dikompres air dingin.
3. Jika demam berikan paracetamol 15 mg/kgBB setiap 3–4 jam (maksimal 6 kali dalam 24 jam).
4. Jika reaksi memberat dan menetap bawa bayi ke dokter.

d) Kontra indikasi

Kejang atau gejala kelainan otak pada bayi baru lahir atau kelainan saraf serius.<sup>71</sup>

5) Pemberian Imunisasi Campak

Campak merupakan salah satu penyakit yang dapat dicegah dengan cara imunisasi (PD3I).

a) Jumlah pemberian dan dosis

Pada bayi imunisasi campak diberikan hanya 1 kali dengan dosis pemberian 0,5 ml.

b) Usia pemberian

Imunisasi campak pada bayi diberikan pada usia 9 – 11 bulan.

c) Lokasi pemberian

Disuntikan secara subcutan pada lengan kiri atau anterolateral paha.

d) Efek samping

Hingga 15% pada pasien dapat mengalami demam ringan dan kemerahan selama 3 hari yang terjadi 8 -12 hari setelah vaksinasi.

- e) Penanganan efek samping
  1. Jika demam pakaikan pakaian yang tipis.
  2. Bekas suntikan yang nyeri dapat dikompres air dingin.
  3. Jika demam berikan paracetamol 15 mg/kgBB setiap 3–4 jam (maksimal 6 kali dalam 24 jam).
  4. Bayi boleh mandi atau cukup diseka dengan air hangat.
  5. Jika reaksi tersebut berat dan menetap bawa bayi ke dokter.
- f) Kontra indikasi
  1. Individu yang mengidap penyakit *immune deficiency* atau individu yang diduga menderita.
  2. Gangguan respons imun karena leukemia, limfoma.

### C. Teori Kewenangan Bidan

#### 1. Undang undang No 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan <sup>739</sup>

Pasal 22 ayat (1) tentang Penyelenggaraan upaya kesehatan meliputi Kesehatan ibu, bayi dan anak, remaja dewasa dan lanjut usia .

Pasal 40 tentang kesehatan ibu

ayat 1 upaya kesehatan ibu ditujukan untuk melahirkan anak yang sehat ,cerdas, berkualitas serta menurunkan angka kematian ibu.

Ayat 2 upaya kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat 1 dilakukan pada masa sebelum hamil, masa kehamilan, persalinan dan pasca persalinan.

Ayat 3 setiap ibu berhak memperoleh akses ke fasilitas pelayanan kesehatan dan pelaynan kesehatan yang sesuai dengan standar, aman,bermutu dan terjangkau.

Pasal 41 tentang kesehatan bayi dan anak

Ayat 1 Upaya kesehatan bayi dan anak ditujukan untuk menjaga bayi dan anak tumbuh dan berkembang sengan sehat ,cerdas dan berkualitas serta menurunkan angka kesakitan, kematian dan disabilitas bayi dan ank.

Ayat 2 kesehatan bayi dan anak dilakukan sejak masih sebelum dalam kandungan, dilahirkan setelah dilahirkan, sampai seblum berusia 18 tahun

Ayat 3 upaya kesehatan bayi dan anak sebagaimana dimaksud pada ayat 2 termasuk skrining bayi baru lahir dan skrining kesehatan lainnya.

Pasal 63 tentang Keluarga Berencana

Ayat 1 upaya kesehatan keluarga berencana ditujukan untuk mengatur kehamilan, membentuk generasi yang sehat, cerdas dan berkualitas serta menurunkan angka kematian ibu dan bayi.

Ayat 2 upaya kesehatan keluarga berencana yang dimaksud pada ayat 1 dilakukan pada usia subur

Ayat 3 setiap orang berhak memperoleh akses pelayanan keluarga berencana.

## **2. Permenkes Republik Indonesia No 28 Tahun 2017 tentang Izin Penyelenggaraan Praktik Bidan<sup>10</sup>**

Pasal 18

Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan:

- a. pelayanan kesehatan ibu;
- b. pelayanan kesehatan anak; dan
- c. pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

Pasal 19

(1) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf a diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.

(2) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan:

- a. konseling pada masa sebelum hamil;
- b. antenatal pada kehamilan normal;
- c. persalinan normal; ibu nifas normal;
- d. ibu menyusui; dan
- e. konseling pada masa antara dua kehamilan.

(3) Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Bidan berwenang melakukan:

- a. episiotomi;
- b. pertolongan persalinan normal;
- c. penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II;
- d. penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan;
- e. pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil;
- f. pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas;
- g. fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif; pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum;
- h. penyuluhan dan konseling;
- i. bimbingan pada kelompok ibu hamil; dan
- j. pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.

Pasal 20

- (1) Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf b diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak prasekolah.
- (2) Dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bidan berwenang melakukan:
  - a. pelayanan neonatal esensial;
  - b. penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan;
  - c. pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah;
  - d. konseling dan penyuluhan.
- (3) Pelayanan neonatal esensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a meliputi inisiasi menyusui dini, pemotongan dan perawatan tali pusat, pemberian suntikan Vit K1, pemberian imunisasi B0, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pemantauan tanda bahaya, pemberian tanda identitas diri, dan merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil dan tepat waktu ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang lebih mampu.



- (4) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b meliputi:
- a. penanganan awal asfiksia bayi baru lahir melalui pembersihan jalan nafas, ventilasi tekanan positif, dan/atau kompresi jantung; penanganan awal hipotermia pada bayi baru lahir dengan BBLR melalui penggunaan selimut atau fasilitasi dengan cara menghangatkan tubuh bayi dengan metode kangguru;
  - b. penanganan awal infeksi tali pusat dengan mengoleskan alkohol atau povidon iodine serta menjaga luka tali pusat tetap bersih dan kering; dan
  - c. membersihkan dan pemberian salep mata pada bayi baru lahir dengan infeksi gonore (GO).
- (5) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c meliputi kegiatan penimbangan berat badan, pengukuran lingkar kepala, pengukuran tinggi badan, stimulasi deteksi dini, dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang balita dengan menggunakan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP).
- (6) Konseling dan penyuluhan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d meliputi pemberian komunikasi, informasi, edukasi (KIE) kepada ibu dan keluarga tentang perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, tanda bahaya pada bayi baru lahir, pelayanan kesehatan, imunisasi, gizi seimbang, PHBS, dan tumbuh kembang.

#### Pasal 21

Dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 huruf c, Bidan berwenang memberikan:

- a. penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana; dan
- b. pelayanan kontrasepsi oral, kondom, dan suntikan

### **3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 Tentang Standar Asuhan Kebidanan**

Sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan memberikan asuhan kebidanan yang bersifat holistik, humanistik berdasarkan evidence based dengan pendekatan manajemen asuhan kebidanan, dan memperhatikan aspek fisik, psikologi, emosional, sosial budaya, spiritual, ekonomi, dan lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi perempuan, meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif sesuai kewenangannya dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan.<sup>74</sup>

Standar Kompetensi Bidan yang disusun ini, merupakan penyempurnaan dari Standar Kompetensi Bidan dan ruang lingkup praktik kebidanan yang tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 369/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Bidan dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan. Bidan memiliki pengetahuan yang diperlukan untuk memberikan asuhan yang berkualitas dan tanggap budaya sesuai ruang lingkup asuhan:

- 1) Bayi Baru Lahir (Neonatus).
- 2) Bayi, Balita dan Anak Prasekolah.
- 3) Remaja.
- 4) Masa Sebelum Hamil.
- 5) Masa Kehamilan.
- 6) Masa Persalinan.
- 7) Masa Pasca Keguguran.
- 8) Masa Nifas.
- 9) Masa Antara.
- 10) Masa Klimakterium.
- 11) Pelayanan Keluarga Berencana.
- 12) Pelayanan Kesehatan Reproduksi dan Seksualitas Perempuan.