

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

1. Kehamilan

a. Kunjungan Tanggal 20 Januari 2024

Pada tanggal 20 Januari 2024, Ny. R datang bersama suaminya ke PMB Suprihatin setelah dilakukan perjanjian untuk menjadi pasien *Continuity of Care*. Ibu bersedia untuk diberikan asuhan dari hamil hingga menggunakan alat kontrasepsi. Ini adalah pemeriksaan yang ke 7. Dilakukan pengkajian data dan anamnesa. Hasil anamnesa Ny. R usia 19 tahun 9 bulan (Tanggal Lahir 06 April 2004) seorang ibu rumah tangga dengan usia kehamilan 35 minggu 5 hari. Ibu beralamat di Watupecah, Pondokrejo, Tempel, Sleman. Saat ini ibu mengatakan tidak ada keluhan. Pendidikan terakhir Ny. R yaitu SMK dan bekerja sebagai ibu rumah tangga. Sedangkan suami Ny. R yaitu Tn. I usia 21 tahun dengan Pendidikan terakhir yaitu SMP dan bekerja sebagai buruh dengan penghasilan sebulan sekitar 1-2 juta per bulan.

Riwayat menstruasi *Menarche* umur 12 tahun, siklus haid 28-30 hari, teratur lama haid 7 hari kadang ada nyeri haid. Ganti pembalut 3-4 kali sehari. HPHT (Hari Pertama Mens Terakhir) pada tanggal 15 Mei 2023. Riwayat pernikahan sah, menikah kurang lebih sudah 10 bulan. Ini merupakan kehamilan yang pertama sebelumnya tidak pernah mengalami keguguran. Untuk riwayat kontrasepsi Ny. R tidak pernah menggunakan kontrasepsi jenis apapun sebelumnya. Status imunisasi TT Ny. R yaitu sudah mendapatkan imunisasi TT5.

Riwayat kesehatan Ny. R tidak sedang dan tidak pernah menderita penyakit menular seperti TBC, HIV, penyakit menurun dan menahun seperti DM, Asma dan hipertensi. Di keluarga tidak ada yang menderita penyakit menular seperti TBC dan HIV, menurun dan

menahun seperti DM, Asma dan hipertensi serta tidak ada riwayat kelahiran kembar.

Pemenuhan nutrisi sehari makan 3 kali nasi dengan lauk dan kadang makan buah. Ny. R sangat jarang mengonsumsi sayuran karena tidak begitu suka sayur. Konsumsi minum air putih 7-8 gelas sehari dan juga minum teh manis 1 gelas. Aktivitas sehari-hari adalah sebagai ibu rumah tangga mengerjakan pekerjaan rumah seperti menyapu, mengepel, masak, cuci baju dan setrika dan membantu pekerjaan orang tua di rumah. Ny.R tinggal serumah dengan orang tuanya. Pola eliminasi BAB 1 hari sekali dan kadang dua atau tiga hari sekali, pola istirahat tidur malam 6-8 jam dan tidur siang 1-2 jam. Secara psikososial Ibu dan suami serta keluarga mengatakan mendukung kehamilan Ny. R.

Hasil pengkajian data objektif dilakukan melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi diperoleh hasil kondisi fisik Ny. R secara umum normal, tidak ada masalah dan keluhan. Hasil pengukuran BB saat periksa 55 kg, BB ibu sebelum hamil 46 kg, TB 155 cm, Lila 24,6 cm, TD 90/70 mmHg. Status gizi kategori berat badan normal dengan nilai IMT 22,89 kg/m².

Hasil pemeriksaan fisik bagian kepala normal tidak ada kelainan, bentuk wajah simetris, bagian leher tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, bagian ekstremitas tangan dan kaki bentuk simetris tidak oedema/bengkak, tidak ada kelainan. Hasil palpasi abdomen, tinggi fundus 25 cm, pada perut ibu bagian atas teraba bagian bulat lunak tidak melenting, pada perut ibu bagian kanan teraba bagian yang keras seperti papan, pada bagian perut bagian kiri teraba bagian-bagian terkecil janin, di perkirakan adalah ekstremitas janin, pada bagian perut bagian bawah teraba bagian bulat, keras dan tidak melenting, dan dapat di goyangkan, diperkirakan kepala belum masuk pintu atas panggul. Denyut jantung janin 146 x/menit. Hasil pemeriksaan penunjang pada tanggal 18 Desember 2023 Hb 9,8 gr/dl. Tanggal 4

september 2023, Hb 10,3 gr/dl, GDS 76, urine reduksi dan protein negatif (-).

Ny. R diberikan Tablet Fe 10 butir di minum satu kali sehari pada malam hari dan kalsium 10 butir di minum pagi hari. Ibu diberikan KIE tentang tanda bahaya anemia, disarankan untuk melakukan pemeriksaan ulang untuk mengetahui Hb Ny.R di Puskesmas Tempel pada tanggal 29 Januari 2024 atau jika tablet tambah darah habis.

b. Kunjungan tanggal 30 Januari 2024

Pada tanggal 30 Januari 2024 melakukan kunjungan rumah. Ny. R tadi pagi melakukan kontrol kehamilan ke Puskesmas dan dilakukan evaluasi pemeriksaan Hb. Hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa Ny. R mengalami penurunan HB sehingga Hb Ny.R saat ini sebesar 8,5 gr/dl. Usia kehamilan ibu saat ini yaitu 37 minggu satu hari.

Pada saat kunjungan rumah, Ny.R mengatakan tidak ada keluhan. Tekanan darah Ny. R yaitu 105/64 mmHg, Nadi 84 x/mnt, suhu 36,3°C, Respirasi 20 x/mnt dan berat badan 56 kg. Pemeriksaan mata didapatkan tampak sklera berwarna putih, konjungtiva merah muda dan ibu tampak pucat. Ekstremitas baik tidak ada oedema atau varises.

Memberikan KIE menggunakan leaflet mengenai Anemia dalam Kehamilan. Meminta ibu untuk menjelaskan ulang yang telah disampaikan dan ibu mengerti mengenai anemia dalam kehamilan. Ny. R akan berusaha menaikkan nilai Hb. Ny.R akan berusaha juga mau mengonsumsi sayur dan makanan yang dapat menaikkan nilai Hb. Mengingatkan ibu untuk tetap mengonsumsi tablet tambah darah. Ternyata ibu tidak mengonsumsi habis tablet tambah darah yang telah diberikan.

c. Kunjungan tanggal 10 Februari 2024

Pada tanggal 10 Februari 2024 melakukan kunjungan rumah pada sore hari. Ny. R tadi pagi ternyata melakukan pemeriksaan kehamilan dengan keluhan gigi sakit dan belum ada tanda-tanda persalinan. Ibu mengatakan melakukan pemeriksaan di Bidan Praktik Mandiri. Ny. R

mendapatkan terapi dari bidan yaitu obat Paracetamol untuk diminum 3 kali/ hari.

Hasil pemeriksaan kunjungan rumah yaitu tekanan darah ibu 100/70 mmHg, nadi 78 x/menit, suhu 36,4°C, respirasi 20 x/mnt. Berat badan Ny. R yaitu 55 kg. Usia kehamilan Ny.R saat ini yaitu 38 minggu 5 hari.

Memberikan edukasi kepada ibu apabila ibu setelah mengonsumsi obat paracetamol sudah habis sebaiknya segera diperiksakan ke dokter gigi. Menjelaskan tanda-tanda persalinan dan memberikan edukasi menggunakan leaflet mengenai KB IUD post Plasenta serta memberikan edukasi supaya ibu semangat untuk mengejar Hb normal dengan mengonsumsi makanan yang dapat menambah darah dan mengonsumsi tablet tambah darah.

d. Memantau melalui WhatsApp tanggal 20 Februari 2024

Saat ini usia kehamilan Ny. R yaitu 40 minggu 1 hari. Menanyakan kondisi Ny.R dan ternyata Ny.R belum mengalami tanda-tanda persalinan. Ny. R mengatakan sudah periksa kehamilan. Tanggal 15 Februari Ny. R melakukan pemeriksaan kehamilan (39 minggu 3 hari) di Puskesmas. Hasil pemeriksaan di puskesmas yaitu TD: 100/69 mmHg, berat badan sebesar 57,8 kg, TFU: 31 cm, presentasi kepala, dan kepala sudah masuk panggul, DJJ: 148 x/mnt. Ny R dilakukan pemeriksaan Hb didapatkan hasil 8,8 gr/dl.

e. Memantau melalui WhatsApp tanggal 25 Februari 2024

Menanyakan kondisi perkembangan Ny.R namun tidak ada jawaban.

f. Memantau melalui WhatsApp tanggal 29 Februari 2024

Menanyakan kondisi perkembangan Ny. R namun tidak ada jawaban.

g. Memantau melalui WhatsApp tanggal 2 Maret 2024 dan kunjungan rumah

Melakukan janji untuk kunjungan rumah namun tidak ada jawaban, kemudian langsung datang ke rumah Ny.R dan bertemu ibunya. Ibu Ny. R mengatakan bahwa Ny. R belum melahirkan karena

belum ada tanda-tanda persalinan. Ibu Ny.R mengatakan bahwa perkiraan persalinan menurut dokter sekitar pertengahan Maret. Memberitahu ibu bahwa saat ini usia kehamilan Ny. R yaitu 41 minggu 5 hari. Meminta ibu untuk menyampaikan kepada Ny.R bahwa Ny. R sebaiknya segera melakukan pemeriksaan kehamilan ke dokter untuk dilakukan USG dan mengetahui keadaan kehamilan Ny.R serta meminta ibu untuk memantau agar Ny. R nutrisinya terpenuhi dan juga mengonsumsi tablet tambah darah.

2. Persalinan

Tanggal 5 Maret 2024 Ny. R bersama suami datang ke PMB Suprihatin memeriksakan kehamilan dengan keluhan kenceng-kenceng. Ny. R dianjurkan untuk melakukan persalinan di RS melalui IGD. Ny. R dan suami berpatokan HPL sekitar pertengahan Maret karena hasil dari USG Puskesmas sehingga mereka benar-benar menunggu kenceng-kenceng tiba lalu datang ke fasilitas kesehatan.

Pada tanggal 6 Maret 2024 Ny.R bersama suami datang ke IGD RSUD Sleman kemudian dilakukan pemeriksaan USG dengan hasil janin tunggal, memanjang, preskep, DJJ (+), gerak (+), plasenta di korpus anterior, air ketuban cukup, dan TBJ 2987gr.

Selain itu, dilakukan pemeriksaan darah dengan hasil yaitu Hb 10 gr/dl, HBsAg Non reaktif, dan GDS 85. Setelah itu ibu dilakukan induksi Misoprostol dan Ny. R mengalami kala II tidak maju. Ibu mengatakan merasa kelelahan lalu dilakukan Vacum Ekstraksi. Ibu mengalami ruptur perineum grade II.

Ny.R melahirkan pada tanggal 7 Maret 2024 pukul 12.35 WIB dengan usia kehamilan 42 minggu 3 hari. Data ini didapatkan dari ringkasan keluar Ny.R dari RSUD yang digunakan untuk kontrol.

3. Bayi Baru Lahir dan Neonatus

Pada tanggal 7 Maret 2024 pukul 12.35 WIB bayi lahir secara Vakum ekstraksi atas indikasi kala II tak maju dengan jenis kelamin laki-laki. Bayi lahir langsung menangis. Berat badan 3050 gram, panjang badan 49 cm,

lingkar kepala 37 cm, lingkar dada 32 cm, lingkar perut 30 cm, dan lila 11 cm. Terapi yang diterima bayi yaitu injeksi Vitamin K 1 mg secara IM di paha kiri dan pencegahan infeksi mata menggunakan gentamicyn 1%. Ibu mengatakan bayi lahir dan nafas tidak teratur kemudian di rawat di RSUD untuk diberikan terapi oksigen. Bayi di rawat hingga tanggal 14 Maret 2024. Sebelum pulang, bayi diberikan imunisasi Hb 0.

Pada tanggal 17 Maret 2024 dilakukan kunjungan rumah. Usia bayi yaitu 10 hari. Hasil pemeriksaan yaitu tidak ada ikterik, denyut jantung: 121x/menit dan respirasi: 46x/menit dan suhu 36,5°C. Berat badan terakhir 3.080 gram (14 Maret 2024). Memberikan KIE tentang asi eksklusif kepada Ny. R dan keluarga serta menjelaskan dan mengajarkan teknik menyusui. Menganjurkan kepada Ny. R untuk menyendawakan bayinya setelah menyusui dan mengajarkan cara menyendawakan bayi. Menganjurkan untuk tetap rutin menjemur bayinya setiap pagi antara jam 06.30-09.00 selama 15-30 menit, serta menjelaskan tanda bahaya neonatus.

Tanggal 7 April dilakukan kunjungan rumah. Hasil pemeriksaan bayi tidak ada ikterik, denyut jantung 111 kali/mnt, respirasi 42 kali/mnt, dan suhu 36,6°C, dan bayi tidak ada tanda bahaya. Mengingatkan ibu untuk bayi diberikan imunisasi BCG boleh di puskesmas, di Bidan praktik ataupun di RS.

4. Nifas

Kunjungan pada tanggal 17 Maret 2024 dilakukan kunjungan rumah. Ny R saat ini nifas hari ke 10 keluhan masih takut untuk BAB karena takut jahitan lepas selama ini ibu BAB sempat 3 hari sekali dan kadang menggunakan pelancar BAB. Keluhan lain yang dirasakan yaitu kadang merasa nyeri di area bekas luka jahitan. Hasil pemeriksaan kunjungan rumah yaitu tekanan darah 90/70 mmHg, nadi 78 kali/menit, suhu 36,3°C, dan respirasi 20 kali/menit, TFU tidak teraba, dan perdarahan normal berwarna merah jambu kekuningan (lokhea serosa), Ny. R tidak ada tanda-tanda infeksi. Hasil pemeriksaan fisik kondisi mata tidak anemis, muka

tidak oedema, leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis, payudara puting menonjol dan ASI sudah keluar banyak. Menganjurkan ibu untuk tetap BAB tidak perlu takut jahitan lepas, ibu juga harus mengonsumsi nutrisi seimbang, diperbanyak makanan berserat seperti sayur dan buah. Menganjurkan ibu untuk tetap menyusui bayinya secara Eksklusif dan meminta ibu untuk mempraktikkan menyusui kemudian menjelaskan posisi menyusui yang benar. Pada kunjungan ini ibu bercerita kadang kalua malam menangis seperti bertanya dalam diri apakah bisa menjalani dan merawat bayi ini. Ibu tinggal Bersama orang tuanya, suaminya kadang pulang seminggu sekali atau dua kali karena bekerja.

Kunjungan tanggal 7 April 2024 dilakukan kunjungan rumah. Keluhan yang dirasakan Ny. R yaitu ibu masih belum lancar BAB. Kadang seminggu sekali. Ibu mengatakan masih jarang makan sayur dan buah karena tidak begitu suka dan ibu tidak mau dipaksa. Pernah satu kali ketika ibu BAB mengeluarkan darah karena BAB keras sehingga ibu memakai obat pelancar BAB. Namun terkadang ketika sudah menggunakan pelancar BAB kadang tetap tidak merasakan mules. Ny. R juga mengatakan masih takut untuk BAB karena takut jahitan lepas. Hasil pemeriksaan tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 81 kali/menit, respirasi 20 kali/menit, suhu 36,2 °C. Hasil pemeriksaan fisik kondisi mata tidak anemis, muka tidak oedema, leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis, ASI sudah keluar banyak, tinggi fundus uteri tidak teraba, lochea alba.

5. Keluarga Berencana

Ny. R mengatakan ingin menggunakan IUD pasca melahirkan. Tapi dari pihak rumah sakit menganjurkan untuk dipasang di Puskesmas. Kemudian Ny. R ke Puskesmas dan diminta kembali untuk pemasangan KB IUD setelah masa nifas. Ny.R di jadwalkan untuk pemasangan KB IUD pada tanggal 25 April 2024.

B. Kajian Teori

1. Konsep Dasar *Continuity of Care* (COC)

a. Definisi

Continuity of care dalam kebidanan merupakan serangkaian kegiatan pelayanan berkesinambungan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, serta keluarga berencana.¹⁸

Continuity of Care atau COC atau asuhan kebidanan berkesinambungan merupakan asuhan yang diberikan kepada masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir atau neonatus, serta pemilihan metode kontrasepsi atau KB secara komprehensif sehingga mampu untuk menekan AKI dan AKB.¹⁹

b. Filosofi

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. Siklus persalinan merupakan paket pelayanan yang meliputi pelayanan yang berkelanjutan selama hamil, bersalin dan pasca persalinan.

Continuity of care dalam pelayanan kebidanan dapat memberdayakan perempuan dan mempromosikan keikutsertaan dalam pelayanan mereka juga meningkatkan pengawasan pada mereka sehingga perempuan merasa di hargai.¹⁸

c. Jenis Pelayanan COC

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. Tidak semua pasien dapat mengasumsikan keaktifan perannya namun mereka dapat membuat akumulasi pengetahuan dari hubungan yang berkesinambungan untuk bisa mengerti terhadap pelayanan yang mereka terima.¹⁹

2. Kehamilan

a. Definisi

Kehamilan adalah mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi (pelepasan ovum), migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm.²⁰

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT). Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi.²¹

b. Tahapan dalam Kehamilan

Tahapan-tahapan dalam kehamilan, yaitu:²²

1) Trimester I (Usia 0-12 Minggu)

Tahap *embrio* berlangsung dari hari ke 15 sampai sekitar 8 minggu setelah konsepsi. Tahap ini merupakan masa yang paling kritis dalam perkembangan sistem organ dan penampilan luar utama janin. Daerah yang sedang berkembang, mengalami pembelahan sel yang sangat cepat dan rentan terhadap *melforasi* akibat *teratogen*. Penggunaan obat-obatan sangat perlu dibatasi dan berhati-hati untuk mencegah pengaruh yang tidak diinginkan terhadap buah kehamilan.

2) Trimester II (Usia 13-27 minggu)

Pada akhir usia kehamilan 20 minggu berat janin sekitar 340 gr dan panjang janin sekitar 16-17 cm. Ibu dapat merasakan gerakan bayi, sudah terdapat meconium didalam usus dan sudah terdapat verniks pada kulit.

3) Trimester III (28-40 minggu)

Pada usia kehamilan 28 minggu berat badan bayi lebih sedikit dari satu kilogram dan panjangnya 23 cm, janin mempunyai aktivitas dan periode tidur merespon suara dan melakukan gerakan pernafasan. Pada usia kehamilan 32 minggu berat bayi 1,7 kg dan panjangnya 28 cm, kulitnya mengkerut dan testis sudah turun ke skrotum pada bayi laki laki. Pada usia kehamilan 36-40 minggu, jika ibu mendapat gizi yang cukup, kebanyakan berat badan bayi antara 3 – 3,5 kg dan panjang 35 cm.

c. Perubahan Anatomi dan Fisiologi

1) System Reproduksi

a) Uterus

Pada kehamilan cukup bulan ketebalan dinding uterus awalnya 5 mm dan beratnya 2 ons menjadi lebih dari 2 pon. Kapasitas awal kurang dari 10 ml meningkat menjadi 5000 ml atau lebih.²³

Tabel 1 Tinggi Fundus Uteri Sesuai Usia Kehamilan

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

Sumber: Manuaba

Dalam memantau tumbuh kembang janin dengan mengukur Tinggi Fundus Uteri (TFU) dalam satuan sentimeter (cm) dengan alat pengukur metlin bahwa TFU sama dengan ± 2 cm dari usia kehamilan saat itu.²⁰

b) Vagina dan Vulva

Akibat peningkatan hormon estrogen, vagina dan vulva mengalami hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva akan berwarna tampak lebih cerah, agak kebiruan (livide).²⁰

2) Mammae

Mammae akan membesar, tegang, memiliki unsur laktogenik, dan memengaruhi sejumlah perubahan metabolik akibat adanya hormon somatomotropin korionik (human placental lactogen atau HPL). Progesteron dan estrogen juga menstimulasi melanosit sehingga puting dan areola mammae primer menjadi gelap. Pada usia kehamilan 12 minggu ke atas keluar cairan berwarna putih agak jernih dari puting yang disebut dengan kolostrum.²³

3) Sistem Muskuloskeletal

Ligamen pelvis mengalami relaksasi dalam pengaruh relaksin dan estrogen, yang memungkinkan pelvis meningkat kemampuan mengakomodasi bagian presentasi selama kala akhir kehamilan dan persalinan. Simfisis pubis akan melebar dan sendi sakro-koksigeal menjadi longgar, memungkinkan koksigs tergeser. Perubahan ini menyebabkan rasa tidak nyaman di punggung bawah seperti nyeri punggung bawah dan nyeri ligamen.²⁴

4) Traktus Urinaria

Pada akhir kehamilan, akan terjadi poliuria akibat kepala janin sudah mulai turun ke Pintu Atas Panggul (PAP) menekan kandung kemih dan disebabkan oleh adanya peningkatan

sirkulasi darah di ginjal pada kehamilan, sehingga filtrasi di glomerulus juga meningkat.²⁵

5) System 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.²⁵ 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.¹⁷

Tabel 2 Rekomendasi Penambahan Berat Badan Selama

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

Sumber: Saiffuddin, 2009

6) System Integumen

Pigmentasi kulit dipengaruhi oleh meningkatnya melanophore stimulating hormone (MSH) yang dikeluarkan oleh hipofisis anterior. Deposit pigmen ini dapat terjadi pada muka yang disebut kloasma gravidarum, areola mammae, linea alba, linea nigra dan pada perut seperti retak-retak yang disebut striae livide.²⁴

7) Perubahan Fisiologi Kehamilan Trimester III

Perubahan fisiologi masa kehamilan Trimester III, antara lain:²⁶

a) Minggu ke 28/bulan ke-7

Fundus berada dipertengahan antara pusat dan sifoudeus. Hemoroid mungkin terjadi. Pernapasan dada menggantikan pernapasan perut. Garis bentuk janin dapat dipalpasi. Rasa panas perut mungkin terasa.

b) Minggu ke 32/bulan ke-8

Fundus mencapai prosesus sifoideus, payudara penuh, dan nyeri tekan. Sering BAK mungkin kembali terjadi. Selain itu, mungkin juga terjadi dispnea.

c) Minggu ke-38/ bulan ke-9

Penurunan bayi ke dalam pelvis/panggul ibu (*lightening*). Plasenta setebal hampir 4 kali waktu usia kehamilan 18 minggu dan beratnya 0,5-0,6 kg. Sakit punggung dan sering BAK meningkat. *Braxton Hicks* meningkat karena serviks dan segmen bawah rahim disiapkan untuk persalinan.

d. Perubahan Psikologi Trimester III

Perubahan psikologis pada masa kehamilan Trimester III, yaitu:²⁷

- 1) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.
- 2) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu
- 3) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
- 4) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
- 5) Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya.
- 6) Merasa kehilangan perhatian
- 7) Perasaan mudah terluka (sensitif) & Libido menurun.

e. Tanda Bahaya Kehamilan

Deteksi dini gejala dan tanda bahaya selama kehamilan merupakan upaya terbaik untuk mencegah terjadinya gangguan yang serius terhadap kehamilan ataupun keselamatan ibu hamil.²⁸

1) Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan dibawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran. Sekitar 10-12% kehamilan akan berakhir dengan keguguran yang pada umumnya (60-80%) disebabkan oleh kelainan kromosom yang

ditemui pada spermatozoa ataupun ovum. Perdarahan pada kehamilan lanjut atau diatas 20 minggu pada umumnya disebabkan oleh plasenta previa. Perdarahan yang terjadi sangat terkait dengan luas plasenta dan kondisi segmen bawah rahim yang menjadi tempat implantasi plasenta tersebut. Pada plasenta yang tipis dan menutupi sebagian jalan lahir, maka umumnya terjadi perdarahan bercak berulang dan apabila segmen bawah rahim mulai terbentuk disertai dengan sedikit penurunan bagian terbawah janin, maka perdarahan mulai meningkat hingga tingkatan yang dapat membahayakan keselamatan ibu.

2) Pre-Eklamsia

Pada umumnya ibu hamil dengan usia kehamilan diatas 20 minggu disertai dengan peningkatan tekanan darah diatas normal sering diasosiasikan dengan pre-eklamsia. Data atau informasi awal terkait dengan tekanan darah sebelum hamil akan sangat membantu petugas kesehatan untuk membedakan hipertensi kronis (yang sudah ada sebelumnya) dengan pre-eklamsia. Gejala dan tanda lain dari pre-eklamsia adalah sebagai berikut:²⁹

- a) Hiperfleksia
- b) Sakit kepala atau sefalgia yang tidak membaik dengan pengobatan umum.
- c) Gangguan penglihatan seperti pandangan mata kabur, skotomata, silau atau berkunang – kunang.
- d) Nyeri epigastrik.
- e) Oliguria (luaran kurang dari 500 ml/jam).
- f) Tekanan darah sistolik 20 – 30 mmHg dan diastolik 10 – 20 mmHg di atas normal.
- g) Proteinuria (>+1)
- h) Edema menyeluruh.

3) Nyeri Hebat di Daerah Abdominopelvikum

Bila hal tersebut di atas terjadi pada kehamilan trimester kedua atau ketiga dan disertai dengan riwayat dan tanda dibawah ini, maka diagnosisnya mengarah pada solusio plasenta, baik dari jenis yang disertai perdarahan (*revealed*) maupun tersembunyi (*concealed*):²⁹

- a) Trauma abdomen.
- b) Preeklamsia.
- c) Tinggi fundus uteri lebih besar dari usia kehamilan (UK).
- d) Bagian – bagian janin sulit diraba.
- e) Uterus tegang dan nyeri.
- f) Janin mati dalam rahim.

Beberapa gejala dan tanda lain yang harus diwaspadai terkait dengan gangguan serius selama kehamilan adalah sebagai berikut:

- a) Muntah berlebihan yang berlangsung selama kehamilan.
- b) Disuria.
- c) Menggigil atau demam.
- d) Ketuban pecah dini atau sebelum waktunya.
- e) Uterus lebih besar atau lebih kecil dari Usia Kehamilan (UK) yang sesungguhnya.

Menurut buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), tanda bahaya kehamilan adalah sebagai berikut:³⁰

- a) Perdarahan pervaginam pada hamil mudah dan hamil tua.
- b) Sakit kepala yang hebat.
- c) Penglihatan kabur.
- d) Bengkak kaki, tangan dan wajah, atau sakit kepala disertai kejang.
- e) Keluar cairan pervaginam (Air ketuban keluar sebelum waktunya).
- f) Janin dirasakan kurang bergerak dibandingkan sebelumnya.

- g) Nyeri perut yang hebat
 - h) Demam tinggi.
 - i) Muntah terus dan tidak mau makan
- f. Kartu Skor Poedji Rochjati

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) adalah kartu skor yang digunakan sebagai alat skrining antenatal berbasis keluarga untuk menemukan faktor risiko ibu hamil, yang selanjutnya mempermudah pengenalan kondisi untuk mencegah terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan. KSPR disusun dengan format kombinasi antara checklist dari kondisi ibu hamil / faktor risiko dengan sistem skor. Kartu skor ini dikembangkan sebagai suatu teknologi sederhana, mudah, dapat diterima dan cepat digunakan oleh tenaga non-professional.²⁹

Fungsi dari KSPR adalah:

- 1) Melakukan skrining deteksi dini ibu hamil risiko tinggi.
- 2) Memantau kondisi ibu dan janin selama kehamilan.
- 3) Memberi pedoman penyuluhan untuk persalinan aman berencana (Komunikasi Informasi Edukasi/KIE).
- 4) Mencatat dan melaporkan keadaan kehamilan, persalinan, nifas.
- 5) Validasi data mengenai perawatan ibu selama kehamilan, persalinan, nifas dengan kondisi ibu dan bayinya.
- 6) Audit Maternal Perinatal (AMP) Sistem skor memudahkan pengedukasian mengenai berat ringannya faktor risiko kepada ibu hamil, suami, maupun keluarga.

Skor dengan nilai 2, 4, dan 8 merupakan bobot risiko dari tiap faktor risiko. Sedangkan jumlah skor setiap kontak merupakan perkiraan besar risiko persalinan dengan perencanaan pencegahan. Kelompok risiko dibagi menjadi 3 yaitu:

- 1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR): Skor 2 (hijau)
- 2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT): Skor 6-10 (kuning)
- 3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST): Skor \geq 12 (merah)

Terdapat 20 faktor risiko yang dibagi menjadi 3 kelompok faktor risiko pada penilaian KSPR.

- 1) Kelompok Faktor Risiko I (Ada Potensi Gawat Obstetrik)
 - a) Primi muda: terlalu muda, hamil pertama usia 16 tahun atau kurang
 - b) Primi tua: terlalu tua, hamil usia ≥ 35 tahun
 - c) Primi tua sekunder: jarak anak terkecil >10 tahun
 - d) Anak terkecil < 2 tahun: terlalu cepat memiliki anak lagi
 - e) Grande multi: terlalu banyak memiliki anak, anak ≥ 4
 - f) Umur ibu ≥ 35 tahun: terlalu tua
 - g) Tinggi badan ≤ 145 cm: terlalu pendek, belum pernah melahirkan normal dengan bayi cukup bulan dan hidup, curiga panggul sempit
 - h) Pernah gagal kehamilan
 - i) Persalinan yang lalu dengan Tindakan
 - j) Bekas operasi sesar
- 2) Kelompok Faktor Risiko II
 - a) Penyakit ibu: anemia, malaria, TBC paru, payah jantung, dan penyakit lain
 - b) Preeklampsia ringan
 - c) Hamil kembar
 - d) Hidramnion: air ketuban terlalu banyak
 - e) IUFD (Intra Uterine Fetal Death): bayi mati dalam kandungan
 - f) Hamil serotinus: hamil lebih bulan (≥ 42 minggu belum melahirkan) Letak sungsang
 - g) Letak Lintang
- 3) Kelompok Faktor Risiko III
 - a) Perdarahan Antepartum: dapat berupa solusio plasenta, plasenta previa, atau vasa previa
 - b) Preeklampsia berat/eclampsia

g. Faktor Risiko Usia Ibu kurang dari 20 Tahun (<20 tahun)

Kehamilan pada usia muda memiliki risiko lebih tinggi untuk terkena anemia dan hipertensi dalam kehamilan serta persalinan preterm dibandingkan dengan kehamilan pada kelompok wanita usia 20-35 tahun. Kehamilan yang terjadi pada kelompok usia ini seringkali tidak direncanakan, sehingga kemungkinan kecil untuk melakukan konseling preconsepsi maupun pemeriksaan antenatal berkala. Selain itu, perlu di curigai adanya penyakit menular seksual yang dapat mempengaruhi kehamilannya.

Kehamilan pada masa remaja dapat meningkatkan risiko kematian 2-4 kali lipat lebih tinggi dibandingkan Perempuan yang hamil pada usia 20-35 tahun. Demikian juga dengan risiko kematian bayi akan mencapai 30% lebih tinggi pada ibu yang hamil di usia remaja. Kehamilan pada masa remaja mempunyai risiko medis yang cukup tinggi, karena pada masa remaja alat reproduksi belum cukup matang untuk melakukan fungsinya. Uterus akan siap melakukan fungsinya setelah wanita berumur 20 tahun, karena pada usia ini fungsi hormonal akan bekerja maksimal. Pada usia 15-19 tahun, sistem hormonal belum stabil, sehingga proses kehamilan menjadi tidak stabil, mudah terjadi anemia, perdarahan, abortus atau kematian janin.³¹

h. Anemia dalam Kehamilan

1) Definisi

Anemia dalam kehamilan ialah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin di bawah 11 gr% pada trimester 1 dan 3 atau kadar <10,5 gr% pada trimester 2. Nilai batas tersebut dan perbedaannya dengan kondisi wanita tidak hamil yaitu terjadi hemodilusi, terutama pada trimester 2.³²

Nilai batas tersebut dan perbedaannya dengan wanita tidak hamil terjadi karena hemodilusi, terutama pada trimester 2. Darah akan bertambah banyak dalam kehamilan yang lazim disebut

hidremia atau hipervolemia. Akan tetapi, bertambahnya sel darah kurang dibandingkan dengan bertambahnya plasma sehingga terjadi pengenceran darah. Perbandingan tersebut adalah sebagai berikut: plasma 30%, sel darah 18% dan haemoglobin 19%.³³

Bertambahnya darah dalam kehamilan sudah dimulai sejak kehamilan 10 minggu dan mencapai puncaknya dalam kehamilan antara 32 dan 36 minggu. Secara fisiologis, pengenceran darah ini untuk membantu meringankan kerja jantung yang semakin berat dengan adanya kehamilan.³³

2) Etiologi

Anemia hanyalah suatu kumpulan gejala yang disebabkan oleh bermacam penyebab. Pada dasarnya anemia disebabkan oleh karena:³⁴

- a) Gangguan pembentukan eritrosit oleh sumsum tulang
 - (1) Kekurangan bahan esensial pembentukan eritrosit
 - (a) Anemia defisiensi zat besi
 - (b) Anemia defisiensi asam folat
 - (c) Anemia defisiensi vitamin B12
 - (2) Gangguan penggunaan (utilisasi) besi
 - (a) Anemia akibat penyakit kronik
 - (b) Anemia sideroblastic
 - (3) Kerusakan sumsum tulang
 - (a) Anemia aplastic
 - (b) Anemia mieloptisik
 - (c) Anemia pada keganasan hematologi
 - (d) Anemia diseritropoietik
 - (e) Anemia pada sindroma mielodisplastik
 - (4) Anemia akibat kekurangan eritropoietin: anemia pada gagal ginjal kronik
- b) Kehilangan darah keluar tubuh (hemoragi)
 - (1) Anemia pasca perdarahan akut

- (2) Anemia akibat perdarahan kronik
 - c) Proses penghancuran eritrosit dalam tubuh sebelum waktunya (hemolisis)
 - (1) Anemia hemolitik intrakorpuskuler:
 - (a) Gangguan membrane eritrosit (membranopati)
 - (b) Gangguan enzim eritrosit (ensimopai): defisiensi G6PD
 - (c) Gangguan hemoglobin (hemoglobinopati): seperti Thalassemia dan Hemoglobinopati structural: HbS, HbE, dll
 - (2) Anemia hemolitik ekstrakorpuskuler:
 - (a) Anemia hemolitik autoimun
 - (b) Anemia hemolitik mikroangiopatik
 - d) Anemia dengan penyebab tidak diketahui atau dengan pathogenesis yang kompleks
- 3) Patofisiologi

Pengenceran darah (hemodilusi) pada ibu hamil sering terjadi dengan peningkatan volume plasma 30%-40%, peningkatan sel darah merah 18%-30% dan hemoglobin 19%, secara fisiologi hemodilusi membantu meringankan kerja jantung. Hemodilusi terjadi sejak kehamilan 10 minggu dan mencapai maksimum pada usia kehamilan 24 minggu atau trimester II dan terus meningkat hingga usia kehamilan di trimester ke II.

Anemia pada ibu hamil dapat berdampak terganggunya kesehatan pada ibu hamil maupun janin yang sedang dikandungnya. Permasalahan kesehatan pada janin dan ibu hamil dari dampak anemia dapat berupa abortus, persalinan prematur, infeksi, dan perdarahan saat persalinan. Bahaya lainnya dapat menimbulkan resiko terjadinya kematian intrauteri, abortus, berat badan lahir rendah, resiko terjadinya cacat bawaan, peningkatan

resiko infeksi pada bayi hingga kematian perinatal atau tingkat intilegensi bayi rendah.³⁵

Ibu hamil dengan anemia biasanya muncul keluhan ibu hamil dengan anemia merasa lemah, lesu, letih, pusing, tenaga berkurang, pandangan mata berkunang-kunang terutama bila bangkit dari duduk. Selain itu, melalui pemeriksaan fisik akan di temukan tanda-tanda pada ibu hamil seperti: pada wajah di selaput lendir kelopak mata, bibir, dan kuku penderita tampak pucat. Bahkan pada penderita anemia yang berat dapat berakibat penderita sesak napas atau pun bisa menyebabkan lemah jantung.³⁵

4) Tanda dan Gejala

Secara klinik dapat dilihat ibu lemah, pucat, mudah pingsan, mata kunang-kunang, sementara pada tekanan darah masih dalam batas normal, perlu dicurigai anemia defisiensi. Untuk menegakkan diagnosa dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan melakukan pemeriksaan kadar hemoglobin.³³

Gejala anemia pada ibu hamil berdasarkan berat ringannya anemia yang diderita ibu hamil, yaitu:³⁶

a) Anemia Ringan (8-10 gr%)

Gejala: pusing, lemah lesu, mudah ngantuk, mudah pingsan, pada pemeriksaan fisik kelopak mata pucat, wajah, bibir dan lidah serta kuku pucat dan pada pemeriksaan laboratorium dengan menggunakan alat didapatkan kadar Hb <11 gr%.

b) Anemia Berat (<8 gr%)

Gejala: umumnya sama dengan anemia ringan, tetapi pada pemeriksaan fisik teraba pembesaran hati sedangkan pada pemeriksaan laboratorium Hb kurang dari 8 gr%.

Ada beberapa tingkatan anemia ibu hamil yang dialami ibu hamil menurut WHO, yaitu:

- a) Anemia ringan: anemia pada ibu hamil disebut ringan apabila kadar hemoglobin ibu 10,9 g/dl sampai 10 g/dl.
- b) Anemia sedang: anemia pada ibu hamil disebut sedang apabila kadar hemoglobin ibu 9,9 g/dl sampai 7,0 g/dl.
- c) Anemia berat: anemia pada ibu hamil disebut berat apabila kadar hemoglobin ibu berada < 7,0 g/dl.

Tanda dan gejala anemia bermula dengan berkurangnya konsentrasi Hb selama masa kehamilan mengakibatkan suplai oksigen keseluruhan jaringan tubuh berkurang sehingga menimbulkan tanda dan gejala anemia. Pada umumnya gejala yang dialami oleh ibu hamil anemia antara lain, ibu mengeluh merasa lemah, lesu, letih, pusing, tenaga berkurang, pandangan mata berkunang-kunang terutama bila bangkit dari duduk. Selain itu, melalui pemeriksaan fisik akan di temukan tanda-tanda pada ibu hamil seperti, pada wajah di selaput lendir kelopak mata, bibir, dan kuku penderita tampak pucat. Bahkan pada penderita anemia yang berat dapat berakibat penderita sesak napas atau pun bisa menyebabkan lemah jantung.³⁵

5) Penatalaksanaan

Berikut penanganan anemia dalam kehamilan menurut tingkat pelayanan:³⁷

a) Pondok Bersalin Desa (Polindes)

Anemia pada ibu hamil idealnya harus dideteksi dan ditangani sejak pelayanan kesehatan dasar. Di Desa ibu hamil perlu berkunjung ke Polindes untuk mengetahui kondisi kehamilannya dan mengetahui jika ibu hamil terjadi anemia.

Penanganan anemia di Polindes meliputi:

- (1) Membuat diagnosis klinik dan rujukan pemeriksaan laboratorium ke tingkat pelayanan yang lebih lengkap
- (2) Memberi terapi oral pada ibu hamil yang berupa pemberian tablet besi 90 mg/hari

(3) Penyuluhan gizi ibu hamil dan menyusui

b) Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)

Wewenang Puskesmas untuk menangani kasus anemia pada ibu hamil diantaranya dengan cara:

(1) Membuat diagnosis dan terapi

(2) Menentukan penyakit kronik (Malaria, TBC) dan penanganannya.

c) Rumah Sakit

Rumah sakit merupakan layanan kesehatan tingkat lanjutan jika puskesmas tidak dapat menangani kasus anemia pada ibu hamil. Wewenang Rumah Sakit dalam menangani kasus anemia pada ibu hamil meliputi:

(1) Membuat diagnosis dan terapi

(2) Diagnosis Thalasemia dengan elektroforesis HB, bila ibu pembawa sifat, perlu tes pada suami untuk menenukan resiko pada bayi.

3. Persalinan

a. Definisi

Ada beberapa ahli yang mengemukakan mengenai definisi persalinan, menurut Wiknjosastro 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.³⁸

Menurut Saifuddin persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin.²⁸

Adapun menurut Manuaba persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat

hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri).²¹

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa persalinan merupakan proses pengeluaran seluruh hasil konsepsi meliputi janin, plasenta, selaput dan air ketuban dari dalam uterus melalui jalan lahir dengan usia kandungan yang cukup bulan atau kondisi bayi dinilai sudah mampu hidup di luar kandungan, dengan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri).

b. Tahapan Persalinan

Dalam prosesnya, persalinan dibagi menjadi 4 kala yaitu kala I, kala II, kala III, dan kala IV

1) Kala I

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat, sehingga parturine masih dapat berjalan-jalan. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida 8 jam. Berdasarkan kurva fierdman, diperhitungkan pembukaan pada primigravida 1cm/jam dan pembukaan multigravida 2cm/jam, dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan.²¹

2) Kala II

Pada kala pengeluaran janin, his terkoordinasi kuat, cepat, dan lebih lama. Kepala janin telah turun dan masuk ke ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang melalui lengkung reflex yang menimbulkan rasa mencedan. Karena tekanan pada rectum, ibu merasakan seperti mau buang air besar, dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his kepala janin mulai tampak, vulva membuka, dan perineum meregang. Dengan his dan mencedan yang terpimpin akan lahir kepala, diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primigravida berlangsung selama

satu setengah jam sampai dua jam dan pada multigravida berlangsung setengah jam hingga satu jam.

Tanda dan gejala kala II:

- a) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi. Karena biasanya dalam hal ini kepala janin sudah masuk pintu atas panggul, maka pada his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencedan.
- b) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum atau vagiananya.
- c) Perineum menonjol
- d) Vulva vagina dan anus membuka.
- e) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah

Tanda pasti kala II ditentukan melalui pemeriksaan dalam (informasi objektif) yang hasilnya adalah: Pembukaan serviks telah lengkap, atau Terlihatnya bagian kepala bayi dilalui introitus vagina.

Bila dasar panggul sudah berelaksasi, kepala janin tidak masuk lagi diluar his, dan dengan his dan kekuatan mencedan maksimal kepala janin dilahirkan dengan suboksiput dibawah symphysis dan dahi, muka, dan dagu melewati perineum.²⁷

3) Kala III

Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat dan berisi plasenta yang menjadi dua kali lebih tebal dari sebelumnya. Beberapa saat kemudian timbul his pelepasan dan pengeluaran uri. Dalam waktu 5-10 menit, seluruh plasenta terlepas, terdorong kedalam vagina dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan dari atas simfisis atau fundus uteri. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir, pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah antara 100-200 cc.²⁶

4) Kala IV

Pimpin kala IV terutama observasi ketat, karena bahaya perdarahan post-partum primer terjadi pada dua jam pertama. Setelah plasenta lahir lakukan rangsangan taktil (masase uterus) yang bertujuan untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat. Lakukan evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokan. Umumnya, fundus uteri setinggi atau beberapa jari di bawah pusat. Kemudian perkirakan kehilangan darah secara keseluruhan periksa kemungkinan perdarahan dari robekan perineum. Lakukan evaluasi keadaan umum ibu dan dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama persalinan kala IV.²⁶

c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi proses persalinan dan akan menentukan berlangsungnya suatu persalinan, faktor tersebut ialah *power*, *passage*, dan *passenger*.

1) *Power* (Tenaga/Kekuatan)

Kekuatan mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otototot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligament. Kekuatan *power* yang diperlukan dalam persalinan adalah his, sedangkan sebagai kekuatan sekundernya adalah tenaga. His yang normal memiliki karakteristik yaitu kontraksi otot rahim mulai dari salah satu tanduk rahim, fundal abdomen dan menjalar ke seluruh otot rahim, kekuatannya seperti memeras isi rahim. Otot rahim yang telah berkontraksi tidak kembali ke panjang semula sehingga terjadi retraksi dan pembentukan segmen bawah rahim.²¹

His atau kontraksi uterus adalah kekuatan kontraksi uterus karena otototot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna, sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominan, dan relaksasi. Pembagian his dan sifat-sifatnya adalah:

- a) His pendahuluan. Merupakan his yang sifatnya tidak kuat, datangnya tidak teratur, menyebabkan keluarnya lendir darah.
- b) His pembukaan (kala I). Adalah his yang menyebabkan pembukaan serviks, kontraksi bersifat simetris, bagian fundus uteri sebagai pusat dan mempunyai kekuatan yang paling besar, involunter artinya tidak dapat diatur oleh ibu, intervalnya semakin lama semakin pendek, kekuatannya makin besar dan pada kala II diikuti dengan reflek mengejan, kontraksi ini diikuti retraksi artinya panjang otot rahim yang telah berkontraksi tidak akan kembali ke panjang semula. Kontraksi rahim ini menimbulkan rasa sakit pada pinggang, daerah perut, dan dapat menjalar ke paha.
- c) His pengeluaran (kala II) adalah his untuk mengeluarkan janin, sifatnya sangat kuat, teratur, simetris dan terkoordinasi. Kekuatan his ini menimbulkan putaran paksi dalam, penurunan kepala atau bagian terendah janin, menekan serviks dimana terdapat saraf fleksus frankenhauser sehingga terjadi reflex mengejan.
- d) His pengiring (kala IV) adalah his yang sifat kontraksinya tetap kuat, kekuatan kontraksi ini tidak diikuti oleh interval, pembuluh darah tertutup rapat dan terjadi kesempatan membentuk thrombus. Melalui kontraksi yang kuat dan pembentukan thrombus terjadi penghentian pengeluaran darah post-partum.²¹

Beberapa kasus pada proses persalinan sering dijumpai his yang tidak normal atau terjadi kelainan kontraksi otot rahim. Diantaranya inersia uteri, yaitu his yang sifatnya lemah, pendek, dan jarang baik itu terjadi di awal persalinan ataupun terjadi di tengah proses persalinan. Kelainan his yang kedua yaitu tetania uteri, his ini terjadi dengan terlalu kuat, sifat hisnya normal, kelainannya terletak pada kekuatan his. Kelainan his yang terakhir

yaitu his yang tidak terkoordinasi merupakan his yang frekuensinya dan kekuatannya berubah-ubah.³⁹

2) *Passanger* (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri atas panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, yaitu relatif kaku, oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai.¹³ Komponen yang sangat penting saat persalinan terdiri dari jalan lahir tulang dan jalan lahir lunak. Jalan lahir merupakan komponen yang tetap, artinya dalam konsep *obstetric modern* tidak diolah untuk melancarkan proses persalinan kecuali jalan lunak pada keadaan tertentu tanpa membahayakan janin.²¹

Jalan tulang mempunyai kriteria sebagai berikut:

- a) Pintu atas panggul dengan distansia (jarak) transversalis kanan kiri lebih panjang dari muka belakang.
- b) Mempunyai bidang tersempit dari spina ischiadika.
- c) Pintu atas panggul menjadi pintu bawah panggul
- d) Panjang jalan lahir depan sepanjang 4,5cm sedangkan panjang jalan lahir belakang 12,5cm.
- e) Secara keseluruhan jalan lahir merupakan corong yang melengkung ke dapan, mempunyai bidang sempit pada spina ischiadika, terjadi perubahan pintu atas panggul lebar kanan dan kiri menjadi pintu bawah panggul lebar ke depan dan belakang yang terdiri dari dua segitiga.

Kelainan jalan lahir selain terjadi akibat jalan tulang yang meliputi panggul ibu, juga terjadi akibat jalan lunak. Beberapa kelainan yang terjadi pada jalan lahir lunak diantaranya:

a) Serviks

- (1) Serviks yang kaku, terdapat pada primi tua primer atau sekunder atau serviks yang mengalami banyak cacat perlukaan (sikatrik).

- (2) Serviks gantung, ostium uteri internum terbuka, nemunostium uteri internum tidak dapat terbuka.
- (3) Edema serviks, terutama akibat kesempitan panggul, serviks terjepit antara kepala dan jalan lahir sehingga terjadi gangguan sirkulasi darah dari cairan yang menimbulkan edema serviks.
- (4) Serviks duplek karena kelainan kongenital.

b) Vagina

Kelainan seperti vagina septum atau tumor pada vagina.

c) Hymen dan Perineum

Kelainan pada hymen imperforata atau hymen pada perineum, terjadi kekakuan sehingga memerlukan tindakan episiotomi.²¹

3) *Passenger* (Janin dan Plasenta)

Yang termasuk *passenger* adalah janin dan plasenta. Cara penumpang (*passenger*) atau janin bergerak di sepanjang jalan lahir, merupakan akibat dari interaksi beberapa faktor, yaitu ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi pada janin.²¹

d. Tanda-tanda dalam Persalinan

Tanda terjadinya persalinan meliputi pengeluaran cairan, pinggang terasa sakit menjalar ke depan, terjadi perubahan pada serviks, sifat his yang teratur, interval makin pendek, dan kekuatan his semakin besar, dengan diiringi pengeluaran lendir dan darah (penandaan persalinan).

Dengan adanya his persalinan, terjadinya perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan yang menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kanalis servikalis terlepas sehingga terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah. Sebagian pasien mengeluarkan air ketuban akibat dari pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan segera berlangsung dalam 24 jam, namun jika ternyata tidak tercapai,

maka pada akhirnya akan diakhiri dengan tindakan-tindakan tertentu, misalnya menggunakan tindakan vakum ekstraksi atau *Section caesaria*.²⁵

e. Komplikasi Persalinan

1) Komplikasi yang berhubungan dengan kemajuan persalinan, antara lain:

- a) Ketuban Pecah Dini (KPD)
- b) Distosia
- c) Tidak ada kemajuan dalam persalinan (partus macet)
- d) Emboli cairan ketuban

2) Komplikasi yang berhubungan dengan status ibu dan janin, antara lain:

- a) Gawat Janin
- b) Janin >1 (kehamilan ganda)
- c) Kematian janin (IUFD)¹⁴

f. Klasifikasi persalinan berdasarkan Usia Kehamilan

1) Abortus

Keluarnya hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan yakni pada usia kehamilan 22 minggu atau jika berat janin kurang dari 500 gram.²⁸

2) Persalinan Preterm

Persalinan yang terjadi antara usia 20 minggu sampai kurang dari 37 minggu atau 259 hari gestasi, dihitung dari hari pertama haid terakhir.⁴⁰

3) Persalinan Cukup Bulan (Aterm)

Persalinan yang terjadi pada usia kehamilan 37- 42 minggu dengan berat janin > 2500 gram.

4) Persalinan Postterm atau Serotinus

Kehamilan yang melewati 294 hari atau 42 minggu lengkap. Diagnosa usia kehamilan didapatkan dengan perhitungan usia

kehamilan dengan rumus Naegele atau dengan penghitungan tinggi fundus uteri.⁴¹

g. Persalinan Postterm atau Post matur atau Serotinus

1) Etiologi

Etiologi belum diketahui secara pasti namun faktor yang dikemukakan adalah hormonal, yaitu kadar progesteron tidak cepat turun walaupun kehamilan telah cukup bulan sehingga kepekaan uterus terhadap oksitosin berkurang. Faktor lain seperti herediter, karena postmaturitas sering dijumpai pada suatu keluarga tertentu.⁴¹

Menjelang persalinan terdapat penurunan progesteron, peningkatan oksitosin tubuh dan reseptor terhadap oksitosin sehingga otot rahim semakin sensitif terhadap rangsangan. Pada kehamilan lewat waktu terjadi sebaliknya, otot rahim tidak sensitif terhadap rangsangan, karena ketegangan psikologis atau kelainan pada rahim.²⁵

Faktor penyebab kehamilan lewat waktu, diantaranya:⁴¹

- a) Kesalahan dalam penanggalan merupakan penyebab paling sering.
- b) Tidak diketahui
- c) Primigravida dan riwayat kehamilan lewat bulan
- d) Defisiensi sulfatase plasenta atau anensefalus, merupakan penyebab yang jarang terjadi.
- e) Jenis kelamin janin laki-laki juga merupakan predisposisi.
- f) Faktor genetik juga dapat memainkan peran.

2) Tanda dan Gejala

- a) Gerakan janin jarang (secara subjektif kurang dari 7x / 20 menit atau secara objektif kurang dari 10x / menit).
- b) Pada bayi ditemukan tanda lewat waktu yang terdiri dari:

- (1) Stadium I: kulit kehilangan vernix caseosa dan terjadi maserasi sehingga kulit menjadi kering, rapuh dan mudah terkelupas.
- (2) Stadium II: seperti stadium I, ditambah dengan pewarnaan mekoneum (kehijauan di kulit).
- (3) Stadium III: seperti stadium I, ditambah dengan warna kuning pada kuku, kulit dan tali pusat.

- c) Berat badan bayi lebih berat dari bayi matur.
- d) Tulang dan sutura lebih keras dari bayi matur.
- e) Rambut kepala lebih tebal.⁴¹

3) Patofisiologi

Pada kehamilan lewat waktu terjadi penurunan oksitosin sehingga tidak menyebabkan adanya his, dan terjadi penundaan persalinan. Permasalahan kehamilan lewat waktu adalah plasenta tidak sanggup memberikan nutrisi dan pertukaran CO₂/O₂ sehingga janin mempunyai resiko asfiksia sampai kematian dalam rahim.

Sindroma postmaturitas yaitu kulit keriput dan telapak tangan terkelupas, tubuh panjang dan kurus, vernix caseosa menghilang, wajah seperti orang tua, kuku panjang, tali pusat selaput ketuban berwarna kehijauan. Fungsi plasenta mencapai puncaknya pada kehamilan 34-36 minggu dan setelah itu terus mengalami penurunan. Pada kehamilan postterm dapat terjadi penurunan fungsi plasenta sehingga bisa menyebabkan gawat janin. Bila keadaan plasenta tidak mengalami insufisiensi maka janin postterm dapat tumbuh terus namun tubuh anak akan menjadi besar (makrosomia) dan dapat menyebabkan distosia bahu.⁴¹

4) Pemeriksaan Penunjang

- a) USG: untuk mengetahui usia kehamilan, derajat maturitas plasenta.

- b) Kardiotokografi: untuk menilai ada atau tidaknya gawat janin.
 - c) Amniocentesis: pemeriksaan sitologi air ketuban.
 - d) Amnioskopi: melihat kekeruhan air ketuban.
 - e) Uji Oksitisin: untuk menilai reaksi janin terhadap kontraksi uterus.
 - f) Pemeriksaan kadar estriol dalam urine.
 - g) Pemeriksaan sitologi vagina.⁴¹
- 5) Pengaruh Terhadap Ibu dan Janin
- a) Ibu: Persalinan postmatur dapat menyebabkan distosia karena kontraksi uterus tidak terkoordinir, janin besar, molding kepala kurang, sehingga sering dijumpai partus lama, kesalahan letak, inersia uteri, distosia bahu, perdarahan post-partum yang mengakibatkan meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas.
 - b) Janin: Jumlah kematian janin atau bayi pada kehamilan 42 minggu 3x lebih besar dari kehamilan 40 minggu. Pengaruh pada janin bervariasi, diantaranya berat janin bertambah, tetap atau berkurang.⁴¹
- 6) Penatalaksanaan
- a) Setelah usia kehamilan lebih dari 40- 42 minggu, yang terpenting adalah monitoring janin sebaik – baiknya.
 - b) Apabila tidak ada tanda – tanda insufisiensi plasenta, persalinan spontan dapat ditunggu dengan pengawasan ketat.
 - c) Lakukan pemeriksaan dalam untuk menentukan kematangan cervik, apabila sudah matang, boleh dilakukan induksi persalinan.
 - d) Persalinan pervaginam harus diperhatikan bahwa partus lama akan sangat merugikan bayi, janin postmatur kadang – kadang besar dan kemungkinan disproporsi cephalopelvis

dan distosia janin perlu diperhatikan. Selain itu janin post matur lebih peka terhadap sedative dan narkosa.

- e) Tindakan operasi section caesarea dapat dipertimbangkan bila pada keadaan onfisiensi plasenta dengan keadaan cervix belum matang, pembukaan belum lengkap, partus lama dan terjadi gawat janin, primigravida tua, kematian janin dalam kandungan, pre eklamsi, hipertensi menahun, anak berharga dan kesalahan letak janin.⁴¹

7) Komplikasi

Kemungkinan komplikasi pada bayi postmature, yaitu:⁴¹

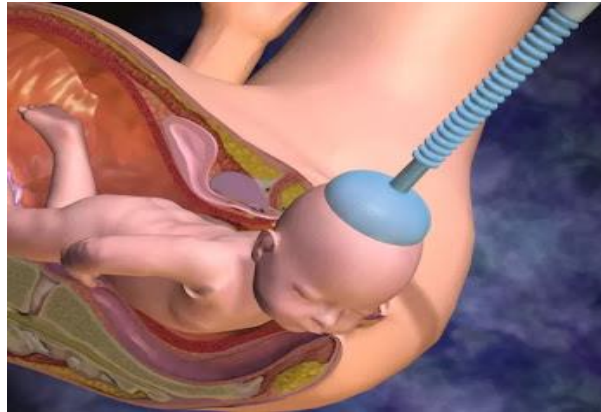
- a) Hipoksia
- b) Hipovolemia
- c) Asidosis
- d) Sindrom gawat nafas
- e) Hipoglikemia
- f) Hipofungsi adrenal.

h. Persalinan dengan Vacum Ekstraksi

1) Definisi

Persalinan dengan vacum ekstraksi merupakan suatu persalinan buatan di mana janin dilahirkan dengan tenaga negatif (vakum) pada kepalanya.⁴²

Vakum Ekstraksi adalah tindakan obstetrik yang bertujuan untuk mempercepat kala pengeluaran dengan sinergi tenaga mendedan ibu dan ekstraksi pada bayi. Kerja sama dan kemampuan ibu untuk mengekspresikan bayinya, merupakan faktor yang sangat penting dalam menghasilkan akumulasi tenaga dorongan dengan tarikan kearah yang sama.⁴³



Gambar 1 Persalinan dengan Vacum Ekstraksi

2) Etiologi

Tarikan pada kulit kepala bayi, dilakukan dengan membuat cengkaman yang dihasilkan dari aplikasi tekanan negatif (vakum). Mangkok logam atau silastik akan memegang kulit tekanan kepala yang akibat vakum yang menjadi caput artifisial. Mangkok dihubungkan dengan tuas penarik (yang dipegang oleh penolong persalinan), melalui seutas rantai. Ada 3 gaya yang bekerja dalam prosedur ini yaitu tekanan interauterin (oleh kontraksi), tekanan ekspresi eksternal (tenaga mendedan), dan gaya tarik (ekstraksi vakum).⁴⁴

3) Indikasi dan Syarat

Indikasi dalam persalinan menggunakan vakum ekstraksi adalah kala II lama dengan presentasi belakang kepala/verteks. Syarat untuk melakukan ekstraksi vakum yaitu pembukaan lengkap atau hampir lengkap, penurunan janin di hogde III atau IV, presentasi belakang kepala, janin cukup bulan (tidak premature), tidak ada kesempitan panggul, kontraksi baik, dan ibu kooperatif atau ibu kuat mendedan.⁴⁴

Adanya beberapa faktor ibu maupun janin menyebabkan tindakan ekstraksi vakum dilakukan yaitu:

- a) Keletihan ibu
- b) Kala II lama

- c) Partus tak maju
- d) Toksemia gravidarum
- e) Rupture uteri imenens
- f) Gawat janin
- g) Memperpendek kala II misalnya karena penyakit jantung kompensata dan penyakit paru- paru fibrotic.

4) Kontraindikasi

Kontraindikasi persalinan menggunakan vakum ekstraksi adalah panggul sempit (disproporsi kepala-panggul), mal presentasi kepala janin (dahi, muka, bokong, puncak kepala), bayi premature, dan caput succedaneum yang sudah besar.⁴⁴

5) Teknik/Prosedur

Teknik dalam melakukan vakum ekstraksi, yaitu:⁴⁵

- a) Kaji ulang dengan syarat-syarat (presentasi belakang kepala/verteks, janin cukup bulan, pembukaan lengkap, kepala di Hogde III-IV atau 1/5 - 2/5);
- b) Persetujuan tindakan medis, dan berikan dukungan emosional;
- c) Persiapan alat-alat sebelum tindakan: untuk pasien, penolong (operator dan asisten), dan bayi serta pencegahan infeksi sebelum tindakan;
- d) Periksa dalam untuk menilai posisi kepala bayi dengan meraba sutura sagitalis dan ubun-ubun kecil/posterior;
- e) Masukkan mangkok vakum melalui introitus vagina secara miring dan pasang pada kepala bayi dengan titik tengah mangkok pada sutura sagitalis +1 cm anterior dari ubun-ubun kecil;
- f) Nilai apakah diperlukan episiotomi. Jika episiotomi tidak diperlukan pada saat pemasangan mangkok, mungkin diperlukan pada saat perinium meregang, ketika kepala akan lahir;

- g) Pastikan tidak ada bagian vagina atau porsio yang terjepit;
- h) Pompa hingga tekanan skala 10 (silastik) atau negatif -0,2 kg/cm² (Malmstrom), dan periksa aplikasi mangkok (minta asisten menurunkan tekanan secara bertahap);
- i) Setelah 2 menit naikkan hingga skala 60 (silastik) atau negatif -0,6 kg/cm² (Malmstrom), periksa aplikasi mangkok, tunggu 2 menit lagi;
- j) Periksa apakah ada jaringan yang terjepit, jika ada maka turunkan tekanan dan lepaskan jaringan yang terjepit tersebut;
- k) Setelah mencapai tekanan negatif yang maksimal, lakukan traksi searah dengan sumbu panggul dan tegak lurus pada mangkok;
- l) Tarikan dilakukan pada puncak his dengan mengikuti sumbu jalan lahir;
- m) Pada saat penarikan (pada puncak his) minta pasien meneran;
- n) Posisi tangan: tangan luar menarik pengait, ibu jari tangan dalam pada mangkok, telunjuk dan jari tengah pada kulit kepala bayi;
- o) Tarikan bisa diulangi 3 kali saja. Lakukan pemeriksaan diantara kontraksi (denyut jantung janin dan aplikasi mangkok);
- p) Saat subokciput sudah dibawah simpisis, arahkan tarikan keatas hingga lahirlah berturut-turut dahi, muka, dan dagu;
- q) Segera lepaskan mangkok vakum dengan membuka tekanan negatif;
- r) Selanjutnya kelahiran bayi dan plasenta dilakukan seperti pertolongan persalinan normal;
- s) Eksplorasi jalan lahir dengan menggunakan spekulum Sim's atas dan bawah untuk melihat apakah ada robekan pada dinding vagina atau perpanjangan luka episiotomi.

6) Komplikasi

Pada persalinan vakum ekstraksi bisa menyebabkan resiko pada ibu, yaitu:⁴⁶

- a) Robekan bibir servik atau vagina karena terjepit antara kepala bayi dan cup
- b) Bisa terjadi perdarahan akibat atonia uteri atau trauma, trauma jalan lahir dan infeksi,
- c) Robekan kandung kencing dan rectum, fistula, dan
- d) Komplikasi perdarahan karena atonia uteri dan komplikasi infeksi.

Komplikasi pada janin yaitu:

- a) Cepalohematoma memerlukan pemantauan dan biasanya menghilang dalam 3-4 minggu. Dapat terjadi juga subgaleal hematoma
- b) Perdarahan subaponeurotik,
- c) Fetal Distress,
- d) Trauma janin
- e) Infeksi
- f) Nekrosis kulit kepala
- g) Asfiksi/anoksi
- h) Fraktur tulang tengkorak
- i) Perdarahan intracranial sangat jarang terjadi dan memerlukan perawatan neonatus segera.

4. Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Bayi baru lahir adalah hasil konsepsi ovum dan spermatozo dengan masa gestasi memungkinkan hidup di luar kandungan. Bayi baru lahir disebut dengan neonatus, dengan tahapan: umur 0-7 hari disebut neonatal dini dan umur 8-28 hari disebut neonatal lanjut.⁴⁷

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan lebih dari atau sama dengan 37 minggu dengan berat lahir 2500-4000 gram.⁴⁸

Bayi baru lahir normal adalah berat lahir antara 2.500-4.000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan kongenital (cacat bawaan) yang berat.⁴⁷

b. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal

Ciri-ciri bayi baru lahir normal, adalah:⁴⁷

- 1) Berat badan 2.500 - 4.000 gr
- 2) Panjang badan 48 - 52 cm.
- 3) Lingkar dada 30 - 38 cm.
- 4) Lingkar kepala 33 - 35 cm.
- 5) Frekuensi jantung 120 - 160 kali/menit.
- 6) Pernapasan 40 - 60 kali/menit.
- 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup.
- 8) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- 9) Kuku agak panjang dan lemas.
- 10) Genitalia:
 - a) Perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora.
 - b) Laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada.
- 11) Refleks hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- 12) Refleks morrow atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik.
- 13) Refleks graps atau menggenggam sudah baik.
- 14) Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan.

c. Penilaian Awal Bayi Baru Lahir

Penilaian awal bayi baru lahir untuk semua BBL yaitu:⁴⁹

- 1) Apakah kehamilannya cukup bulan?
- 2) Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?

- 3) Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?
- d. Asuhan Bayi Baru lahir
- 1) Pencegahan Infeksi

Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan mikroorganisme yang terpapar selama proses persalinan berlangsung ataupun beberapa saat setelah bayi lahir.
 - 2) Menilai bayi baru lahir

Penilaian bayi baru lahir dilakukan dalam waktu 30 detik pertama. Keadaan yang harus dinilai pada saat bayi baru lahir sebagai berikut:

 - a) Apakah bayi cukup bulan?
 - b) Apakah air ketuban jernih, tidak tercampur mekonium?
 - c) Apakah bayi menangis atau bernapas?
 - d) Apakah tonus otot baik?
 - 3) Menjaga Bayi Tetap Hangat

Mekanisme kehilangan panas tubuh bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

 - a) Evaporasi adalah kehilangan panas yang dapat terjadi karena adanya penguapan pada cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi karena bayi setelah lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan, bayi yang terlalu cepat dimandikan, dan tubuhnya yang tidak segera dikeringkan dan juga diselimuti.
 - b) Konduksi adalah kehilangan panas tubuh bayi melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin.
 - c) Konveksi adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin.
 - d) Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan dekat benda-benda yang mempunyai suhu yang lebih rendah dari suhu tubuh bayi.

4) Perawatan Tali Pusat

Lakukan perawatan tali pusat dengan cara mengklem dan memotong tali pusat setelah bayi lahir, kemudian mengikat tali pusat tanpa membubuhi apapun.

5) Inisiasi Menyusu Dini

Segera setelah bayi lahir dan tali pusat diikat. Kenakan topi pada bayi dan bayi diletakkan secara tengkurap di dada ibu, kontak langsung antara kulit dada bayi dan kulit dada ibu. Bayi akan merangkak mencari puting susu ibu dan menyusui. Suhu ruangan tidak boleh $< 26^{\circ}\text{C}$.

6) Pencegahan Infeksi Mata

Dengan pemberian salep mata antibiotic tetrasiklin 1 % pada kedua mata, setelah satu jam kelahiran bayi.

7) Pemberian Suntikan Vitamin K1

Bayi baru lahir harus diberikan suntikan vitamin K1 mg intramuscular di paha kiri anterolateral segera setelah pemberian salep mata. Suntikan vitamin K1 untuk mencegah perdarahan bayi baru lahir akibat defisiensi vitamin K.

8) Pemberian Imunisasi Bayi Baru Lahir

Imunisasi HB-0 diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K1 dengan dosis 0,5 ml intramuskuler di paha kanan anterolateral. Imunisasi HB-0 untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi. Pelayanan kesehatan atau kunjungan ulang bayi baru lahir dilaksanakan minimal 3 kali:

- a) Saat bayi usia 6-48 jam
- b) Saat bayi usia 3-7 hari
- c) Saat bayi usia 8-28 hari

9) Perawatan lain-lain

- a) Perawatan Tali Pusat

- (1) Pertahankan sisa tali pusat dalam keadaan terbuka agar terkena udara dan ditutupi dengan kain bersih secara longgar.
 - (2) Jika tali pusat terkena kotoran atau tinja, dicuci dengan sabun dan air bersih, kemudian dikeringkan sampai benar-benar kering.
- b) Dalam waktu 24 jam dan sebelum ibu dan bayi dipulangkan kerumah, diberikan imunisasi BCG, polio, dan hepatitis B.
- 10) Orang tua diajarkan tanda-tanda bahaya bayi dan mereka diberitahu agar merujuk bayi dengan segera untuk perawatan lebih lanjut jika ditemui hal-hal berikut:
- a) Pernapasan: sulit atau lebih dari 60x/menit
 - b) Warna: kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru, atau pucat
 - c) Tali pusat: merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah
 - d) Infeksi: suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (nanah) bau busuk, pernapasan sulit
 - e) Feses/kemih: tidak berkemih dalam 24 jam, feses lembek, sering kejang, tidak bisa tenang, menangis terus-menerus.
- 11) Orang tua diajarkan cara merawat bayi dan melakukan perawatan harian untuk bayi baru lahir, meliputi:
- a) Pemberian ASI sesuai dengan kebutuhan setiap 2-3 jam, mulai dari hari pertama.
 - b) Menjaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering serta mengganti popok.
 - c) Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering
 - d) Menjaga keamanan bayi terhadap trauma dan infeksi.²⁰

e. Bayi dengan Asfiksia

1) Definisi

Asfiksia neonatorum adalah bayi tidak bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir atau beberapa saat setelah lahir.⁵⁰

2) Etiologi

Asfiksia neonatorum dapat disebabkan oleh beberapa faktor ibu diantaranya adalah adanya hipoksia pada ibu, usia ibu, gravida lebih dari 4, hipertensi, serta penyakit yang pembuluh darah yang mengganggu pertukaran dan pengangkutan oksigen. Faktor plasenta juga dapat menyebabkan terjadinya Asfiksia Neonatorum diantaranya adalah solusio plasenta, plasenta previa. Faktor janin yang dapat menyebabkan Asfiksia Neonatorum diantaranya yaitu prematur, Gemeli, BBLR, kelainan kongenital, air ketuban bercampur mekonium, kelainan tali pusat seperti lilitan tali pusat atau kompresi tali pusat antara janin dan jalan lahir. Faktor persalinan juga turut meningkatkan terjadinya Asfiksia Neonatorum seperti partus lama atau partus dengan Tindakan.⁵¹

3) Patofisiologi

Gangguan pertukaran gas dan transport O₂ dapat terjadi karena kelainan dalam kehamilan atau persalinan yang bersifat, menahun atau mendadak. Kelainan menahun seperti Gizi ibu yang buruk atau penyakit menahun pada ibu seperti anemia, hipertensi, penyakit jantung, dan lain-lain. Penyakit menahun pada ibu bisa diatasi dengan melakukan pemeriksaan antenatal ibu yang teratur. Kelainan yang bersifat mendadak umumnya terjadi pada persalinan hampir selalu mengakibatkan hipoksia yang berakhir dengan asfiksia.²⁵

4) Tanda dan gejala

Tanda dan gejala bayi baru lahir dengan asfiksia antara lain:⁵²

- a) Tidak bernafas atau napas megap-megap atau pernafasan cepat, pernafasan cuping hidung
- b) Pernafasan tidak teratur atau adanya rektrasi dinding dada
- c) Tangisan lemah atau merintih
- d) Warna kulit pucat atau biru
- e) Tonus otot lemas atau ekstremitas terkulai.

5) Klasifikasi

Asfiksia neonatorum diklasifikasikan:⁵²

- a) Asfiksia Ringan (vigorous baby)
Skor APGAR 7-9, bayi dianggap sehat dan tidak memerlukan tindakan istimewa.
- b) Asfiksia sedang (mild moderate asphyksia)
Skor APGAR 4-6, pada pemeriksaan fisik akan terlihat frekuensi jantung lebih dari 100/menit, tonus otot kurang baik atau baik, sianosis, reflek iritabilitas tidak ada.
- c) Asfiksia Berat
Skor APGAR 0-3, pada pemeriksaan fisik ditemukan frekuensi jantung kurang dari 100 x permenit, tonus otot buruk, sianosis berat, dan kadang-kadang pucat, reflek iritabilitas tidak ada. Pada asphyksia dengan henti jantung yaitu bunyi jantung fetus menghilang tidak lebih dari 10 menit sebelum lahir lengkap atau bunyi jantung menghilang post-partum, pemeriksaan fisik sama pada asfiksia berat.

Tabel 3. Penilaian APGAR Skor⁵²

Tanda	0	1	2
Frekuensi Jantung	Tidak ada	<100 x/mnt	>100 x/mnt
Usaha Bernafas	Tidak ada	Lambat, Tidak teratur	Menangis Kuat
Tonus otot	Lemah	Ekstrimitas fleksi	Gerakan aktif
Warna kulit	Biru/pucat	Tubuh kemerahan/ekstrimitas kebiruan	Seluruh tubuh kemerahan
Refleks	Tidak ada respon	Gerakan sedikit	Gerakan kuat/melawan

6) Faktor-faktor Penyebab Asfiksi Neonatorum

a) Faktor Usia Ibu

Umur pada waktu hamil sangat berpengaruh pada kesiapan ibu untuk menerima tanggung jawab sebagai seorang ibu sehingga kualitas sumber daya manusia makin meningkat dan kesiapan untuk menyetatkan generasi penerus dapat terjamin. Kehamilan di usia muda atau remaja (di bawah usia 20 tahun) akan mengakibatkan rasa takut terhadap kehamilan dan persalinan, hal ini dikarenakan pada usia tersebut ibu mungkin belum siap untuk mempunyai anak dan alat-alat reproduksi ibu belum siap untuk hamil. Begitu juga kehamilan di usia tua (di atas 35 tahun) akan menimbulkan kecemasan terhadap kehamilan dan persalinan serta alat-alat reproduksi ibu terlalu tua untuk hamil.⁵³

b) Usia Kehamilan

Usia kehamilan dibagi menjadi tiga yaitu preterm, aterm, dan posterm. Usia kehamilan saat bayi dilahirkan cenderung mempengaruhi kejadian asfiksia, ibu yang melahirkan dengan usia kehamilan preterm dan posterm lebih berpeluang melahirkan bayi asfiksia sebesar 2,9 kali dari pada ibu yang usia kehamilannya aterm.

(1) Preterm

Preterm adalah kehamilan kurang dari 37 minggu. Pada bayi yang lahir preterm (kurang bulan) organ-organ tubuhnya belum mature hal ini menyebabkan system pernapasan khususnya paru- paru bayi belum bekerja secara optimal, surfaktan masih kurang sehingga ada kemungkinan paru mengalami gangguan perkembangan, otot pernafasan masih lemah sehingga tangis bayi

premature terdengar lemah dan merintih akibatnya bayi bisa mengalami asfiksia.

(2) Aterm

Aterm adalah umur kehamilan 37 sampai 42 minggu

(3) Posterm

Posterm adalah kehamilan yang berlangsung selama lebih dari 42 minggu (Manuaba, 2012). Kehamilan yang berlangsung sampai 42 minggu (294 hari) atau lebih, dihitung dari hari pertama haid terakhir menurut rumus naegle dengan siklus haid rata-rata 28 hari. Kehamilan postterm memiliki risiko lebih tinggi daripada kehamilan aterm, terutama terhadap kematian perinatal (antepartum, intrapartum, dan postpartum) berkaitan dengan aspirasi mekonium dan asfiksia.³²

c) Faktor Air Ketuban bercampur Mekonium

kondisi ketuban bermasalah, maka pertumbuhan paru juga akan bermasalah dan berdampak pada asfiksia.³²

5. Neonatus

a. Definisi

Neonatus adalah bayi baru lahir sampai usia 28 hari.⁵⁴ Neonatus adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstra uterin. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 sampai 42 Minggu dan berat badan lahir 2500 - 4000 gram.⁴⁷

b. Kunjungan Neonatus

Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu:

1) Kunjungan neonatal I (KN1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir,

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 II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari,
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 pusadalam 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, menjaga keamanan bayi, dan menjaga suhu tubuh bayi.
- 3) Kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8 – 28 hari.
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.⁵⁵

c. Kebutuhan Dasar Neonatus

1) Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua energi berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6. Kebutuhan energy bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari.⁵⁶

2) Eliminasi

Pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa.⁵⁶ Feses pertama ini berwarna hijau kehitaman, lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ketiga hingga ke lima kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan. Urin pertama dikeluarkan dalam 24 jam pertama dan setelahnya dengan frekuensi yang semakin sering seiring meningkatnya asupan cairan. Urin encer, berwarna kuning dan tidak berbau.⁵³

3) Istirahat dan Tidur

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

4) Personal Hygiene

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

5) Aktivitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut. Bayi dapat menangis setidaknya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per

hari, bergantung pada temperamen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah, suhu ekstrim, dan stimulasi berlebihan.¹⁷

6) Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga didapat pola tidur yang lebih baik. Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsang dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya.⁵⁵

6. Nifas atau Puerperium

a. Definisi

Masa nifas (*postpartum/puerperium*) berasal dari bahasa latin yaitu dari kata “puer” yang artinya bayi dan “parous” yang berarti melahirkan. Masa nifas dimulai setelah 2 jam postpartum dan berakhir ketika alat-alat kandungan Kembali seperti keadaan sebelum hamil, biasanya berlangsung selama enam minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan baik secara fisiologis maupun psikologis akan pulih dalam waktu 3 bulan. Jika secara fisiologis sudah terjadi perubahan pada bentuk semula (sebelum hamil), tetapi secara psikologis masih terganggu maka dikatakan masa nifas tersebut belum berjalan dengan normal atau sempurna.⁵⁷

b. Tahapan Masa Nifas

Masa nifas dibagi menjadi tiga tahapan, yaitu:

1) Puerperium Dini

Puerperium dini adalah suatu masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan. Ibu nifas sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidurnya dalam 24-48 jam setelah persalinan. Keuntungan dari puerperium dini adalah ibu merasa lebih sehat dan kuat, faal usus dan kandung kemih lebih baik, ibu dapat segera belajar merawat bayinya.⁵⁸

2) Puerperium Intermedial

Puerperium intermedial adalah suatu masa kepulihan menyeluruh dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih enam sampai delapan minggu.⁵⁹ Alat genitalia tersebut meliputi uterus bekas implantasi plasenta, luka jalan lahir, serviks, endometrium dan ligamen-ligamen.⁵⁸

3) Remote Puerperium

Remote Puerperium adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bagi ibu selama hamil atau melahirkan mempunyai komplikasi. Waktu sehat sempurna bisa berminggu-minggu, berbulan-bulan dan tahunan.⁵⁸

c. Perubahan Fisiologi masa Nifas

1) Perubahan Sistem Reproduksi

a) Uterus

Mengalami pengerutan Rahim (Involusi) yang merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana TFU (Tinggi Fundus Uteri).

Tabel 4. Perubahan normal pada uterus selama postpartum

Involusi uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
1 minggu	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram	7,5 cm
2 minggu	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

Sumber: Marmi⁵⁹

b) Lokhea

Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lokhea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lokhea berbau amis atau anyir

dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita. Lokhea mempunyai perubahan warna dan volume karena adanya proses involusi. Lokhea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi.⁶⁰

Pengeluaran lokhea dibedakan berdasarkan waktu dan warnanya, diantaranya:

- (1) Lokhea Rubra atau merah (kruenta): berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks caseosa, lanugo, dan meconium selama 2 hari pasca persalinan. Inilah lokhea yang akan keluar selama dua sampai tiga hari (2-3 hari) postpartum
- (2) Lokhea Sanguilenta: berwarna merah kekuningan berisi darah dan lendir, pada hari ke 3-7 nifas
- (3) Lokhea Serosa: dimulai dengan versi yang lebih pucat dari lokhea rubra. Lokhea ini berbentuk serum dan berwarna merah jambu kemudian menjadi kuning. Cairan tidak berdarah lagi pada hari ke-7 sampai ke-14 pascapersalinan.
- (4) Lokhea alba: bentuknya seperti cairan putih berbentuk krim serta terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua. Dimulai dari hari ke-14 kemudia makin lama makin sedikit hingga sama sekali berhenti sampai satu atau dua minggu berikutnya.⁶⁰

c) Serviks

Serviks menjadi sangat lembek, kendur, dan terkulai. Serviks tersebut bisa melepuh dan lecet, terutama di bagian anterior. Serviks akan terlihat padat yang mencerminkan vaskularitasnya yang tinggi, lubang serviks lambat laun mengecil, beberapa hari setelah persalinan diri retak karena robekan dalam persalinan. Rongga leher serviks bagian luar

akan membentuk seperti keadaan sebelum hamil pada saat empat minggu postpartum.⁶⁰

d) Perineum, Vulva, Vagina, dan Anus

Berkurangnya sirkulasi progesterone membantu pemulihan otot panggul, perineum, vagina, dan vulva ke arah elastisitas dari ligament otot rahim. Merupakan proses yang bertahap jika ibu melakukan ambulasi dini dan senam nifas. Involusi serviks terjadi bersamaan dengan uterus kira-kira 2-3 minggu, serviks menjadi seperti celah.

Pada awal masa nifas, vagina dan muara vagina berbentuk suatu lorong luas berdinding licin yang berangsur-angsur akan mengecil ukurannya tapi jarang kembali ke bentuk nulipara. Rugae mulai tampak pada minggu ketiga. Himen yang setelah mengalami *sikatrisasi* akan berubah menjadi *caruncule mirtiformis*. Hormon esterogen postpartum yang menurun berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae.

Laserasi perineum akan pulih pada hari ke 5-6. Pada anus umumnya terlihat hemoroid (varises anus), dengan ditambah gejala seperti rasa gatal, tidak nyaman, dan perdarahan berwarna merah terang pada waktu defekasi. Ukuran hemoroid biasanya mengecil beberapa minggu postpartum.

e) Mamae

Penurunan kadar progesterone secara tepat dengan peningkatan hormone prolactin setelah persalinan. Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi. Suplai darah ke payudara meningkat dan menyebabkan pembengkakan vascular sementara, air susu saat diproduksi disimpan di alveoli dan harus dikeluarkan

dengan efektif dengan cara diisap oleh bayi untuk pangadaan dan keberlangsungan laktasi.

2) Perubahan Sistem Pencernaan

Tidak jarang ibu akan mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu persalinan, alat pencernaan mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, kurangnya asupan cairan dan makanan, serta kurangnya aktivitas tubuh. Agar BAB kembali normal, dapat diatasi dengan diet tinggi serat, peningkatan asupan cairan, dan ambulasi awal. Selain mengalami sembelit, ibu juga dapat mengalami anoreksia akibat penurunan sekresi kelenjar pencernaan dan mempengaruhi perubahan sekresi, serta penurunan kebutuhan kalori yang menyebabkan kurang nafsu makan.⁶⁰

3) Perubahan Sistem Perkemihan

Selama 24 jam setelah persalinan, biasanya ibu akan mengalami sulit untuk BAK. Penyebab kemungkinan keadaan ini adalah terdapat *spasme sfinkter* dan edema leher kandung kemih sesudah bagian ini mengalami tekanan antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Namun dalam 12-36 jam, urine dalam jumlah besar akan dihasilkan. Kadar hormone esterogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan drastis. Keadaan tersebut disebut "*diuresis*". Ureter yang berdilatasi akan kembali normal kurang lebih 6 minggu.

Diuresis yang normal dimulai segera setelah bersalin sampai hari kelima setelah persalinan. Jumlah urine yang keluar dapat melebihi 3000 ml perharinya. Tindakan ini diperkirakan merupakan bagian normal dari kehamilan. Selain itu, didapati adanya keringat yang banyak beberapa hari pertama setelah melahirkan.⁶¹

4) Perubahan Sistem Musculoskeletal

Setelah persalinan otot-otot uterus berkontraksi segera. Hal tersebut menyebabkan pembuluh-pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot uterus akan terjepit. Sehingga proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fascia yang mengalami peregangan pada saat persalinan, akan berangsur-angsur menjadi menyempit dan pulih kembali sehinggal tak jarang uterus jatuh ke belakang dan posisinya menjadi retrofleksi karena ligamentum rotundum menjadi kendur. Tidak jarang pula wanita mengeluh “kandungannya turun” setelah melahirkan karena ligament, fascia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi kendur. Proses stabilisasi seetelah melahirkan secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu.

Sebagai akibat putusnya serat elastis kulit dan pembesaran yang berangsur lama pada waktu hamil, dinding abdomen masih agak lunak dan kendur untuk sementara waktu. Untuk memulihkan kembali kondisi jaringan-jaringan penunjang alat genitalia, serta otot-otot dinding perut dan dasar pangul, dianjurkan untuk melakukan latihan-latihan tertentu. Pada dua hari post-partum, sudah dapat fisioterapi.⁶⁰

5) Perubahan Sistem Endoktrin

(1) Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar *pituitary posterior* yang disekresikan dari kelenjaar otak bagian belakang. Selama tahap ketiga persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Selain itu, bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Oksitosin di dalam sirkulasi darah menyebabkan kontraksi otot uterus dan pada waktu yang sama membantu proses involusi uterus.⁶⁰

(2) Prolactin

Penurunan ekstrogen menjadikan prolaktin yang dikeluarkan oleh kelenjar *pituitary anterior* bereaksi terhadap alveoli dari payudara. Sehingga prolaktin yang dikeluarkan dapat menstimulasi produksi ASI. Pada ibu yang menyusui kadar prolaktin tetap tinggi dan merupakan permulaan stimulasi folikel di dalam ovarium ditekan.⁶⁰

(3) HCG (*Human Chorionik Gonadotropin*), Estrogen dan Progesteron

Ketika plasenta lepas dari dinding uterus dan lahir, tingkat hormone HCG, HPL, estrogen, dan progesterone di dalam darah ibu menurun dengan cepat, normalnya setelah 7 hari. HCG menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ketujuh postpartum dan sebagai pemenuhan mammae pada hari ketiga postpartum. Setelah persalinan kadar estrogen mengalami penurunan bermakna sehingga aktivitas prolaktin juga meningkat, sehingga dapat mempengaruhi kelenjar mammae dalam menghasilkan ASI.⁶⁰

d. Perubahan Psikologi Masa Nifas

Periode masa nifas merupakan waktu dimana ibu mengalami stress pascapersalinan, terutama pada ibu primipara. Hal-hal yang dapat membantu ibu dalam beradaptasi pada masa nifas adalah sebagai berikut:

- 1) Fungsi yang mempengaruhi untuk sukses dan lancarnya masa transisi menjadi orang tua
- 2) Respon dan dukungan dari keluarga dan teman dekat.
- 3) Riwayat pengalaman hamil dan melahirkan sebelumnya
- 4) Harapan, keinginan, dan aspirasi ibu saat hamil juga melahirkan.

Periode ini yang diekspresikan oleh Reva Rubin yang terjadi pada tiga tahap berikut ini:⁶⁰

1) *Taking In Period*

Terjadi pada 1-2 hari setelah persalinan, ibu masih pasif dan sangat bergantung pada orang lain, focus perhatian terhadap tubuhnya, ibu lebih mengingat pengalaman melahirkan dan persalinan yang dialami, serta kebutuhan tidur dan nafsu makan meningkat.

2) *Taking Hold Period*

Berlangsung 3-4 hari postpartum, ibu lebih berkonsentrasi pada kemampuannya dalam menerima tanggung jawab sepenuhnya terhadap perawatan bayi. Pada masa ini ibu menjadi sangat sensitif, sehingga membutuhkan bimbingan dan dorongan perawat untuk mengatasi kritikan yang dialami ibu.

3) *Letting Go Period*

Dialami setelah ibu dan bayi tiba di rumah. Ibu mulai secara penuh menerima tanggung jawab sebagai “seorang ibu” dan menyadari atau merasa kebutuhan bayi sangat bergantung pada dirinya.

e. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

1) Nutrisi dan Cairan

Pada masa nifas masalah diet perlu mendapat perhatian yang serius, karena dengan nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi air susu ibu. Diet yang diberikan harus bermutu, bergizi tinggi, cukup kalori, tinggi protein, dan banyak mengandung cairan.

Ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan akan gizi sebagai berikut:

- a) Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari
- b) Makan dengan diet seimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup
- c) Minum minimal tiga liter setiap hari

- d) Suplemen zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pascapersalinan
- e) Minum kapsul vitamin A 200.000unit agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

2) Ambulasi

Ambulasi dini (early ambulation) ialah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu postpartum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan. Pada persalinan normal sebaiknya ambulasi dilakukan setelah dua jam (ibu boleh miring ke kanan ke kiri untuk mencegah adanya trombositis).

Ambulasi dini tidak dibenarkan pada ibu postpartum dengan penyulit, misalnya anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam, dan sebagainya.

3) Eliminasi

a) Buang Air Kecil

Ibu diminta untuk buang air kecil atau miksi 6 jam postpartum. Jika dalam 8 jam postpartum belum dapat berkemih atau sekali berkemih belum melebihi 100 cc, maka dilakukan kateterisasi. Namun, apabila ternyata kandung kemih penuh, maka tidak perlu menunggu untuk kateterisasi.

b) Buang Air Besar

Ibu postpartum diharapkan dapat buang air besar (defekasi) setelah hari kedua postpartum. Jika hari ketiga belum BAB, maka perlu diberikan obat pencahar per oral atau per rektal. Jika setelah pemberian obat pencahar masih belum bisa BAB, maka dilakukan klisma (huknah).

4) Personal Hygiene

Kebersihan diri (personal hygiene) pada ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada ibu. Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri dengan

cara mandi yang teratur minimal dua kali sehari, mengganti pakaian dalam dan alas tempat tidur serta lingkungan dimana ibu tinggal. Merawat perineum dengan baik menggunakan antiseptik dan selalu diingatkan bahwa membersihkan perineum dari arah depan ke belakang.

5) Istirahat dan Tidur

Hal-hal yang bisa dilakukan ibu untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur adalah sebagai berikut:

- a) Anjurkan ibu istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.
- b) Sarankan ibu untuk Kembali pada kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur.
- c) Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal:
 - (1) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi.
 - (2) Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan.
 - (3) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya

6) Kebutuhan Seksual

Ibu nifas yang baru melahirkan boleh melakukan hubungan seksual kembali setelah 6 minggu pasca melahirkan. Namun apabila dipastikan tidak ada luka atau robekan jaringan, hubungan seksual boleh dilakukan setelah 3-4 minggu persalinan. Berhubungan seksual selama masa nifas berbahaya apabila pada saat itu mulut rahim masih terbuka maka akan beresiko, dan mudahk terkena infeksi.

7) Latihan dan Senam Nifas

Pada masa nifas yang berlangsung selama kurang 6 minggu, ibu membutuhkan latihan-latihan tertentu yang dapat

mempercepat proses involusi. Salah satu latihan yang dianjurkan pada masa nifas ini adalah senam nifas. Senam nifas adalah senam yang dilakukan oleh ibu setelah persalinan, setelah keadaan kembali normal (pulih).⁶²

f. Ketidaknyamanan pada Masa Nifas

Terdapat beberapa ketidaknyamanan masa nifas, yaitu:⁶³

1) Nyeri setelah melahirkan

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

2) Keringat berlebih

Ibu post partum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraselular selama kehamilan. Cara menguranginya sangat sederhana yaitu dengan membuat kulit tetap bersih dan kering.

3) Pembesaran payudara

Diperkirakan bahwa pembesaran payudara disebabkan oleh kombinasi akumulasi dan stasis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ketiga post partum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam.

4) Nyeri perineum

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

5) Konstipasi

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

6) Hemorid

Jika wanita mengalami hemoroid, mungkin mereka sangat merasakan nyeri selama beberapa hari. Hemoroid yang terjadi selama masa kehamilan dapat menimbulkan trauma dan menjadi lebih edema selama kala dua persalinan.

g. Tanda Bahya Ibu Nifas

Tanda bahaya masa nifas adalah tanda abnormal yang mengindikasikan adanya bahaya atau komplikasi yang dapat terjadi

selama masa nifas, apabila tidak dilaporkan maka dapat menyebabkan kematian ibu.⁶⁴

Tanda bahaya pada ibu nifas, yaitu:

- 1) Perdarahan Pervaginam
- 2) Infeksi nifas
- 3) Kelainan payudara
- 4) Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama
- 5) Rasa sakit, merah, lunak dan pembengkakan di kaki
- 6) Merasa sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri bayinya dan dirinya sendiri
- 7) Sakit kepala, nyeri epigastrik, penglihatan kabur
- 8) Pembengkakan di wajah atau ekstremitas
- 9) Demam, muntah, rasa sakit waktu berkemih

h. Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan nifas dibagi menjadi empat kunjungan, yaitu:⁶⁰

1) Kunjungan I: 6-8 jam setelah persalinan

Tujuan kunjungan I adalah:

- a) Mencegah perdarahan masa nifas yang disebabkan atonia uteri
- b) Mendeteksi penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan tetap berlanjut
- c) Memberikan konseling kepada ibu dan salah satu keluarga mengenai cara pencegahan perdarahan pada masa nifas karena atonia uteri
- d) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah *hypotermi*
- e) Pemberian ASI awal
- f) Menjalinkan hubungan antara ibu dengan bayi
- g) Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi yang baru lahir selama 2 jam pertama sesudah melahirkan atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.

2) Kunjungan II: 6 hari setelah persalinan

Tujuan kunjungan II antara lain:

- a) Memastikan proses involusi uterus berjalan dengan normal seperti uterus berkontraksi, tidak ada perdarahan abnormal, tinggi fundus uteri dibawah umbilicus, serta tidak terdapat bau.
- b) Menilai adanya tanda-tanda demam, perdarahan abnormal, atau infeksi.
- c) Memastikan ibu mendapat cukup kebutuhan dasar (makanan, cairan dan istirahat).
- d) Memastikan ibu dapat menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- e) Memberikan konseling pada ibu mengenai perawatan bayi baru lahir (menjaga bayi tetap hangat, merawat tali pusat, dan merawat bayi sehari-hari).

3) Kunjungan III: 2 minggu setelah persalinan

Tujuan kunjungan III masa nifas sama dengan kunjungan II, antara lain:

- a) Memastikan proses involusi uterus berjalan dengan normal seperti uterus berkontraksi, tidak ada perdarahan abnormal, tinggi fundus uteri dibawah umbilicus, serta tidak terdapat bau
- b) Menilai adanya tanda-tanda demam, perdarahan abnormal, atau infeksi
- c) Memastikan ibu mendapat cukup kebutuhan dasar (makanan, cairan dan istirahat)
- d) Memastikan ibu dapat menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
- e) Memberikan konseling pada ibu mengenai perawatan bayi baru lahir (menjaga bayi tetap hangat, merawat tali pusat, dan merawat bayi sehari-hari).

4) Kunjungan IV: 6 minggu setelah persalinan

Tujuan kunjungan IV masa nifas:

- a) Mengkaji kesulitan yang dialami ibu dan bayinya selama periode nifas
- b) Memberikan konseling KB secara dini

i. Peran dan Tanggung Jawab Bidan pada Masa Nifas

Beberapa peran dan tanggung jawab bidan secara komprehensif dalam asuhan masa nifas sebagai berikut:⁶⁵

- 1) Memberikan bantuan dan dukungan yang berkesinambungan sesuai dengan kebutuhan ibu, untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas.
- 2) Sebagai motivator yang dapat mendorong ibu untuk menyusui secara eksklusif.
- 3) Sebagai promotor yang memfasilitasi hubungan antara ibu dan bayi serta keluarga.
- 4) Mendeteksi kelainan dan tanda bahaya yang mungkin ditemukan selama masa nifas dan menyusui serta melakukan rujukan segera bila ditemukan kelainan.
- 5) Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara pencegahan perdarahan, mengenali tanda bahaya, memenuhi gizi yang baik, serta selalu menjaga kebersihan.
- 6) Melakukan manajemen asuhan yang komprehensif dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosa dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas.
- 7) Memberikan asuhan secara professional dan sesuai standar yang ditetapkan serta mendokumentasikan hasil asuhan.

7. Keluarga Berencana

a. Definisi

Keluarga Berencana (KB) adalah merupakan salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan jalan memberikan nasehat perkawinan, pengobatan kemandulan dan penjarangan kelahiran. KB merupakan tindakan membantu individu atau pasangan suami istri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kelahiran. KB adalah proses yang disadari oleh pasangan untuk memutuskan jumlah dan jarak anak serta waktu kelahiran.⁶⁶

b. Tujuan Program Keluarga Berencana

1) Tujuan umum

Untuk mewujudkan visi dan misi program KB yaitu membangun kembali dan melestarikan fondasi yang kokoh bagi pelaksanaan program KB untuk mencapai keluarga berkualitas.⁶⁷

2) Tujuan Khusus

Untuk memperbaiki kesehatan dan kesejahteraan ibu, anak, keluarga dan bangsa; mengurangi angka kelahiran untuk menaikkan taraf hidup rakyat dan bangsa; memenuhi permintaan masyarakat akan pelayanan KB berkualitas, termasuk upaya-upaya menurunkan angka kematian ibu, bayi, dan anak serta penanggulangan kesehatan reproduksi.⁶⁷

Tujuan dilaksanakan program KB yaitu membentuk keluarga kecil sesuai dengan sosial ekonomi keluarga dengan cara mengatur kelahiran anak untuk mewujudkan keluarga bahagia, sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. Tujuan program KB lainnya yaitu menjarangkan, menunda dan menghentikan kehamilan untuk menurunkan angka kelahiran, menyelamatkan ibu dan bayi akibat melahirkan pada usia muda, jarak kelahiran yang terlalu dekat dan melahirkan pada usia tua.⁶⁸

c. Sasaran Program KB

Sasaran KB dibagi menjadi dua yaitu sasaran secara langsung dan sasaran tidak langsung. Adapun sasaran secara langsung adalah Pasangan Umur Subur (PUS) bertujuan menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan. Sedangkan untuk sasaran tidak langsungnya adalah pelaksana dan pengelola KB, tujuan menurunkan tingkat kelahiran hidup melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga berkualitas dan Sejahtera.⁶⁷

d. Manfaat Program KB

Ada beberapa manfaat untuk berbagai pihak dari adanya program KB yaitu:⁶⁹

1) Manfaat bagi Ibu

Untuk mengatur jumlah anak dan jarak kelahiran sehingga dapat memperbaiki kesehatan tubuh karena mencegah kehamilan yang berulang kali dengan jarak yang dekat. Peningkatan kesehatan mental dan sosial karena adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak, beristirahat dan menikmati waktu luang dengan kegiatan lainnya.

2) Manfaat bagi anak yang dilahirkan

Anak dapat tumbuh secara wajar karena ibu yang hamil dalam keadaan sehat. Setelah lahir, anak akan mendapatkan perhatian, pemeliharaan dan makanan yang cukup karena kehadiran anak tersebut memang diinginkan dan direncanakan.

3) Bagi suami

Program KB bermanfaat untuk memperbaiki kesehatan fisik, mental, dan sosial karena kecemasan berkurang serta memiliki lebih banyak waktu luang untuk keluarganya.

4) Manfaat bagi seluruh keluarga

Dapat meningkatkan kesehatan fisik, mental dan sosial setiap anggota keluarga. Di mana kesehatan anggota keluarga

tergantung kesehatan seluruh keluarga. Setiap anggota keluarga akan mempunyai kesempatan yang lebih besar untuk memperoleh pendidikan.

e. Fase Pencapaian Sasaran Penggunaan Kontrasepsi pada Program KB

1) Fase Menunda/mencegah Kehamilan

Fase menunda ditunjukkan bagi Pasangan Usia Subur (PUS) yang memiliki isteri berusia kurang dari 20 tahun.⁷⁰ Pada PUS ini dianjurkan untuk menunda kehamilannya karena berbagai alasan. Diperlukan penggunaan kontrasepsi untuk mencegah adanya kehamilan yang tidak direncanakan. Adapun syarat alat kontrasepsi yang diperlukan untuk fase ini adalah reversibilitas yang tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat terjamin hampir 100%, karena pada masa ini akseptor belum mempunyai anak; efektivitas yang tinggi, karena kegagalan akan menyebabkan kehamilan risiko tinggi dan kegagalan ini merupakan kegagalan program. Alat kontrasepsi yang direkomendasikan adalah pil, IUD mini, dan kontrasepsi sederhana.⁷¹

2) Fase Menjarangkan Kehamilan

Fase menjarangkan dimana periode isteri berusia 20-30 tahun yang merupakan usia terbaik untuk mengandung dan melahirkan.⁷⁰ Periode umur isteri antara 20-35 tahun merupakan periode umur paling baik untuk melahirkan dengan jumlah anak 2 orang dan jarakkelahiran adalah 2-4 tahun. Adapun ciri-ciri kontrasepsi yang sesuai pada fase ini adalah efektivitas cukup tinggi; reversibilitas cukup tinggi karena akseptor masih mengharapkan punya anak lagi; dapat dipakai 2-4 tahun yaitu sesuai dengan jarak kehamilan yang disarankan; tidak menghambat ASI, karena ASI merupakan makananterbaik untuk anak sampai umur 2 tahun dan akan mempengaruhi angka kesakitan serta kematian anak. Alat kontrasepsi yang

direkomendasikan pada fase ini berturut-turut adalah IUD, suntik, pil, implant, dan kontrasepsi sederhana.⁷¹

3) Fase Menghentikan atau Mengakhiri Kehamilan

Periode istri berumur lebih dari 35 tahun sangat dianjurkan untuk mengakhiri kesuburan setelah mempunyai anak lebih dari 2 orang dengan alasan medis yaitu akan timbul berbagai komplikasi pada masa kehamilan maupun persalinannya. Adapun syarat kontrasepsi yang disarankan digunakan pada fase ini adalah efektivitas sangat tinggi karena kegagalan menyebabkan terjadinya kehamilan dengan risiko tinggi bagi ibu maupun bayi, terlebih lagi akseptor tidak mengharapkan punya anak lagi; dapat dipakai untuk jangka panjang; tidak menambah kelainan yang sudah/mungkin ada karena pada masa umur ini risiko terjadi kelainan seperti penyakit jantung, hipertensi, keganasan dan metabolik meningkat. Alat kontrasepsi yang direkomendasikan adalah kontrasepsi mantap, IUD, implant, suntikan, sederhana, dan pil.⁷¹

f. Definsi Kontrasepsi

Kontrasepsi merupakan pengaturan kehamilan dengan menggunakan alat-atau metode dengan tujuan mencegah kehamilan.⁷²

g. Tujuan Kontrasepsi

Tujuan pemakaian kontrasepsi adalah untuk menunda kehamilan, menjarangkan kehamilan dan mengakhiri kesuburan.⁷²

h. Jenis-jenis Alat Kontrasepsi

Untuk mewujudkan keberhasilan program KB, masyarakat sangat disarankan untuk memakai alat kontrasepsi. Pemakaian alat kontrasepsi ini bertujuan mencegah atau menunda kehamilan. Ada beberapa alat kontrasepsi untuk menunjang KB. Antaranya kondom, pil KB, IUD, implan/susuk, suntik dan vasektomi serta tubektomi.⁷³ Berdasarkan pemakaiannya, membedakan jenis kontrasepsi menjadi dua, yaitu kontrasepsi laki-laki dan perempuan:

1) Kontrasepsi untuk laki-laki

a) Definisi Kondom

Alat KB berbentuk sarung/selubung tipis panjangnya kurang lebih 10-15 cm, berpelumas, dan terbuat dari karet. Salah satu ujungnya terbuka dan ujung lainnya buntu membentuk puting. Kondom digunakan pada penis ketika mulai ereksi.

b) Cara kerja

Mencegah sperma masuk ke saluran reproduksi wanita karena sperma tertampung pada ujung kondom yang berputing.

c) Efektivitas

Tingkat Efektivitas sebesar 80-95%. Angka kegagalannya sangat sedikit yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun.

d) Kelebihan

Kelebihannya yaitu tidak mengganggu produksi ASI, murah dan tersedia di berbagai tempat, praktis penggunaannya, mencegah IMS, dan tidak ada efek hormonal.

e) Kelemahan

Kelemahan adalah harus tersedia setiap kali berhubungan seksual dan masalah pembuangan kondom bekas pakai.

2) Kontrasepsi untuk Perempuan yang Hormonal

a) Pil KB

Merupakan alat kontrasepsi hormonal berupa obat dalam bentuk pil yang dimasukkan melalui mulut (diminum), berisi hormon esterogen dan atau progesteron. Berdasarkan kandungannya KB pil dibedakan menjadi:

(1) Pil KB Progestin

Merupakan Pil KB yang hanya mengandung progesteron atau sering disebut dengan pil menyusui. Diminum satu kali sehari. Cara kerja pil ini dengan

menghambat ovulasi untuk mencegah lepasnya sel telur wanita dari indung telur, mengentalkan lendir mulut rahim sehingga sperma sukar untuk masuk kedalam rahim, dan menipiskan lapisan endometrium. Efektivitas dari pil KB ini bisa mencapai 92-99% dengan syarat diminum setiap hari pada saat yang sama, tidak boleh lupa minum tiap harinya, dan senggama dilakukan 3-20 jam setelah minum pil. Pil ini tidak mengganggu produksi ASI, kesuburan cepat kembali, tidak mempengaruhi menstruasi, dan dapat dihentikan setiap saat. Pil KB progestin memiliki efek hormonal seperti mempengaruhi nafsu makan. Kelemahan dari pil ini adalah tidak melindungi dari IMS dan sedikit ribet.

(2) Pil KB Kombinasi

Merupakan Pil KB yang mengandung esterogen dan progesteron. Cara kerjanya sama dengan pil KB progestin. Perbedaannya adalah pil kombinasi mempengaruhi produksi ASI sehingga tidak disarankan untuk ibu menyusui.

b) Suntik KB

Berdasarkan kandungan hormonnya dibedakan menjadi dua:

(1) Suntik Progestin

Suntik KB ini hanya mengandung hormon progesteron. Cara kerjanya yaitu dengan mencegah ovulasi. Efektivitasnya yaitu 0,3 kehamilan per 100 perempuan per tahun. Kelebihannya adalah tidak mengganggu produksi ASI, tidak mengandung esterogen sehingga tidak berdampak terhadap penyakit jantung, tidak mengganggu hubungan seksual. Kelemahannya yaitu perubahan pola haid,

mempengaruhi nafsu makan, menyebabkan pusing, dan tidak melindungi IMS.

(2) Suntik Kombinasi

Suntik KB yang mengandung hormon progesteron dan esterogen. Cara kerja dan efektivitas suntik KB kombinasi sama dengan suntik KB progestin. Perbedaannya suntik progestin adalah suntik ini mempengaruhi produksi ASI dan tidak disarankan pada perempuan dengan gangguan pada jantung atau vaskuler. Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian.

c) Implant/susuk

Merupakan alat kontrasepsi berupa kapsul kecil karet terbuat dari silikon dengan panjang kurang lebih 3cm yang disusukkan di bawah kulit lengan atas. Implan hanya mengandung hormon progestin.

(1) Cara Kerja

Mencegah ovulasi, mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat pergerakan sperma.

(2) Efektivitas

Angka kegagalan implan < 1 per 100 wanita per tahun. Efektivitas berkurang sedikit setelah 5 tahun dan pada tahun ke-6 kira-kira 2,5-3% akseptor menjadi hamil.

(3) Kelebihan

Beberapa kelebihan dari implan adalah tidak mempengaruhi produksi ASI, pengembalian kesuburan cepat setelah pencabutan, dapat dicabut setiap saat.

(4) Kelemahan

Adapun kelemahan dari implan yaitu menyebabkan perubahan pola haid sementara, menimbulkan keluhan nyeri, mual, dan tidak mencegah dari IMS.

- 3) Kontrasepsi untuk Perempuan yang Non -Hormonal yaitu AKDR
- a) Definisi AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)/ IUD (*Intra Uterine Devices*)

AKDR adalah suatu alat kontrasepsi modern yang dimasukkan ke dalam rahim yang sangat efektif, *reversible* dan berjangka panjang. Bentuk dari AKDR bermacam-macam, terdiri dari plastik (*polyethylene*), ada yang dililit tembaga (Cu), dililit tembaga bercampur perak (Ag) dan ada pula yang batangnya hanya berisi hormon progesterone.

Intra Uterine Device (IUD) adalah salah satu alat kontrasepsi jangka panjang yang paling efektif dan aman dibandingkan alat kontrasepsi lainnya.⁷⁴

- b) Cara kerja

AKDR meninggikan getaran saluran telur sehingga waktu blastokista sampai ke rahim, endometrium belum siap menerima nidasi dan menimbulkan reaksi mikro infeksi sehingga terjadi penumpukan sel darah putih yang melarutkan blastokista, dan lilitan logam menyebabkan reaksi anti fertilitas.

- c) Efektivitas

Efektivitas AKDR yaitu 99,4%. Angka kegagalannya sekitar 0,6-0,8 kehamilan per 100 perempuan dalam tahun pertama.⁷⁴

- d) Kelebihan

Segara aktif setelah pemasangan, tidak mengganggu produksi ASI, tidak memiliki efek samping hormonal, dan dapat dipasang segera setelah melahirkan dan keguguran

- e) Kelemahan

Perubahan siklus haid, perdarahan menjadi banyak, kram/sakit perut 3-5 hari setelah pemasangan, adanya keluhan suami, dan tidak mencegah IMS atau HIV/AIDS.

f) Kontrasindikasi

- (1) Wanita hamil atau diduga hamil, misalnya jika seorang wanita melakukan senggama tanpa menggugurkan metode kontrasepsi yang valid sejak periode menstruasi normal yang terakhir.
- (2) Penyakit Inflamasi Pelvic (PID) diantaranya : riwayat PID kronis, riwayat PID akut, subakut, riwayat PID dalam 3 bulan terakhir termasuk endometritis paska melahirkan atau aborsi terinfeksi.
- (3) Riwayat kehamilan ektopik atau kondisi yang dapat mempermudah ektopik.
- (4) Ukuran uterus drngan alat periksa (sonde uterus) berada diluar batas yang telah ditetapkan yaitu ukuran uterus yang normal 6-9 cm.
- (5) IUD ada didalam uterus dan belum dikeluarkan.⁷⁵

g) Indikasi

- (1) Usia reproduksi.
- (2) Keadaan nullipara.
- (3) Menginginkan menggunakan KB jangka panjang.
- (4) Wanita yang sedang menyusui.
- (5) Setelah abortus dan tidak terlihat adanya tanda infeksi.
- (6) Tidak menghendaki metode kontrasepsi hormonal.⁷⁵

h) Konseling pra-pemasangan

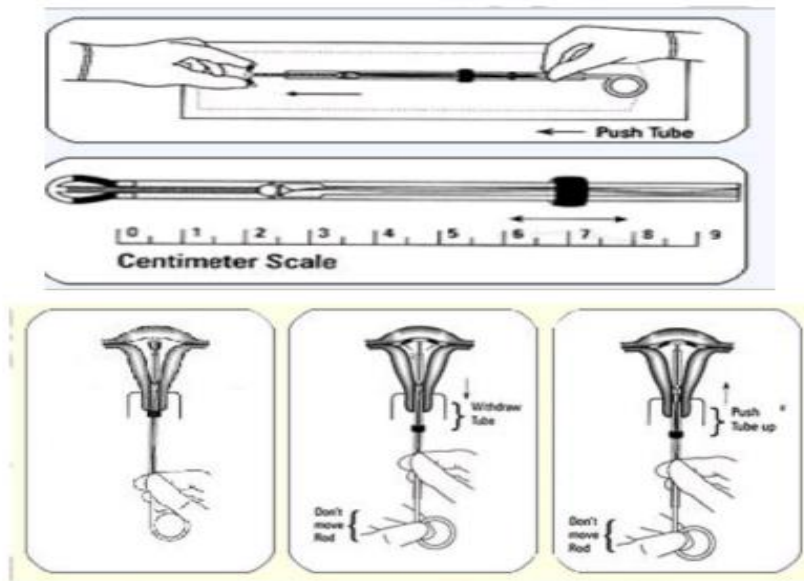
- (1) Menjelaskan cara kerja KB IUD
- (2) Menjelaskan keuntungan dan kerugian KB IUD
- (3) Menjelaskan cara pemasangan KB IUD
- (4) Menjelaskan jadwal kunjungan ulang pra-pemasangan atau seetelah pemasangan yaitu satu minggu setelah

pasangan, enam bulan setelah pemasangan, satu tahun setelah pemasangan.

- (5) Sedang hamil (diketahui hamil atau sedang hamil).
- (6) Perdarahan vagina yang tidak diketahui sebabnya
- (7) Penderita infeksi alat genital (vaginitis, servitis)
- (8) Diketahui menderita TBC pelvik
- (9) Kanker alat genital
- (10) Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm.⁷⁵

i) Pemasangan

- (1) Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan
- (2) Masukkan lengan IUD di dalam kemasan sterilnya, pakai kembali sarung tangan yang baru.
- (3) Pasang speculum vagina untuk melihat serviks.
- (4) Lakukan tindakan aseptik dan antiseptik pada vagina dan serviks.
- (5) Jepit bibir serviks dengan tenakulum
- (6) Masukkan IUD ke kanalis servikalis dengan teknik tanpa sentuh, kemudian doong ke dalam kavum uteri hingga mencapai fundus.
- (7) Tahan pendorong (plunger) dan tarik selubung (inserter) ke bawah sehingga lengan IUD bebas.
- (8) Setelah pendorong ditarik keluar, selanjutnya keluarkan selubung.
- (9) Gunting benang IUD, keluarkan tenakulum dan speculum dengan hati-hati.
- (10) Dokumentasi dan pencegahan pasca tindakan.⁷⁵



Gambar 2 Cara Pemasangan Intra Uteri Device (IUD)⁷⁵

8. Kewenangan Bidan

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan. Kompetensi Bidan adalah kemampuan yang dimiliki oleh lulusan pendidikan profesi Bidan yang meliputi pengetahuan, keterampilan, dan sikap dalam memberikan pelayanan kebidanan pada bayi baru lahir/neonatus, bayi, balita dan anak prasekolah, remaja, masa sebelum hamil, masa kehamilan, masa persalinan, masa pasca keguguran, masa nifas, masa antara, pelayanan keluarga berencana, masa klimakterium, kesehatan reproduksi dan seksualitas perempuan, serta keterampilan dasar praktik klinis kebidanan.

Area Komponen Kompetensi ke empat yaitu Area Landasan Ilmiah Praktik Kebidanan, yaitu:

- a. 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
- b. Bidan memiliki pengetahuan yang diperlukan untuk memberikan penanganan situasi kegawatdaruratan dan sistem rujukan.
 - c. Bidan memiliki pengetahuan yang diperlukan untuk dapat melakukan Keterampilan Dasar Praktik Klinis Kebidanan.⁷⁶