

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

1. Asuhan Kebidanan Kehamilan

a. Kunjungan ANC Tanggal 10-01-2024

Asuhan kebidanan berkesinambungan diberikan kepada Ny. W, umur 36 tahun pada kehamilan trimester III dengan umur kehamilan 35 minggu 4 hari di PMB Anita Noviyanti. Alamat pasien tersebut di Desa Nibung, Kecamatan Koba. Ny. W datang bersama suami dan mengatakan ingin periksa rutin kehamilan. Saat ini ibu mengeluhkan punggung terasa pegal dan nafas terasa sesak.

Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. W, kehamilan ini merupakan kehamilan kedua. Ibu mengatakan senang dan memang merencanakan kehamilan ini bersama suaminya. Pernikahan dengan suaminya ini telah berlangsung kurang lebih selama 12 tahun. Keluarga juga mendukung kehamilan ibu. Ny. W banyak mendapat bantuan juga *support* dari ibu dan ibu mertuanya selama kehamilan ini. Ibu mengatakan haid terakhirnya pada tanggal 10 Mei 2023, dan hari perkiraan lahirnya pada tanggal 17 Februari 2024. Selama hamil ini, Ny. W periksa ANC secara rutin baik di puskesmas, PMB, dan dokter kandungan dan hasil menunjukkan kehamilan ibu saat ini yaitu janin dengan taksiran berat janin besar. Riwayat obstetri Ny. W yaitu pernah melahirkan pada tahun 2013 lalu (10 tahun), anak perempuan, aterm, berat badan lahir 3.420 gr. Pada pola nutrisi saat ini ibu tidak memiliki masalah dengan makan dan minum, ibu juga mengkonsumsi sayur dan buah.

Pola makan ibu 3 kali sehari dengan porsi sedang. Ibu mengkonsumsi rata-rata 1,5 liter air minum setiap harinya. Pada pola istirahat ibu mengatakan tidak ada keluhan dan masih bisa tidur nyenyak saat malam. Pada pola buang air kecil dan besar ibu tidak

memiliki masalah. Pada riwayat penggunaan alat kontrasepsi ibu belum pernah menggunakan alat kontrasepsi jenis apapun. Pada riwayat kesehatan pasien dan keluarga, tidak pernah dan sedang menderita penyakit. Pasien juga tidak memiliki riwayat keturunan kembar. Pasien juga tidak memiliki riwayat alergi obat maupun makanan. Saat ini Ibu tinggal bersama suami dirumah kontrakan. Saat ini ibu tidak bekerja dan sebagai ibu rumah tangga. Ibu dan suami telah mulai menabung untuk persiapan persalinan dan kebutuhan bayinya nanti.

Hasil pengkajian pada awal kehamilan ditemukan BB sebelum hamil 51 kg, TB 153 cm didapatkan IMT sebelum hamil $21,8 \text{ kg/m}^2$. Berat badan ibu saat ini adalah 62 kg, sehingga ibu mengalami kenaikan berat badan 11 kg. Berdasarkan data obyektif, ditemukan tanda-tanda vital dalam batas normal. Pada pemeriksaan konjungtiva mata berwarna merah muda dan sklera putih. Pada pemeriksaan palpasi abdomen, TFU 3 jari di bawah px, 31 cm (TBJ: 3.100 gram), teraba bokong pada fundus uteri, punggung bayi di kiri ibu dan teraba kepala belum masuk panggul. Pemeriksaan TBJ sejak awal trimester III menunjukkan bahwa TBJ tergolong besar. Pada pemeriksaan auskultasi didapatkan denyut jantung janin (DJJ) 143 x/menit. Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 10-01-2024, Hb 13,5 gr/dl.

Bidan melakukan rujukan ke RS untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut yakni pemeriksaan USG untuk memastikan kondisi bayi dengan taksiran berat janin besar di usia preterm. Ny. W menyetujui untuk dirujuk dan memilih RSUD Abu Hanifah.

b. Kunjungan hamil 21 Januari 2024

Pada tanggal 21 Januari 2024, pendampingan dilakukan secara online melalui *whatsapp*. Ny. W mengatakan hari ini sudah mulai

rawat inap di RS untuk persiapan preoperasi sectio caesarea yang terjadwal pada 22 Januari 2024, dikarenakan usia kehamilan sudah aterm dan bayi harus segera dilahirkan supaya tidak terjadi fetal distress dan dampak lain yang membahayakan ibu dan janin. Saat ini usia kehamilan ibu yaitu 37 minggu 1 hari. Ny. W menyampaikan bahwa saat ini belum merasakan kontraksi, punggung terasa pegal, dan nafas terasa sesak. Hasil pemeriksaan oleh dokter dan bidan yaitu keadaan umum dan vital sign baik, kondisi janin baik. Ny. W mengatakan mendapatkan beberapa suntikan obat untuk persiapan operasi dan dianjurkan untuk berpuasa.

Kesimpulan masalah dari asuhan kehamilan pada Ny. W ini adalah ibu hamil usia berisiko >35 tahun dan jarak kehamilan >10 tahun. Berdasarkan kriteria hamil berisiko, faktor-faktor yang dimiliki ibu memiliki jumlah skor 6 yaitu Kehamilan Risiko Tinggi (KRT). Memungkinkan terjadinya kegawatan saat kehamilan maupun persalinan namun tidak darurat.

2. Asuhan Kebidanan Persalinan

Pada tanggal 22 Januari 2024 pukul 10.00 WIB Ny. W dipindahkan ke ruang operasi untuk dilakukan terminasi kehamilan atas indikasi taksiran janin besar, usia berisiko (>35 tahun), dan jarak dengan persalinan terakhir 10 tahun. Usia kehamilan ibu saat ini yaitu 37 minggu 2 hari. Hasil anamnesa pada Ny. W menjalani proses operasi SC sesuai tanggal yang telah dijadwalkan dokter yakni tanggal 22 Januari 2024 jam 11.00. Ny. W menjelaskan telah terpasang KB AKDR yang dipasang setelah proses operasi SC.

3. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir dan Neonatus

a. Bayi baru lahir

Bayi lahir secara SC pukul 12.05 wib tanggal 22 Januari 2024. Bayi berjenis kelamin laki-laki lahir sedikit merintih kemudian menangis kuat, APGAR 7/8. Berdasarkan data yang tertulis pada buku KIA bayi dalam keadaan normal dengan BB 3.400 gram, PB: 49 cm, LK: 33 cm, LD: 33 cm, LLA: 12 cm. Bayi dilakukan rawat gabung bersama ibu, bayi hanya diberikan ASI aja. ASI atau kolostrum sudah keluar dan bayi mau menyusu dengan kuat. Dari hasil pengkajian pada pemeriksaan dan penatalaksanaan yang diberikan bayi baru lahir Ny. W menunjukkan hasil normal dan baik.

b. Kunjungan neonatus 1

Asuhan kebidanan neonatus dilaksanakan pada 23-01-2024 pukul 09.00 WIB. Ibu mengatakan bayi sudah BAB 1 kali dan BAK 2 kali. Pemeriksaan umum pada bayi didapatkan hasil keadaan umum baik, TTV dalam batas normal, kulit kemerahan, tali pusat sudah mulai kering, tidak berbau, tidak ada perdarahan. Keadaan genitalia bayi bersih, tidak ada pembesaran atau pengeluaran abnormal, sudah BAB, sudah BAK, dan lancar dalam menyusu.

Berdasarkan pemeriksaan data subjektif dan objektif dapat disimpulkan diagnosa yaitu By. Ny. W usia 1 hari lahir SC. Penatalaksanaan yang harus dilakukan oleh bidan jaga di RSUD Abu Hanifah berdasarkan hasil pengkajian subjektif dari Ny. W. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa bayi dalam keadaan baik. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebutuhan nutrisi bayi seperti memberikan ASI secara on demand/sesuai kebutuhan bayi minimal setiap 2-3 jam untuk pemenuhan gizi. Semakin sering bayi disusui maka akan semakin lancar produksi ASI sehingga dapat mencukupi kebutuhan asupan dan mempercepat pertumbuhan serta perkembangan bayi. Menjelaskan mengenai ASI eksklusif.

Memberikan KIE tentang tanda bahaya pada bayi baru lahir.
Memberikan KIE perawatan tali pusat.

c. Kunjungan neonatus 2

Asuhan kebidanan neonatus pada 29-01-2024 pukul 11.00 WIB di RSUD Abu Hanifah. Ibu mengatakan bayi sehat, dapat menyusui dengan baik, tidak ada tanda bahaya bayi baru lahir. Pemeriksaan umum pada bayi didapatkan hasil keadaan umum baik, kesadaran: composmentis, N: 130 x/menit, S: 36,6°C, R: 45 x/menit, BB: 3.550 gram, PB: 49 cm, kulit kemerahan, tali pusat sudah lepas dan kering. Keadaan genetalia bersih, tidak ada pembesaran testis, tidak ada tanda infeksi.

Berdasarkan pemeriksaan data subjektif dan objektif dapat disimpulkan diagnosa yaitu By. Ny. W usia 7 hari cukup bulan, sesuai masa kehamilan, normal. Penatalaksanaan yang diberikan yaitu memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa bayi dalam keadaan baik. Menjelaskan kepada ibu tentang pentingnya ASI Eksklusif untuk pemenuhan kebutuhan nutrisi bayi setiap 2 jam selama 6 bulan. Mengajarkan ibu untuk menjaga kebersihan bayinya dengan mandi setidaknya 2 kali/hari. Mengajarkan ibu untuk menjaga kebersihan bayi seperti sering mengganti popok untuk mencegah terjadinya ruam popok. Mengajarkan ibu agar menjaga dan mempertahankan suhu tubuh bayi tetap hangat dengan menyelimuti dan pasang topi.

Memberikan KIE tentang tanda bahaya pada bayi baru lahir, meliputi tidak mau menyusui, kejang-kejang, lemah, sesak nafas (lebih dari 60x/menit dan tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam), bayi merintih atau menangis terus menerus, tali pusat kemerahan sampai dinding perut (berbau dan bernanah), demam tinggi,

mata bayi bernanah, diare/buang air besar cair lebih dari 3 kali sehari, kulit dan mata bayi kuning, dan tinja bayi berwarna pucat saat buang air. Menganjurkan ibu untuk membawa bayi ke tenaga kesehatan apabila mendapatkan salah satu tanda diatas. Menganjurkan ibu untuk rutin mengikuti kegiatan posyandu setiap bulan.

d. Kunjungan neonatus 3

Asuhan kebidanan neonatus pada 8 Februari 2024 Jam 10.00 WIB. Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan. BAK dan BAB lancar dalam batas normal, menyusu kuat dan terjadwal untuk imunisasi BCG di PMB Anita Noviyanti saat ini. Pemeriksaan umum pada bayi didapatkan hasil keadaan umum baik, kesadaran: Composmentis, HR: 137 x/menit, S: 36,6°C, R: 44 x/menit, BB: 3790 gram, PB: 50 cm, kulit kemerahan. Keadaan genetalia bersih, tidak ada pembesaran pada testis dan tidak ada tanda infeksi.

Berdasarkan pemeriksaan data subjektif dan objektif dapat disimpulkan diagnosa yaitu By. Ny. W usia 17 hari membutuhkan asuhan neonatus 8-28 hari. Penatalaksanaan yang diberikan yaitu memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa bayi dalam keadaan baik. Menjelaskan kepada ibu tentang pentingnya ASI Eksklusif untuk pemenuhan kebutuhan nutrisi bayi setiap 2 jam selama 6 bulan. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan bayinya dengan mandi setidaknya 2 kali/hari. Menganjurkan ibu agar menjaga dan mempertahankan suhu tubuh bayi tetap hangat dengan menyelimuti dan pasang topi. Menganjurkan ibu untuk rutin mengikuti kegiatan posyandu setiap bulan. Menganjurkan ibu untuk datang ke fasilitas terdekat apabila ada keluhan dengan bayinya. Menganjurkan ibu untuk melakukan imunisasi BCG pada bayi pada 19 Februari 2024 di PMB Anita Noviyanti.

4. Asuhan Kebidanan Nifas

a. Kunjungan Nifas 1

Pada tanggal 23-01-2024 pukul 09.00 WIB Ny. W mengeluh nyeri pada bekas luka operasi. Ibu mengatakan ASI-nya masih sedikit. Ibu mengatakan sudah buang air kecil dan telah mengganti pembalut. Ny. W telah mampu turun dari tempat tidur dan jalan ke kamar mandi dibantu suaminya dalam 12 jam pasca melahirkan. Ibu juga sudah mampu duduk untuk menyusui bayinya. Ibu merasa sangat senang atas kelahiran putranya dan lega karena persalinannya berjalan lancar.

Berdasarkan pemeriksaan data objektif, keadaan umum baik, kesadaran *composmentis*, TD: 118/76 mmHg, nadi: 86 x/menit, S: 36,5° C, RR: 21 x/menit. Perdarahan dalam batas normal, kontraksi uterus keras, TFU 1 jari dibawah pusat, lochea rubra, jahitan belum kering. Luka jahitan pada bekas operasi tidak ada perdarahan dan tanda-tanda infeksi. Pengeluaran pervaginam dalam batas normal, berwarna merah kehitaman $\pm 10-15$ cc. Pada pemeriksaan kedua ekstemitas tidak terdapat oedema, varises dan *homan sign*.

Analisis yaitu Ny. W usia 36 tahun P2Ab0AH2 pospartum dengan SC nifas hari ke-1 normal membutuhkan asuhan nifas 6-48 jam. Setelah diberi penatalaksanaan ibu mengerti akan penjelasan yang diberikan dan telah dilakukan pijat oksitosin serta mampu memerah menggunakan pompa ASI. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif, menjaga kehangatan bayi, menjaga kebersihan diri dan bayi, mengetahui tanda bahaya ibu nifas dan tanda bahaya pada bayi baru lahir, menganjurkan apabila terdapat tanda bahaya untuk bisa segera memanggil petugas.

b. Kunjungan Nifas 2

Pada kunjungan ke-2 tanggal 29 Januari 2024 pukul 11.00 WIB nifas hari ke 7, Ibu mengatakan nyeri bekas luka operasi sudah berkurang dan perban luka operasi dilepas dan tampak luka SC sudah mulai mengering tidak ada perdarahan dan tanda-tanda infeksi. Ibu mengatakan ASI-nya sudah lancar dapat mencukupi kebutuhan bayinya. Ibu mengkonsumsi makanan bergizi seimbang tiga kali sehari dengan satu porsi nasi, sayuran, lauk pauk yang tinggi protein. Minum sebanyak 7-8 gelas sehari dengan air putih. Ibu beraktifitas seperti jalan kaki untuk menjemur pakaian, ke kamar mandi dan jalan-jalan ringan di sekitar rumah. Pengeluaran pervaginam berwarna coklat kekuningan (*lochea sanguilenta*), dan tidak ada keluhan pada pengeluaran pervaginam. Ibu melakukan *personal hygiene* yaitu mandi seperti biasa sebanyak dua kali dalam sehari, mengganti pembalut tiga kali sehari, dan cebok dari arah depan ke belakang.

Berdasarkan pemeriksaan data objektif, keadaan umum baik, kesadaran *composmentis*, TD: 115/75 mmHg, nadi: 78 x/menit, S: 36,5° C, RR: 20 x/menit. Perdarahan dalam batas normal, kontraksi uterus sudah tidak teraba. Pada payudara tidak ada pembengkakan, tidak ada puting lecet, dan pengeluaran ASI lancar. Luka jahitan pada bekas operasi tidak ada perdarahan dan tanda-tanda infeksi. Pengeluaran pervaginam minimal, berwarna coklat kekuningan. Pada pemeriksaan kedua ekstremitas tidak terdapat oedema, varises dan *homan sign*.

Analisis yaitu Ny. W usia 36 tahun P2Ab0AH2 pospartum dengan SC nifas hari ke-7 normal membutuhkan asuhan nifas 3-7

hari. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu menganjurkan ibu untuk mencukupi kebutuhan makan minum dengan gizi cukup terutama tinggi protein dan berserat tinggi untuk membantu penyembuhan luka, melancarkan BAB, dan meningkatkan produksi ASI. KIE kebersihan genitalia dan *personal hygiene*, KIE menyusui *on demand* dan ASI eksklusif agar tercipta *bonding*, KIE kelola stress dan pemberian *support*, KIE tanda bahaya masa nifas, KIE minum obat secara rutin. Melakukan dokumentasi asuhan yang telah diberikan.

c. Kunjungan Nifas 3

Pada kunjungan ke-3 tanggal 8 Februari 2024 di PMB Anita Noviyanti, Ibu mengatakan jahitan bekas operasi sudah tidak terasa nyeri. Ibu mengatakan ingin kontrol nifas untuk membuka perban. Ibu mengatakan produksi ASI-nya cukup banyak. Ibu mengatakan buang air besar setiap 1 hari sekali dengan konsistensi agak lunak dan buang air kecil 6-7 kali dalam sehari. Berdasarkan pemeriksaan data objektif, keadaan umum baik, kesadaran *composmentis*, TD: 110/70 mmHg, nadi: 78 x/menit, S: 36,5° C, RR: 20 x/menit. Perdarahan dalam batas normal, kontraksi uterus sudah tidak teraba. Pada payudara tidak ada pembengkakan, tidak ada puting lecet, dan pengeluaran ASI lancar. Luka jahitan pada bekas operasi tidak ada perdarahan, tidak ada tanda infeksi, dan jahitan sudah kering. Pengeluaran pervaginam berupa flek berwarna coklat kekuningan. Pada pemeriksaan kedua ekstremitas tidak terdapat oedema.

Berdasarkan data obyektif, ditemukan tanda-tanda vital dalam batas normal. Pada pemeriksaan abdomen, fundus uteri sudah tidak teraba. Luka jahitan pada abdomen telah tertutup dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Pengeluaran pervaginam ada sedikit flek. Pada

pemeriksaan kedua ekstremitas tidak terdapat oedema, varises dan *homan sign*.

Analisis yaitu Ny. W usia 36 tahun P2Ab0AH2 pospartum dengan SC nifas hari ke-17 normal membutuhkan asuhan nifas 8-28 hari. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu menganjurkan ibu untuk mencukupi kebutuhan makan minum dengan gizi cukup terutama tinggi protein dan berserat tinggi untuk membantu penyembuhan luka, melancarkan BAB, dan meningkatkan produksi ASI. KIE kebersihan genitalia dan *personal hygiene*, KIE menyusui *on demand* dan ASI eksklusif agar tercipta *bonding*, KIE kelola stress dan pemberian *support*, KIE tanda bahaya masa nifas, KIE minum obat secara rutin. Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang pada 21 Februari 2024 Melakukan dokumentasi asuhan yang telah diberikan.

d. Kunjungan Nifas 4

Kunjungan nifas 4 dilakukan pada tanggal 20 Februari 2024 pada saat kunjungan di PMB Anita Noviyanti. Ibu mengatakan tidak ada keluhan, saat ini ibu datang untuk imunisasi BCG putranya sekaligus kontrol nifas. Ny. W mengatakan ASI lancar dan tidak ada masalah menyusui, ibu dapat beristirahat cukup, ibu dapat melakukan aktivitas rumah tangga seperti biasa, suami senantiasa mendukung dan membantu ibu dalam mengurus bayi dan pekerjaan rumah tangga, sudah BAK dan BAB tidak ada keluhan.

Berdasarkan pemeriksaan data objektif, keadaan umum baik, kesadaran *composmentis*, TD: 114/73 mmHg, nadi: 80 x/menit, S: 36,5° C, RR: 20 x/menit. Perdarahan dalam batas normal, kontraksi uterus sudah tidak teraba. Pada payudara tidak ada pembengkakan, tidak ada puting lecet, dan pengeluaran ASI lancar. Luka jahitan

pada bekas operasi tidak ada perdarahan, tidak ada tanda infeksi, dan jahitan sudah kering. Pengeluaran pervaginam berupa flek berwarna coklat kekuningan. Pada pemeriksaan kedua ekstremitas tidak terdapat oedema.

Analisis yaitu Ny. W usia 36 tahun P2Ab0AH2 pospartum dengan SC nifas hari ke-29 membutuhkan asuhan nifas 29-42 hari. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu menganjurkan ibu untuk mencukupi kebutuhan makan minum dengan gizi cukup terutama tinggi protein dan berserat tinggi untuk membantu penyembuhan luka, melancarkan BAB, dan meningkatkan produksi ASI. KIE kebersihan genitalia dan *personal hygiene*, KIE menyusui *on demand* dan ASI eksklusif agar tercipta *bonding*, KIE kelola stress dan pemberian *support*, KIE tanda bahaya masa nifas, KIE minum obat secara rutin. Menganjurkan ibu memperhatikan KIPI setelah imunisasi, kemudian apabila bekas lokasi penyuntikan terdapat bisul itu merupakan hal wajar sehingga tidak perlu diguyur atau dipecahkan.

5. Asuhan kebidanan keluarga berencana

Asuhan kebidanan keluarga berencana dilakukan pada tanggal 15 Maret 2024 jam 09.30 WIB di PMB Anita Noviyanti. Saat ini ibu datang bersama dengan suami. Ibu mengatakan saat ini aktif menyusui, ibu mengatakan tidak pernah mengalami perdarahan pervaginam yang tidak diketahui penyebabnya, ibu sedang tidak mengonsumsi obat-obatan yang mengganggu kerja hormone (epilepsi, tuberkolusan). Ibu mengatakan sudah selesai nifas dan sudah sekali berhubungan seksual dengan suami. Ny. W mengatakan suami merasa kurang nyaman saat bersenggama seperti ada benang yang mengganjal.

Berdasarkan pemeriksaan data objektif, keadaan umum baik, kesadaran *composmentis*, TD: 115/75 mmHg, nadi: 80 x/menit, S: 36,5° C, RR: 20 x/menit. Pada payudara tidak ada pembengkakan, tidak ada puting lecet, dan pengeluaran ASI lancar. Luka jahitan pada bekas operasi sudah kering, tidak ada tanda infeksi. Pengeluaran pervaginam tidak ada, dilakukan pemeriksaan dalam menunjukkan bahwa benang IUD masih nampak panjang.

Analisis yaitu Ny. W usia 36 tahun P2Ab0AH2 akseptor KB IUD pasca salin di PMB Anita Noviyanti. Menjelaskan kepada ibu dan suami bahwa ketidaknyamanan yang dirasakan pada saat berhubungan seksual adalah dikarenakan benang IUD yang terlalu panjang, sehingga ibu dilakukan pemeriksaan dalam dan dilakukakn pemotongan benang. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri dan genetalia, konsumsi makanan yang bergizi terutama sebagai nutrisi untuk menyusui, anjurkan ibu untuk kunjungan ulang 1 tahun lagi setelah pemasangan untuk kontrol IUD.

B. Kajian Teori

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

a. Definisi

Pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan, dan masa sesudah melahirkan, penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi, serta pelayanan kesehatan seksual diselenggarakan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara menyeluruh terpadu dan berkesinambungan. *Continuity of care* merupakan hal yang mendasar dalam model praktik kebidanan untuk memberikan asuhan yang holistik, membangun kemitraan yang berkelanjutan untuk memberikan dukungan, dan

membina hubungan saling percaya antara bidan dengan klien. Menurut Reproductive, Maternal, Newborn, And Child Health (RMNCH). “Continuity of care” meliputi pelayanan terpadu bagi ibu dan anak dari prakehamilan hingga persalinan, periode postnatal dan masa kanak-kanak. Asuhan disediakan oleh keluarga dan masyarakat melalui layanan rawat jalan, klinik, dan fasilitas kesehatan lainnya. *Continuity of care* dalam kebidanan adalah serangkaian kegiatan pelayanan yang berkelanjutan dan menyeluruh mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, pelayanan bayi baru lahir serta pelayanan keluarga berencana yang menghubungkan kebutuhan kesehatan perempuan khususnya dan keadaan pribadi setiap individu.^{5,6,7}

b. Asuhan COC

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

- 1) Manajemen
- 2) Informasi
- 3) Hubungan

Kesinambungan manajemen melibatkan komunikasi antar perempuan dan bidan. Kesinambungan informasi menyangkut ketersediaan waktu yang relevan. Kedua hal tersebut penting untuk mengatur dan memberikan pelayanan kebidanan. Perawatan berencana tidak hanya menopang bidan dalam mengkoordinasikan layanan

komprehensif mereka tetapi juga menimbulkan rasa aman serta membuat keputusan bersama.⁸

2. Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Periode antenatal adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga dimulainya persalinan sejati, yang menandai awal periode antepartum. Sebaliknya periode prenatal adalah kurun waktu terhitung sejak hari pertama haid terakhir hingga kelahiran bayi yang menandai awal periode pascanatal.⁹

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

b. Perubahan Fisiologis Ibu Hamil Trimester III

1) Sistem Reproduksi

Pada kehamilan cukup bulan ketebalan dinding uterus awalnya 5 mm dan beratnya 2 ons menjadi lebih dari 2 pon. Pembesaran uterus ikut menyebabkan adanya kontraksi *Braxton Hicks* karena perenggangan sel-sel otot uterus.⁹

Tabel 1. Tinggi Fundus Uteri Sesuai Umur Kehamilan

No.	TFU (cm)	Tinggi fundus uteri (Leopold)	Umur kehamilan (minggu)
1	12	3 jari atas simfisis	12
2	16	Pertengahan pusat dan	16

		simfisis	
3	20	3 jari bawah pusat	20
4	24	Sepusat	24
5	28	3 jari atas pusat	28
6	32	Pertengahan pusat dan <i>processus xifoideus</i> (px)	32
7	36	1-2 jari bawah px	36
8	40	2-3 jari bawah px	40

Sumber: Prawirohardjo (2014)

Peningkatan ukuran pembuluh darah dan pembuluh limfe uterus menyebabkan vaskularisasi, kongesti dan edema menyebabkan serviks bertambah lunak dan warnanya lebih biru sampai keunguan yang disebut tanda *Chadwick*. Dalam persiapan persalinan, estrogen dan hormon plasenta relaxin membuat *cervix* lebih lunak yang disebut juga tanda *Goodell*.^{10,9}

2) Mammae

Mammae akan membesar, tegang, memiliki unsur laktogenik, dan mempengaruhi sejumlah perubahan metabolik akibat adanya hormon somatomotropin korionik (*human placental lactogen* atau HPL).⁹ Payudara membesar, puting susu menonjol, areola berpigmentasi (menghitam) dan tonjolan-tonjolan kecil makin tampak diseluruh areola yang disebut *Montgomery*, cairan berwarna krem/putih kekuningan (Kolostrum) mulai keluar sebelum menjadi susu.¹⁰

3) Kulit

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan nama *striae gravidarum*. Pada multipara selain striae kemerahan itu seringkali ditemukan garis berwarna perak berkilau yang

merupakan sikatrik dan striae sebelumnya. Pada banyak perempuan kulit digaris pertengahan perutnya (linea alba) akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut dengan linea nigra.

Kadang-kadang akan muncul dalam ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher yang disebut dengan chloasma atau melasma gravidarum. Selain itu, pada areola dan daerah genital juga akan terlihat pigmentasi yang berlebihan.¹⁰

4) Sirkulasi darah

Sistem sirkulasi darah ibu dalam kehamilan dipengaruhi oleh adanya sirkulasi ke plasenta, uterus yang membesar dengan pembuluh-pembuluh darah yang membesar pula, mammae dan alat lain-lain yang memang berfungsi berlebihan dalam kehamilan seperti telah ditemukan, volume darah ibu dalam kehamilan bertambah secara fisiologis dengan adanya pencairan darah yang disebut hidremnia.¹⁰

5) Sistem Muskuloskeletal

Selama kehamilan terjadi peningkatan mobilitas sendiri sakroiliaka, sakrokoksigeus dan pubis, yang kemungkinan akibat perubahan hormon. Ini memungkinkan pelvis meningkatkan kemampuannya untuk mengakomodasi bagian presentasi selama kala akhir kehamilan dan persalinan. Simfisis pubis akan melebar dan sendi sakro-koksigeal menjadi longgar menyebabkan koksigis tergeser. Perubahan ini menyebabkan rasa tidak nyaman di punggung bawah seperti nyeri punggung bawah dan nyeri ligamen terutama di akhir kehamilan.⁹

6) Sistem pencernaan

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

peningkatan flatulen karena usus mengalami pergeseran akibat desakan dari uterus yang makin besar.⁹

7) Traktus Urinaria

Pada akhir kehamilan, akan terjadi poliuria akibat kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul menekan kandung kemih dan disebabkan oleh adanya peningkatan sirkulasi darah di ginjal pada kehamilan, sehingga filtrasi di glomerulus juga meningkat.¹⁰ Ibu hamil mengumpulkan cairan (air dan natrium) selama siang hari dalam bentuk edema dependen akibat tekanan uterus pada pembuluh darah panggul vena kava inferior, dan mengeluarkan cairan pada malam hari (nokturia) melalui kedua ginjal ketika berbaring terutama lateral kiri.⁹

8) Sistem Respirasi

Frekuensi pernapasan hanya mengalami sedikit perubahan selama kehamilan, tetapi volume tidal, volume ventilasi permenit dan pengambilan oksigen permenit akan bertambah secara signifikan pada kehamilan lanjut. Perubahan ini akan mencapai puncaknya pada minggu ke-37 dan akan kembali hampir seperti sediakala dalam 24 minggu setelah persalinan.¹¹

Seorang wanita hamil pada kelanjutan kehamilannya tidak jarang mengeluh tentang rasa sesak dan pendek nafas. Hal ini ditemukan pada kehamilan 32 minggu ke atas oleh karena usus-usus tertekan oleh uterus yang membesar kearah diafragma.¹⁰

9) Sistem Metabolisme

Pada ibu hamil *basal metabolic rate* (BMR) bertambah tinggi hingga 15-20 % yang umumnya ditemui pada trimester ketiga dan membutuhkan banyak kalori untuk dipenuhi sesuai kebutuhannya.¹⁰ 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.¹¹

Tabel 2. Rekomendasi Penambahan Berat Badan Selama Kehamilan Berdasarkan IMT

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

S

umber: Carr (2019)

c. Perubahan Psikologis Ibu Hamil Trimester III

Trimester III disebut periode penantian dengan penuh waspada karena ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Sejumlah ketakutan muncul seperti ibu merasa khawatir bayi yang dilahirkannya tidak normal, takut akan-rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul sewaktu melahirkan dan muncul rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada Trimeter III.⁹

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

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

Pada peristiwa kehamilan merupakan suatu rentang waktu, dimana tidak hanya terjadi perubahan fisiologis, tetapi juga terjadi perubahan psikologis yang merupakan penyesuaian emosi, pola berpikir, dan perilaku yang berkelanjutan hingga bayi lahir. Pengaruh faktor psikologis terhadap kehamilan adalah ketidakmampuan pengasuhan kehamilan dan mempunyai potensi melakukan tindakan yang membahayakan terhadap kehamilan.¹²

d. Faktor Risiko pada Ibu Hamil

Faktor risiko pada ibu hamil menurut Kemenkes RI (2010) dan Rochjati (2011), sebagai berikut:^{13,14}

1) Hamil lebih dari 35 tahun.

Usia ibu hamil saat hamil >35 tahun merupakan salah satu faktor risiko tinggi ibu hamil. Banyak wanita yang menunda usia kehamilan bahkan sampai usia 40 tahun, dengan alasan tertentu seperti alasan pendidikan, alasan profesional, pekerjaan. Apabila kehamilan diatas usia 42 tahun dapat mempengaruhi kondisi ibu, usia ibu hamil > 42 tahun memiliki hubungan signifikan dengan preeklampsia, kelahiran bayi *premature*, berat badan lahir rendah, dan seksio sesarea. Penyakit hipertensi dapat menyebabkan preeklampsia, dan mempengaruhi pertumbuhan plasenta yaitu hypertropi plasenta.¹⁵ Kehamilan usia ibu lebih dari 42 tahun akan mempengaruhi fungsi plasenta dan akan mempengaruhi pertumbuhan janin.¹⁰

2) Jarak persalinan terakhir dan kehamilan sekarang

Jarak persalinan terakhir dengan kehamilan apabila kurang dari 12 bulan meningkatkan kemungkinan risiko prematur. Anemia

juga lebih sering terjadi jika interval antar kehamilan kurang dari satu tahun.

Menurut BKKBN, jarak kehamilan yang paling tepat adalah 2 tahun atau lebih. Jarak kehamilan yang pendek akan mengakibatkan belum pulihnya kondisi tubuh ibu setelah melahirkan. Sehingga meningkatkan risiko kelemahan dan kematian ibu.¹³ Ibu hamil dengan persalinan terakhir >10 tahun yang lalu. Ibu dalam kehamilan dan persalinan ini seolah-olah mengalami persalinan yang pertama lagi.

Bahaya yang dapat terjadi antara lain:

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

3) Anemia

Pada saat hamil terjadi peningkatan volume darah ibu yang terjadi akibat peningkatan volume plasma, bukan akibat peningkatan sel darah merah. Walaupun terjadi peningkatan sel darah merah namun jumlahnya tidak seimbang dengan peningkatan volume plasma, sehingga mengakibatkan penurunan kadar haemoglobin.⁹

4) Riwayat keluarga

Riwayat BBLR berulang dapat terjadi biasanya pada kelainan anatomis dari uterus, seperti septum uterus, biasanya septum pada uterus vascular dan terjadi kegagalan vaskularisasi ini menyebabkan gangguan pada perkembangan plasenta hal ini juga didukung oleh faktor usia ibu >35 tahun yang mempengaruhi perkembangan plasenta. Septum mengurangi kapasitas dan

endometrium sehingga dapat menghambat pertumbuhan janin, selain itu juga dapat menyebabkan keguguran pada trimester dua dan persalinan prematur.¹⁰

e. Skor Poedji Rochjati

Skor Poedji Rochjati ini memiliki beberapa fungsi bagi ibu hamil dan tenaga kesehatan. Bagi ibu hamil dapat digunakan sebagai Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) karena skor mudah diterima, diingat, dimengerti, sehingga berkembang perilaku kesiapan mental, biaya, dan transportasi ke rumah sakit untuk mendapatkan penanganan yang adekuat. Bagi tenaga kesehatan dapat digunakan sebagai *Early Warning Sign* (tanda peringatan dini) agar lebih waspada. Semakin tinggi skor, maka dibutuhkan penilaian kritis/pertimbangan klinis dan penanganan yang lebih intensif.¹⁶

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 14 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 profesional. 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 ≥ 12 (merah).

f. Ketidaknyamanan pada Kehamilan Trimester III

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

- 1) Peningkatan frekuensi berkemih

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

- 2) Nyeri Punggung

Khusus pada masalah nyeri punggung bawah merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosacral. Nyeri punggung bawah biasanya akan meningkat intensitasnya seiring pertambahan usia kehamilan karena nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi wanita tersebut dan postur tubuhnya, akibat berat uterus yang membesar. Jika tidak dilakukan penanganan maka akan menyebabkan posisi tubuh saat berjalan condong ke belakang

akibat peningkatan lordosis. Lengkung ini kemudian akan meregangkan otot punggung dan menimbulkan rasa sakit atau nyeri.¹³

3) Nyeri Ulu Hati

Penyebab nyeri ulu hati adalah peningkatan hormon progesterone sehingga merelaksasikan sfingter jantung pada lambung, motilitas gastrointestinal karena otot halus relaksasi dan tidak ada ruang fungsional untuk lambung karena tekanan pada uterus.

4) Insomnia

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

5) Nyeri Ligamentum Teres Uteri

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

6) Edema ekstremitas bawah

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

7) Hiperventilasi dan sesak nafas

Peningkatan jumlah progesteron selama kehamilan mempengaruhi langsung pusat pernafasan untuk menurunkan kadar karbondioksida dan meningkatkan kadar oksigen. Hiperventilasi

akan menurunkan kadar dioksida. Uterus membesar dan menekan diafragma sehingga menimbulkan rasa sesak.

g. Gejala dan Tanda Bahaya Selama Kehamilan

Menurut Saifuddin (2010), tanda bahaya yang terjadi pada ibu hamil dengan umur kehamilan lanjut ialah:¹¹

- 1) Perdarahan pervaginam
- 2) Sakit kepala yang hebat dan menetap
- 3) Gangguan penglihatan
- 4) Nyeri abdomen
- 5) Bengkak pada muka dan tangan
- 6) Janin kurang bergerak seperti biasa.

h. *Antenatal Care*

Pemeriksaan *Antenatal Care* (ANC) adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil, hingga mampu menghadapi persalinan, kala nifas, persiapan pemberian ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar.¹⁷

Menurut Kemenkes RI (2020), pelayanan kesehatan ibu hamil diwujudkan melalui pemberian pelayanan antenatal sekurang-kurangnya enam kali selama masa kehamilan, dengan distribusi waktu minimal dua kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 13-27 minggu), dan tiga kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 28 minggu sampai persalinan).¹⁸

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

- 1) Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan;
 - 2) Pengukuran tekanan darah;
 - 3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA);
 - 4) Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri);
 - 5) Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toksoid sesuai status imunisasi;
 - 6) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan;
 - 7) Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ);
 - 8) Pelaksanaan temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling, termasuk keluarga berencana);
 - 9) Pelayanan tes laboratorium, sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein urin dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya); dan
 - 10) Tatalaksana kasus.
- i. Kecemasan Skala Kecemasan *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS)

Kecemasan dapat diukur dengan pengukuran tingkat kecemasan menurut alat ukur kecemasan yang disebut *HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale)*. Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya *symptom* pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala HARS terdapat 14 *symptom* yang nampak, setiap item yang diobservasi diberi 5 tingkatan skor antara 0 (*No Persent*) sampai dengan 4 (*severe*).

Skala HARS pertama kali digunakan pada tahun 1959, yang diperkenalkan oleh Max Hamilton dan sekarang telah menjadi standar dalam pengukuran kecemasan terutama pada penelitian *trial clinic*. Skala HARS telah dibuktikan memiliki validitas dan reliabilitas cukup

tinggi untuk melakukan pengukuran kecemasan pada *trial clinic* yaitu 0,93 dan 0,97. Kondisi ini menunjukkan bahwa pengukuran kecemasan dengan menggunakan skala HARS akan diperoleh hasil yang valid dan reliable. Skala HARS menurut Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) yang dikutip Hidayat (2007) penelitian kecemasan terdiri dari 14 item, meliputi:

- a. Perasaan cemas (ansietas) yang ditandai dengan cemas, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung.
- b. Ketegangan yang ditandai dengan merasa tegang, lesu, tidak dapat istirahat tenang, mudah terkejut, mudah menangis, gemetar, gelisah.
- c. Ketakutan ditandai dengan ketakutan pada gelap, ketakutan ditinggal sendiri, ketakutan pada orang asing, ketakutan pada binatang besar, ketakutan pada keramaian lalu lintas, ketakutan pada kerumunan orang banyak.
- d. Gangguan tidur ditandai dengan sukar masuk tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak nyenyak, bangun dengan lesu, banyak mimpi- mimpi, mimpi buruk, mimpi yang menakutkan.
- e. Gangguan kecerdasan ditandai dengan sukar konsentrasi, daya ingat buruk, daya ingat menurun.
- f. Perasaan depresi ditandai dengan kehilangan minat, sedih, bangun dini hari, kurangnya kesenangan pada hobi, perasaan berubah sepanjang hari.
- g. Gejala somatik ditandai dengan nyeri pada otot, kaku, kedutan otot, gigi gemerutuk, suara tidak stabil.
- h. Gejala sensorik ditandai oleh tinitus, penglihatan kabur, muka merah dan pucat, merasa lemah, perasaan ditusuk-tusuk.
- i. Gejala kardiovaskuler ditandai oleh takikardi (denyut jantung

cepat), berdebar-debar, nyeri dada, denyut nadi mengeras, rasa lesu/lemas seperti mau pingsan, detak jantung menghilang berhenti sekejap.

- j. Gejala pernapasan ditandai dengan rasa tertekan atau sempit di dada, perasaan terkecek, merasa nafas pendek/sesak, sering menarik nafas panjang.
- k. Gejala gastrointestinal ditandai dengan sulit menelan, mual, perut melilit, gangguan pencernaan, nyeri lambung sebelum dan setelah makan, rasa panas di perut, perut terasa kembung atau penuh, muntah, buang air besar lembek, kehilangan berat badan, sukar buang air besar (konstipasi).
- l. Gejala urogenital ditandai oleh sering buang air kecil, tidak dapat menahan kencing, tidak datang bulan (tidak haid), darah haid berlebihan, darah haid amat sedikit, masa haid berkepanjangan, masa haid amat pendek, haid beberapa kali dalam sebulan, menjadi dingin (frigid), ejakulasi dini, ereksi melemah, ereksi hilang, impoten.
- m. Gejala otonom ditandai dengan mulut kering, muka merah, mudah berkeringat, pusing, sakit kepala, kepala terasa berat, bulu-bulu berdiri.
- n. Perilaku sewaktu wawancara ditandai dengan gelisah, tidak tenang, jari gemetar, mengerutkan dahi atau kening, muka tegang, tonus otot meningkat, nafas pendek dan cepat, muka merah.

Cara penilaian kecemasan adalah dengan memberikan nilai dengan kategori :

0 = Tidak ada gejala sama sekali

1 = Satu dari gejala yang ada

2 = Sedang/separuh dari gejala yang ada

3 = Berat/lebih dari ½ gejala yang ada

4 = Sangat berat semua gejala ada

Penentuan derajat kecemasan dengan cara menjumlahkan nilai skor dan item 1-14 dengan hasil :

1. Skor kurang dari 14 = Tidak ada kecemasan

2. Skor 14 – 20 = Kecemasan ringan

3. Skor 21 – 27 = Kecemasan sedang

4. Skor 28 – 41 = Kecemasan berat

5. Skor 42 – 56 = Kecemasan berat sekali/panik

3. Persalinan

a. Definisi Persalinan

Persalinan adalah pengeluaran hasil konsepsi (janin, air ketuban, plasenta dan selaput ketuban) dilepas dan dikeluarkan dari uterus melalui vagina ke dunia luar.¹⁹ Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta.²⁰ Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan di mulai sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap.²¹

Persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini

berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi dan kekuatan yang teratur. Mula-mula kekuatan yang muncul kecil, kemudian terus meningkat sampai puncaknya pembukaan serviks lengkap sehingga siap untuk pengeluaran janin dari rahim ibu.²²

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya *serviks* dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir, spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin.²³

b. Etiologi

Selama kehamilan, didalam tubuh perempuan terdapat dua hormon yang dominan yaitu esterogen dan progesteron. Hormon esterogen berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim serta memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin, dan mekanis. Sedangkan, hormon progesteron berfungsi untuk menurunkan sensitivitas otot rahim, menghambat rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin dan mekanis serta menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.²⁰ Sampai saat ini hal yang menyebabkan mulainya proses persalinan belum diketahui sehingga hanya ada teori-teori antara lain disebabkan oleh hormon, struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh tekanan pada saraf, dan nutrisi. Dengan demikian dapat disebutkan beberapa teori yang dapat menyebabkan persalinan sebagai berikut:²²

1) Teori Keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga

persalinan dapat dimulai. Keadaan uterus terus membesar dan menjadi tegang yang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus.

2) Teori Penurunan Progesteron

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

3) Teori Oksitosin Internal

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

4) Teori Prostaglandin

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

c. Tanda dan Gejala

Menjelang minggu ke-36 pada multigravida terjadi penurunan fundus uterus karena kepala bayi sudah masuk ke dalam pintu atas panggul (PAP). Gambaran *lightening* pada multigravida menunjukkan hubungan normal antara *power* (his); *passage* (jalan lahir); *passanger*

(janin). Pada multipara gambarannya menjadi tidak jelas seperti multigravida, karena masuknya kepala janin ke dalam panggul terjadi bersamaan dengan proses persalinan.²⁰

Berikut adalah tanda-tanda dimulainya persalinan menurut:^{21,24}

1) Terjadinya kontraksi/ his persalinan.

Sifat kontraksi/ his persalinan:

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

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

Terjadinya his persalinan mengakibatkan terjadinya perubahan pada serviks yang akan menimbulkan pendataran dan pembukaan. Dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari *canalis cervicalis* keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa *capillair* darah terputus.

3) *Premature Rupture of Membrane* (Pecah Ketuban)

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

4) Penipisan dan pembukaan serviks.

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

Tabel 3. Karakteristik Persalinan Sesungguhnya dan Persalinan Semu²⁵

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

d. Tahapan Persalinan Pervaginan

Persalinan dibagi menjadi 4 tahap, yaitu:

1) Kala I (Kala Pembukaan)

Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran pergeseran ketika serviks mendatar dan membuka.²²

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0-10 cm atau pembukaan lengkap. Proses ini terjadi dua fase yakni fase laten selama 8 jam dimana serviks membuka sampai 3 cm dan fase aktif selama 7 jam dimana serviks membuka dari 3-10 cm. Kontraksi lebih kuat dan sering terjadi selama fase aktif. Pada permulaan his kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga atau ibu bersalin masih dapat berjalan-jalan.²⁰

Pemantauan kemajuan persalinan dilakukan dengan menggunakan partograf, pemantauan DJJ setiap 30 menit sekali, tekanan darah diperiksa selama 4 jam sekali, suhu selama 2 jam sekali, nadi selama 30 menit, pemeriksaan dalam dilakukan 4 jam sekali, dan DJJ yang normal adalah 100x/ menit-180x/ menit.²⁶

Pemeriksaan yang perlu dilakukan pada kala I adalah:

- a) Pemeriksaan tanda vital ibu, yaitu tekanan darah setiap 4 jam serta pemeriksaan kecepatan nadi dan suhu setiap 1 jam.
- b) Pemeriksaan kontraksi uterus setiap 30 menit.
- c) Pemeriksaan denyut jantung janin setiap 1 jam, pemeriksaan denyut jantung bayi yang dipengaruhi kontraksi uterus dapat dilakukan dengan prosedur *cardiotocography* (CTG).
- d) Pemeriksaan dalam dilakukan setiap 4 jam untuk menilai dilatasi serviks, penurunan kepala janin, dan warna cairan amnion.^{26.27.28.29}

Tabel 4. Penilaian dan Intervensi Selama Kala I³⁰

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

Terdapat beberapa tindakan yang dilakukan pada kala I tetapi kurang memberikan manfaat, sehingga tidak dilakukan secara rutin, yaitu pemasangan kateter urin dan prosedur enema. Ibu dilarang mengejan sebelum kala I selesai, karena dapat menyebabkan kelelahan dan ruptur serviks.^{26,27,28,29}

2) Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Kala II merupakan kala pengeluaran bayi dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi. Uterus dengan kekuatan hisnya ditambah kekuatan meneran akan mendorong bayi hingga lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada multigravida dan 1 jam pada multigravida.²⁴ Diagnosis persalinan ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm.²⁰

Tanda dan gejala persalinan kala II adalah:^{21,24}

- a) Ibu ingin mengejan. Keinginan untuk mengejan akibat tertekannya pleksus *Frankenhauser*
- b) Perineum menonjol
- c) Vulva vagina dan *sphincter* anus membuka

- d) Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat. Menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
 - e) His semakin kuat dan lebih cepat dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50 sampai 60 detik.
 - f) Pembukaan lengkap (10 cm)
 - g) Pada multigravida berlangsung rata-rata 1.5 jam dan multipara rata-rata 0.5 jam.
- 3) Kala III (Kala Pengeluaran Plasenta)

Kala III adalah waktu untuk pelepasan plasenta dan pengeluaran plasenta. Setelah kala II yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Dengan lahirnya bayi dan proses retraksi uterus, maka plasenta lepas dari lapisan *nitabusch*.²¹ Pelepasan plasenta diperkirakan dengan melihat beberapa tanda meliputi uterus menjadi bundar, uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke arah segmen bawah rahim, tali pusat bertambah panjang, terdapat semburan darah tiba-tiba.¹⁷ Plasenta dan selaput ketuban harus diperiksa secara teliti setelah dilahirkan, bagian plasenta lengkap atau tidak. Bagian permukaan maternal yang normal memiliki 6 sampai 20 kotiledon. Jika plasenta tidak lengkap maka disebut ada sisa plasenta serta dapat mengakibatkan perdarahan yang banyak.²¹

Macam-macam Pelepasan Plasenta:²²

- a) Mekanisme *Schultz*

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

- b) Mekanisme *Duncan*

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

Pemeriksaan Pelepasan Plasenta:²⁰

a) Perasat *Kustner*

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

b) Perasat *Strassman*

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

c) Perasat *Klein*

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

4) Kala IV (Kala Pengawasan)

Kala empat merupakan tahapan persalinan berupa tindakan observasi 2 jam pertama post partum, sejak plasenta lahir sampai keadaan ibu menjadi stabil. Pemantauan dilakukan karena banyak perdarahan terjadi pada 2 jam pertama persalinan.¹⁷ Observasi yang dilakukan adalah sebagai berikut:^{17,20}

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

Terdapat beberapa definisi *Sectio Caesarea* (SC). SC adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Prawirohardjo, 2020). *Sectio Caesarea* (SC) adalah suatu pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus sehingga janin dapat lahir secara utuh dan sehat (Jitawiyono, 2018).

Menurut Mochtar (2012) *Sectio Caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut dan vagina. Ada beberapa istilah dalam *Sectio Caesarea* (SC) yaitu:

- a) *Sectio Caesarea* Primer (Elektif) SC primer bila sejak mula telah direncanakan bahwa janin akan dilahirkan dengan cara SC.
- b) *Sectio Caesarea* Sekunder SC sekunder adalah keadaan ibu bersalin dilakukan partus percobaan terlebih dahulu, jika tidak ada kemajuan (gagal) maka dilakukan SC.

- c) *Sectio Caesarea* Ulang Ibu pada kehamilan lalu menjalani operasi SC dan pada kehamilan selanjutnya juga dilakukan SC.
- d) *Sectio Caesarea* Histerektomy Suatu operasi yang meliputi kelahiran janin dengan SC yang secara langsung diikuti histerektomi karena suatu indikasi.
- e) Operasi Porro Merupakan suatu operasi dengan kondisi janin yang telah meninggal dalam rahim tanpa mengeluarkan janin dari kavum uteri dan langsung dilakukan histerektomi. Misalnya pada keadaan infeksi rahim yang berat.

2) Indikasi Tindakan SC

Indikasi dalam SC dapat dibagi menjadi indikasi absolut dan indikasi relatif. Setiap keadaan yang mengakibatkan kelahiran melalui jalan lahir tidak mungkin terlaksana merupakan indikasi absolut. Misalnya kesempitan panggul, adanya neoplasma yang menyumbat jalan lahir. Indikasi relatif yaitu bila kelahiran melalui vagina bisa terlaksana tetapi dengan pertimbangan keamanan ibu dan bayi maka dilakukan SC (Oxorn dan Forte, 2018).

Manuaba (2012) mengatakan indikasi SC meliputi partus lama, disproporsi sepalo pelvic, panggul sempit, gawat janin, malpresentasi, rupture uteri mengancam, dan indikasi lainnya. Indikasi klasik yang dapat dikemukakan sebagai dasar SC adalah prolong labour, ruptur uteri mengancam, fetal distress, berat janin melebihi 4000 gram, perdarahan ante partum. Indikasi yang menambah tingginya angka SC adalah SC berulang, kehamilan

prematur, kehamilan resiko tinggi, kehamilan kembar, SC dengan kelainan letak.

3) Kontraindikasi Tindakan *Sectio Caesarea* (SC)

Dalam praktik kebidanan modern, tidak ada kontraindikasi tegas terhadap SC, namun jarang dilakukan dalam kasus janin mati atau Intra Uterine Fetal Death (IUFD), terlalu premature bertahan hidup, ada infeksi pada dinding abdomen, anemia berat yang belum teratasi, kelainan konginetal, kurangnya fasilitas (Fitri, 2017).

4) Komplikasi Tindakan *Sectio Caesarea* (SC)

Beberapa komplikasi yang paling banyak terjadi dalam SC adalah akibat tindakan anestesi, jumlah darah yang dikeluarkan oleh ibu selama operasi berlangsung, komplikasi penyulit, Endometriosis (radang endometrium), Tromboplebitis (gangguan pembekuan darah pembuluh balik), Embolisme (penyumbatan pembuluh darah paru), dan perubahan bentuk serta letak rahim menjadi tidak sempurna. Komplikasi serius pada tindakan SC adalah perdarahan karena atonia uteri, pelebaran insisi uterus, kesulitan mengeluarkan plasenta, hematoma ligamentum latum (Broad Ligamen), infeksi pada saluran genitalia, pada daerah insisi, dan pada saluran perkemihan (Prawirohardjo, 2018).

5) Risiko persalinan SC

Frekuensi SC yang semakin tinggi mengakibatkan masalah tersendiri untuk kesehatan ibu, bayi dan kehamilan berikutnya. Morbiditas dan mortalitas tersebut berhubungan dengan adanya luka parut uterus (Suryawinata, 2019). Menurut Chunningham dalam Suryawinata (2019) bekas luka SC terdiri dari dua komponen yaitu bagian hypocoic pada bekas luka dan jaringan parut pada

myometrium yang dinilai sebagai ketebalan myometrium residual (KMR).

Ketebalan seluruh Segmen Bawah Rahim (SBR) diukur dengan menggunakan transabdominal sonografi, sedangkan lapisan otot diukur dengan menggunakan Transvaginalsonografi (TVS). Ketebalan SBR harus dievaluasi karena berperan penting sebagai predictor terjadinya ruptur uteri. Angka kejadian rupture uteri sebesar 0,6% pada pasien dengan riwayat SC 1 kali dan meningkat menjadi 1,8% pada pasien dengan riwayat SC dua kali. Persalinan melalui SC juga terbukti akan meningkatkan resiko terjadinya plasenta previa dan abrupsio plasenta pada kehamilan berikutnya.

Peningkatan resiko terjadinya plasenta previa 47% dan abrupsio plasenta 40%. Respon yang berbeda terhadap luka operasi SC terutama respon terhadap sitokin dan mediator inflamasi, kejadian stress oksidatif berdampak pada pertumbuhan dan rekontruksi desidua basalis serta kemampuan desidua untuk menampung dan memodulasi infiltrasi trofoblast. Remodelisasi kondisi uterus pasca SC juga dapat menyebabkan kelainan pada letak plasenta, yaitu plasenta previa. Adanya insisi SBR yang membuat modulasi dari SBR menipis sehingga menyebabkan plasentosis menyebar hingga ke permukaan rendah uterus. Plasenta previa ini dapat menyebabkan perdarahan anate partum dan menjadi indikasi untuk kembali dilakukan SC pada kehamilan selanjutnya (Suryawinata, 2019)

- f. Fisiologi Persalinan
 - 1) Fisiologi Kala I
 - a) Uterus

Saat mulai persalinan, jaringan dari miometrium berkontraksi dan berelaksasi seperti otot pada umumnya. Pada saat otot retraksi, ia tidak akan kembali ke ukuran semula tapi berubah ke ukuran yang lebih pendek secara progresif. Dengan perubahan bentuk otot pada proses kontraksi, relaksasi, dan retraksi maka kavum uterus lama kelamaan menjadi semakin mengecil. Proses ini merupakan salah satu faktor yang menyebabkan janin turun ke pelviks. Kontraksi uterus dimulai dari fundus dan terus menyebar sampai ke bawah abdomen dengan dominasi tarikan ke arah fundus (fundal dominan). Kontraksi berakhir dengan masa yang terpanjang dan sangat kuat pada fundus.²⁴

b) Serviks

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

(1) Penipisan serviks (*Effacement*)

Berhubungan dengan kemajuan pemendekan dan penipisan serviks. Seiring dengan bertambah efektifnya kontraksi, serviks mengalami perubahan bentuk menjadi lebih tipis. Hal ini disebabkan oleh kontraksi uterus yang bersifat fundal dominan sehingga seolah-olah serviks tertarik ke atas dan lama-kelamaan menjadi tipis.³¹

Panjang serviks pada akhir kehamilan normal berubah-ubah (beberapa mm sampai 3 cm). Dengan mulainya persalinan panjangnya serviks berkurang secara teratur sampai menjadi pendek (hanya beberapa mm). Serviks yang sangat tipis ini disebut sebagai menipis penuh.³¹

(2) Dilatasi

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

Untuk mengukur dilatasi/ diameter serviks digunakan ukuran centimeter dengan menggunakan jari tangan saat pemeriksaan dalam. Serviks dianggap membuka lengkap setelah mencapai diameter 10 cm.^{24,31}

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

2) Fisiologi Kala II

- a) His menjadi lebih kuat, kontraksinya selama 50-100 detik, datangnya tiap 2-3 menit.
- b) Ketuban biasanya pecah pada kala ini ditandai dengan keluarnya cairan kekuning-kuningan, sekonyong-konyong dan banyak.
- c) Pasien mulai mengejan
- d) Pada akhir kala II sebagai tanda bahwa kepala sudah sampai di dasar panggul, perineum menonjol, vulva menganga dan *rectum* terbuka.
- e) Pada puncak his, bagian kecil kepala nampak di vulva dan hilang lagi waktu his berhenti, begitu terus hingga nampak lebih besar. Kejadian ini disebut “kepala membuka pintu”.
- f) Pada akhirnya lingkaran terbesar kepala terpegang oleh vulva sehingga tidak bisa mundur lagi, tonjolan tulang ubun-ubun

telah lahir dan *subocciput* ada di bawah symphysis disebut “kepala keluar pintu”.

- g) Pada his berikutnya dengan ekstensi maka lahirlah ubun-ubun besar, dahi dan mulut pada *commissura posterior*. Saat ini untuk primipara, perineum biasanya akan robek pada pinggir depannya karena tidak dapat menahan regangan yang kuat tersebut.
- h) Setelah kepala lahir dilanjutkan dengan putaran paksi luar, sehingga kepala melintang, vulva menekan pada leher dan dada tertekan oleh jalan lahir sehingga dari hidung anak keluar lendir dan cairan.
- i) Pada his berikutnya bahu belakang lahir kemudian bahu depan disusul seluruh badan anak dengan fleksi lateral, sesuai dengan paksi jalan lahir.
- j) Setelah anak lahir, sering keluar sisa air ketuban, yang tidak keluar waktu ketuban pecah, kadang-kadang bercampur darah.
- k) Lama kala II pada primi ± 50 menit pada multi ± 20 menit.²⁴

3) Fisiologi Kala III

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

Sebagian dari pembuluh-pembuluh darah yang kecil akan robek saat plasenta lepas. Tempat melekatnya plasenta akan berdarah terus hingga uterus seluruhnya berkontraksi. Setelah

plasenta lahir, dinding uterus akan berkontraksi dan menekan semua pembuluh-pembuluh darah ini yang akan menghentikan perdarahan dari tempat melekatnya plasenta tersebut.

Sebelum uterus berkontraksi, wanita tersebut bisa kehilangan darah 350-360 cc/menit dari tempat melekatnya plasenta tersebut. Uterus tidak bisa sepenuhnya berkontraksi hingga plasenta lahir dahulu seluruhnya. Oleh sebab itu, kelahiran yang cepat dari plasenta segera setelah ia melepaskan dari dinding uterus merupakan tujuan dari manajemen kebidanan dari kala III yang kompeten.

4) Fisiologi Kala IV

Setelah plasenta lahir tinggi fundus uteri kurang lebih 2 jari dibawah pusat. Otot-otot uterus berkontraksi, pembuluh darah yang ada diantara anyaman-anyaman otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan.²⁴

g. Masalah Psikologis Persalinan

Masalah psikologis yang terjadi pada masa persalinan adalah kecemasan. Pada masa persalinan seorang wanita ada yang tenang dan bangga akan kelahiran bayinya, tetapi ada juga yang merasa takut. Cemas adalah sebuah emosi dan pengalaman subjektif dari seseorang, keadaan yang membuat seseorang tidak nyaman dan terbagi dalam beberapa tingkatan. Cemas berkaitan dengan perasaan yang tidak pasti dan tidak berdaya.³² Sedangkan menurut Hawari (2013), kecemasan (*ansietas/ anxiety*) adalah gangguan alam perasaan (*affective*) yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (*Reality Testing Ability/ RTA*, masih baik), kepribadian masih tetap

utuh (tidak mengalami keretakan kepribadian/ *splitting of personality*), perilaku dapat terganggu tetapi masih dalam batas-batas normal.³³

Secara fisiologis, respon tubuh terhadap kecemasan adalah dengan mengaktifkan sistem syaraf otonom (simpatis dan parasimpatis). Sistem saraf simpatis akan mengaktifasi proses tubuh, sedangkan sistem saraf parasimpatis akan menimbulkan respons tubuh. Bila korteks otak menerima rangsang, maka rangsangan akan dikirim melalui saraf simpatis ke kelenjar adrenal yang akan melepaskan adrenal/ epineprin sehingga efeknya antara lain nafas menjadi lebih dalam, nadi meningkat, dan tekanan darah meningkat. Secara psikologis, kecemasan akan mempengaruhi koordinasi atau gerak refleks, kesulitan mendengar atau mengganggu hubungan dengan orang lain. Kecemasan dapat membuat individu menarik diri dan menurunkan keterlibatan orang lain.²⁰

Secara umum kecemasan dipengaruhi oleh beberapa gejala yang mirip dengan orang yang mengalami stress. Bedanya stress didominasi oleh gejala fisik, sedangkan kecemasan didominasi oleh gejala psikis. Adapun gejala-gejala orang yang mengalami kecemasan adalah sebagai berikut:³³

- 1) Ketegangan motorik/alat gerak seperti gemetar, tegang, nyeri otot, letih, tidak dapat santai, gelisah, tidak dapat diam, kening berkerut, dan mudah kaget.
- 2) Hiperaktivitas saraf otonom (simpatis dan parasimpatis) seperti keringat berlebihan, jantung berdebar-debar, rasa dingin di telapak tangan dan kaki, mulut kering, pusing, rasa mual, sering buang air kecil, diare, muka merah/pucat, denyut nadi dan nafas cepat.

- 3) Rasa khawatir yang berlebihan tentang hal-hal yang akan datang seperti cemas, takut, khawatir, membayangkan akan datangnya kemalangan terhadap dirinya.
- 4) Kewaspadaan yang berlebihan seperti perhatian mudah beralih, sukar konsentrasi, sukar tidur, mudah tersinggung, dan tidak sabar.

Saat seseorang merasa takut, tubuh mengalihkan darah dan oksigen dari organ pertahanan nonesensial menuju kelompok otot besar di wilayah kaki dan tangan. Akibatnya, area wajah menjadi pucat. Rasa cemas dan takut menyebabkan rasa nyeri dan membuat kontraksi uterus semakin keras. Kecemasan dan ketakutan memacu keluarnya adrenalin dan menyebabkan serviks kaku dan membuat proses persalinan lebih lambat. Kecemasan dan ketakutan menyebabkan pernapasan tidak teratur, mengurangi asupan sirkulasi oksigen bagi tubuh dan bagi bayi. Akhirnya jantung memompa lebih cepat sehingga tekanan darah semakin tinggi. Stres dan rasa takut ternyata secara fisiologis dapat menyebabkan kontraksi uterus menjadi terasa nyeri dan sakit. Saat wanita yang ada dalam kondisi inpartu mengalami stres secara otomatis stres tersebut merangsang tubuh untuk mengeluarkan hormon stresor, yaitu hormon katekolamin dan hormon adrenalin. Jika calon ibu tidak dapat menghilangkan rasa takutnya sebelum melahirkan maka hormon katekolamin dilepaskan dalam konsentrasi tinggi saat persalinan. Hasilnya, berbagai respon tubuh muncul antara lain dengan “melawan atau menghindar”. Apabila ibu bersalin memilih untuk menghadapi rasa takut maka tubuh untuk beberapa saat akan mengalami lonjakan adrenalin dan kortisol, namun setelah ibu bersalin tersebut melakukan relaksasi maka akan kembali dalam posisi normal.³⁴ Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan antara lain:

1) Nyeri

Hampir semua wanita mengalami dan merasakan nyeri selama persalinan, tetapi respon setiap wanita terhadap nyeri persalinan berbeda-beda. Nyeri persalinan disebabkan oleh dilatasi serviks, hipoksia otot uterus, iskemia korpus uteri, peregangan segmen bawah uterus dan kompresi saraf di serviks (gangglionik servikalis).²⁴ Nyeri persalinan dan stress dapat berdampak pada meningkatnya katekolamin. Katekolamin mengakibatkan berkurangnya aliran darah ke uterus sehingga uterus kekurangan oksigen yang berdampak pada persalinan lama.^{24,35} Ketakutan dan kecemasan dapat menghasilkan ketegangan pada otot dan meningkatkan persepsi nyeri seseorang.³⁶

2) Keadaan Fisik

Penyakit yang menyertai ibu dalam kehamilan adalah salah satu faktor yang menyebabkan kecemasan. Seseorang yang menderita suatu penyakit akan mengalami kecemasan dibandingkan dengan orang yang tidak sedang menderita sakit. Seorang ibu hamil dengan suatu penyakit yang menyertai kehamilannya, maka ibu tersebut akan lebih cemas lagi karena kehamilan dan persalinan meskipun dianggap fisiologis, tetapi tetap berisiko terjadi hal-hal psikologis.²⁴

3) Riwayat Pemeriksaan Kehamilan

Dalam setiap kunjungan pemeriksaan kehamilan ke petugas kesehatan, selain pemeriksaan fisik, ibu akan mendapatkan informasi/ pendidikan kesehatan tentang perawatan kehamilan yang baik, persiapan menjelang persalinan baik fisik maupun psikis, serta informasi mengenai proses persalinan yang akan dihadapi nanti. Dengan demikian, ibu diharapkan dapat lebih siap

dan lebih percaya diri dalam menghadapi proses persalinan. Untuk itu selama hamil hendaknya ibu memeriksakan kehamilannya secara teratur ke petugas kesehatan .²⁴

4) Pengetahuan

Pengetahuan adalah apa yang diketahui oleh seseorang tentang suatu hal secara formal maupun nonformal. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih permanen dianut seseorang dibandingkan dengan perilaku yang biasa berlaku. Pengetahuan yang rendah mengakibatkan seseorang mudah mengalami kecemasan. Ketidaktahuan tentang suatu hal yang dianggap sebagai tekanan yang dapat mengakibatkan krisis sehingga dapat menimbulkan kecemasan. Kecemasan dapat terjadi pada ibu dengan pengetahuan rendah mengenai proses persalinan, serta hal-hal yang akan dan harus dialami oleh ibu sebagai dampak dari kemajuan persalinan. Hal ini disebabkan karena kurangnya informasi yang diperoleh.²⁴

5) Dukungan Lingkungan Sosial (Dukungan Suami)

Dukungan keluarga, terutama suami saat ibu melahirkan sangat dibutuhkan seperti kehadiran keluarga dan suami untuk mendampingi istri menjelang melahirkan atau suami menyentuh tangan istri dengan penuh perasaan sehingga istri akan merasa lebih tenang untuk menhadapi proses persalinan.²⁴

Kehadiran seorang pendamping persalinan dapat memberikan rasa nyaman, aman, semangat, dukungan emosional dan dapat membesarkan hati ibu. Kehadiran seorang pendamping pada saat persalinan dapat menimbulkan efek positif terhadap hasil

persalinan dalam arti dapat menurunkan morbiditas, mengurangi rasa sakit, persalinan yang lebih singkat, dan menurunnya persalinan dengan operasi termasuk bedah sesar.³⁷

6) Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang berpengaruh dalam memberikan respons terhadap sesuatu yang datang baik dari dalam maupun luar. Seseorang yang mempunyai pendidikan yang tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional dibandingkan mereka yang berpendidikan lebih rendah atau yang tidak mempunyai pendidikan. Kecemasan adalah respon yang dapat dipelajari. Dengan demikian, pendidikan yang rendah menjadi faktor penunjang terjadinya kecemasan.²⁴

h. Penatalaksanaan Asuhan Persalinan

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

Penolong persalinan harus tetap tinggal bersama ibu setidaknya 2 jam pertama setelah kelahiran sampai keadaan ibu stabil, fundus harus diperiksa setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. *Massase fundus* harus dilakukan sesuai dengan

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

1) Penatalaksanaan Kala I

Tindakan yang dilakukan selama kala I persalinan:¹⁰

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

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

2) Penatalaksanaan Kala II

Tindakan yang dilakukan selama kala II persalinan:

- a) Memberikan dukungan terus menerus kepada ibu. Kehadiran seseorang ibu untuk mendampingi ibu agar merasa nyaman, menawarkan minum, mengipasi dan memijat ibu.
- b) Menjaga kebersihan diri. Ibu tetap dijaga kebersihannya agar terhindar infeksi, bila ada darah lendir atau cairan ketuban segera dibersihkan.
- c) Melakukan *massase*. Menambah kenyamanan bagi ibu.
- d) Memberikan dukungan mental. Untuk mengurangi kecemasan atau ketakutan ibu, dengan cara menjaga privasi, penjelasan tentang proses dan kemajuan persalinan, penjelasan tentang prosedur yang akan dilakukan dan keterlibatan ibu.
- e) Mengatur posisi ibu. Dalam memimpin mendedan dapat dipilih posisi jongkok, menungging, tidur miring, setengah duduk, posisi tegak ada kaitannya dengan berkurangnya rasa nyeri, mudah mendedan, kurangnya trauma *vagina* dan *perineum* dan infeksi.
- f) Menjaga kandung kemih tetap kosong. Ibu dianjurkan untuk berkemih sesering mungkin. Kandung kemih yang penuh dapat menghalangi turunnya kepala ke dalam rongga kepala.
- g) Memberi cukup minum. Memberi tenaga dan mencegah dehidrasi.
- h) Memimpin mendedan. Ibu dipimpin mendedan selama his, anjurkan kepada ibu untuk mengambil nafas. Mendedan tanpa diselingi bernafas, kemungkinan dapat menurunkan pH pada

arteri umbilicus yang dapat menyebabkan denyut jantung tidak normal dan nilai *APGAR* rendah.

- i) Bernafas selama persalinan. Minta ibu untuk bernafas selagi kontraksi untuk memastikan janin tidak mengalami bradikardi ($DJJ < 120$ x/ menit). Selama mengedan yang lama, akan terjadi pengurangan aliran darah dan oksigen ke janin.
- j) Melahirkan bayi.
 - (1) Menolong kelahiran bayi.

Letakkan satu tangan ke kepala bayi agar *defleksi* tidak terlalu cepat. Menahan *perineum* dengan satu tangan lainnya bila diperlukan. Mengusap muka bayi untuk membersihkan dari kotoran lendir/darah.

- (2) Periksa tali pusat.

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

- (3) Melahirkan bahu dan anggota seluruhnya.

Persiapan melahirkan bahu bayi setelah kepala bayi keluar dan terjadi putaran paksi luar. Posisikan kedua tangan biparietal atau di sisi kanan dan kiri kepala bayi. Gerakkan kepala secara perlahan ke arah bawah hingga bahu anterior tampak pada arkus pubis. Gerakkan kepala ke arah atas untuk melahirkan bahu posterior. Pindahkan tangan kanan ke arah *perineum* untuk menyanggah bayi bagian kepala, lengan, dan siku sebelah posterior, sedangkan tangan kiri memegang lengan dan siku sebelah anterior. Pindahkan tangan kiri menelusuri punggung dan bokong, dan kedua tungkai kaki saat dilahirkan.^{26,27,28,29,38}

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

l) Menilai dan merangsang bayi

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

3) Penatalaksanaan Kala III

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

Langkah-langkahnya yaitu:

- a) Memeriksa adakah bayi kedua.
- b) Menyuntikkan oksitosin intramuskular pada lateral paha ibu, atau intravena bila sudah terpasang infus.
- c) Memasang klem tali pusat 3 cm dari umbilikus bayi, lalu tali pusat ditekan dan didorong ke arah distal atau ke sisi plasenta, dan pasang klem tali pusat ke-2 sekitar 2 cm dari klem pertama.
- d) Menggantung tali pusat di antara kedua klem, hati-hati dengan perut bayi.

- e) Bayi segera diletakkan di dada ibu untuk Inisiasi Menyusu Dini (IMD).
 - f) Melakukan Peregangannya Tali pusat Terkendali (PTT) saat uterus berkontraksi untuk mengeluarkan plasenta.
 - g) Cara peregangannya tali pusat adalah satu tangan membawa klem ke arah bawah, sedangkan tangan lainnya memegang uterus sambil didorong ke arah *dorso cranial*.
 - h) Jika tali pusat bertambah panjang maka pindahkan klem hingga jarak 5-10 cm dari vulva ibu, lakukan peregangannya tali pusat berulang dengan perlahan hingga plasenta lahir spontan.
 - i) Jika dalam 30 menit plasenta tidak lahir spontan, atau terjadi retensio plasenta, maka lakukan manual plasenta.
 - j) Melakukan *masase fundus uteri* segera setelah seluruh plasenta lahir. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik, maka dilakukan penatalaksanaan atonia uteri.
 - k) Melakukan pemeriksaan plasenta dan selaputnya untuk memastikan keduanya lengkap dan utuh. ^{26,27,28,29,39}
- 4) Penanganan Kala IV
- a) Pemeriksaan fundus setelah 1-2 menit untuk memastikan uterus berkontraksi. Jika uterus masih belum berkontraksi baik, ulangi masase fundus uteri. Ibu dan keluarganya diajarkan bagaimana cara melakukan masase uterus sehingga mampu untuk segera mengetahui jika uterus tidak berkontraksi baik. Periksa fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 20-30 menit selama jam kedua. Mengajari ibu dan anggota keluarga bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkan kontraksi.
 - b) Nutrisi dan dehidrasi. Anjurkan ibu dan kenakan pakaian ibu yang bersih dan kering.

- c) Istirahat. Biarkan ibu beristirahat, ia telah bekerja keras melahirkan bayinya. Bahu ibu pada posisi yang nyaman.
- d) Peningkatan hubungan ibu dan bayi. Biarkan bayi berada pada ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi, sebagai permulaan dengan menyusui bayi.
- e) Memulai menyusui. Bayi sangat siap segera setelah kelahiran. Hal ini sangat tepat untuk memulai memberikan ASI. Menyusui juga membantu uterus berkontraksi.
- f) Menolong ibu ke kamar mandi. Jika ibu perlu ke kamar mandi, ibu boleh bangun, pastikan ibu dibantu dan selamat karena ibu masih dalam keadaan lemah atau pusing setelah persalinan. Pastikan ibu sudah buang air kecil dalam 3 jam postpartum.
- g) Mengajari ibu dan anggota keluarga tanda-tanda bahaya bagi ibu dan bayi.

4. Bayi Baru Lahir

a. Definisi

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

b. Fisiologi Bayi Baru Lahir

Ciri-ciri bayi normal yaitu:⁴¹

- 1) Lahir aterm antara 37-42 minggu
- 2) Berat badan 2.500-4.000 gram
- 3) Panjang badan 48-52 cm
- 4) Lingkar dada 30-38 cm
- 5) Lingkar kepala 33-35

- 6) Lingkar lengan 11-12 cm
 - 7) Frekuensi denyut jantung 120-160x/menit pernapasan 40-60x/menit
 - 8) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup.
 - 9) Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna.
 - 10) Kuku agak panjang dan lemas.
 - 11) Nilai APGAR >7, gerak aktif, bayi lahir langsung menangis kuat.
 - 12) Refleks rooting (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik.
 - 13) Refleks sucking (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.
 - 14) Refleks moro (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.
 - 15) Refleks grasping (menggenggam) sudah baik.
 - 16) Genitalia
 - a) Pada laki-laki kematangan di tandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang.
 - b) Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora.
 - 17) Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan.
- c. Tanda bahaya bayi baru lahir⁴²
- 1) Sulit bernapas atau lebih dari 60 kali/ menit
 - 2) Suhu terlalu tinggi (>38 °C) atau terlalu dingin (<36 °C)
 - 3) Kulit bayi kuning (terutama 24 jam pertama), biru, pucat, memar.
 - 4) Hisapan saat menyusui lemah, rewel, sering muntah.
 - 5) Tali pusat memerah, bengkak, keluar cairan dan berdarah.

- 6) Tanda-tanda infeksi seperti suhu tubuh meningkat, merah, bengkak, bau busuk, keluar cairan dan pernapasan sulit.
- 7) Tidak BAB dalam 3 hari, tidak BAK dalam 24 jam, tinja lembek/encer, berwarna hijau tua ada lendir atau darah.
- 8) Menggigil, rewel, lemas, mengantuk, kejang, dan menangis terus-menerus.

d. *APGAR Score*

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

Tabel 5. APGAR skor⁴¹

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

e. Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir

Asuhan yang diberikan kepada bayi segera setelah lahir adalah asuhan yang segera, aman, dan bersih. Komponen asuhan yang diberikan adalah:⁴³

1) Pencegahan Infeksi

Upaya pencegahan infeksi yang dilakukan adalah cuci tangan sebelum dan sesudah bersentuhan dengan bayi, pakai sarung tangan bayi saat menangani bayi, pastikan semua peralatan dan bahan

yang digunakan telah di Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) atau sterilisasi, pastikan semua pakaian, handuk, selimut, dan kain yang digunakan untuk bayi sudah dalam keadaan bersih.

2) Penilaian Bayi Baru Lahir

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

3) Perawatan Tali Pusat

WHO merekomendasikan perawatan tali pusat yang bersih dan kering untuk bayi yang baru lahir yang lahir di fasilitas kesehatan, dan di rumah untuk mencegah terjadinya peningkatan infeksi tali pusat, Perawatan tali pusat terbuka tanpa alkohol ataupun betadin.

4) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

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

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

Manfaat dari IMD untuk bayi antara lain adalah mencegah kejadian hipotermia pada bayi, mencegah kejadian infeksi pada bayi karena bayi mendapatkan kolostrum sejak awal, bayi akan berkenalan dengan bakteri ibu lebih awal sehingga akan menambah daya tahan bayi, membantu mempertahankan kadar glukosa bayi untuk tetap stabil dan membantu bayi untuk mengeluarkan mekonium lebih awal sehingga dapat menurunkan risiko ikterus bayi. Manfaat IMD untuk ibu antara lain adalah membantu membentuk bonding antar ibu dan bayi, membantu ibu untuk lebih rileks, rangsangan yang ditimbulkan bayi membantu pengeluaran hormon oxytocin ibu sehingga membantu dalam pelepasan plasenta juga kontraksi uterus sehingga mengurangi risiko perdarahan.⁴⁰

Langkah Inisiasi Menyusu Dini (IMD):

- a) Bayi harus mendapatkan kontak kulit dengan kulit ibunya segera setelah lahir selama paling sedikit satu jam.
- b) Bayi harus menggunakan naluri alamiahnya untuk melakukan inisiasi menyusu dini dan ibu dapat mengenali bayinya siap untuk menyusu serta memberi bantuan jika diperlukan.

- c) Menunda semua prosedur lainnya yang harus dilakukan kepada bayi baru lahir hingga inisiasi menyusui selesai dilakukan.
- d) ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berumur 0-6 bulan.

5) Pengaturan Suhu

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

Bayi kehilangan panas melalui empat cara yaitu konduksi melalui benda-benda padat yang kontak dengan kulit bayi. Konveksi yaitu pendinginan melalui aliran udara di sekitar bayi. Evaporasi yaitu kehilangan panas melalui penguapan air pada kulit bayi yang basah. Radiasi melalui benda padat dekat bayi yang tidak berkontak secara langsung dengan kulit bayi. Keadaan telanjang dan basah pada bayi baru lahir menyebabkan bayi mudah kehilangan panas melalui empat cara diatas. Kehilangan panas secara konduktif jarang terjadi kecuali jika bayi diletakkan pada alas yang dingin.¹¹ Pastikan bayi tetap hangat dan jangan mandikan bayi hingga 24 jam setelah persalinan. Jaga kontak kulit antara ibu dan bayi serta tutupi kepala bayi dengan topi.

6) Pencegahan Infeksi Mata

Pemberian obat mata di anjurkan untuk pencegahan penyakit mata karena *Klamidia* (penyakit menular seksual) dan diberikan 1 jam setelah persalinan. Bayi baru lahir harus mendapatkan profilaksis mata terhadap infeksi yang disebabkan oleh *Gonore* atau *Klamidia*.

Pelindung mata terbaik terhadap *Gonore* dan *Klamidia* ialah salep *oxytetracycline* 1%, yang menyebar dari kantung dalam ke kantung luar mata. Irigasi mata setelah pemberian salep *oxytetracycline* tidak perlu dilakukan.

7) Pencegahan Perdarahan

Semua bayi baru lahir harus diberikan vitamin K1 injeksi intramuskular setelah satu jam kelahiran. Dosis pemberian vitamin untuk bayi baru lahir sediaan ampul 10 mg dosisnya yaitu 1 mg atau 0,1 cc sedangkan sediaan ampul phytomenadione 2 mg dosisnya yaitu 1 mg atau 0,5 cc pada paha lateral bayi baru lahir dengan berat badan lebih dari 2,5 kg. Vitamin K secara rutin diberikan kepada bayi baru lahir untuk mencegah perdarahan. Usus neonatus menyintesis vitamin K, yang digunakan untuk mengaktifkan prekursor protein yang membuat protein pembeku darah. Manifestasi klinis penyakit hemoragi meliputi perdarahan dari saluran cerna, kulit, dan area sirkumsisi. Vitamin ini bekerja dengan cepat untuk mengaktifkan prekursor pembekuan darah. Penggunaan Vitamin K peroral tidak dianjurkan pada saat ini karena keefektifannya diragukan.

8) Pemberian Vaksin Hepatitis B

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

vaksin diberikan jika dosis lahir diberikan. Vaksin Hepatitis B diberikan untuk mencegah bayi tertular penyakit Hepatitis B.

9) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Bayi Baru Lahir dilakukan pada saat:

- a) Bayi berada di klinik (dalam 24 jam)
- b) Kunjungan tindak lanjut (KN), yaitu 1 kali pada umur 6-48 jam, 1 kali pada umur 3-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari.

(1) Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1)

Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan dalam kurun waktu 6-48 jam setelah bayi lahir. Tujuan dilakukan KN 1 yaitu memberikan konseling perawatan bayi baru lahir, memastikan bayi sudah BAB dan BAK pemeriksaan fisik bayi baru lahir, mempertahankan suhu tubuh bayi, ASI eksklusif, pemberian vitamin K injeksi, dan pemberian imunisasi HB 0 injeksi

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

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

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

Kunjungan Neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir. Tujuan dilakukan KN 3 yaitu menjaga kebersihan bayi,

memberitahu ibu tentang tanda-tanda bahaya bayi baru lahir, menjaga keamanan bayi, menjaga suhu tubuh bayi, dan memberitahu ibu tentang Imunisasi BCG. ^{8,45}

5. Nifas

a. Definisi Masa Nifas

Masa nifas (puerperium) adalah mulai partus selesai dan berakhir setelah kira-kira 6 minggu. Akan tetapi, seluruh alat genitalia baru pulih kembali seperti sebelum ada kehamilan dalam waktu 3 bulan.¹⁰ Masa nifas (puerperium) dimaknai sebagai periode pemulihan segera dimulai setelah kelahiran bayi dan plasenta serta mencerminkan keadaan fisiologi ibu, terutama ketika sistem reproduksi kembali seperti mendekati keadaan sebelum hamil.⁴⁴ Masa nifas merupakan masa penting bagi ibu maupun bayi baru lahir karena dalam masa ini, perubahan besar terjadi dari sisi perubahan fisik, emosi, dan kondisi psikologi ibu.

b. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Tujuan asuhan masa nifas yaitu:⁴⁵

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

c. Tahapan Masa Nifas

Menurut Sri Astuti, masa nifas terbagi dalam 3 tahap, yaitu: ⁴⁶

1) Tahap *Immediate Puerperium*/ Puerperium Dini

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

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

Early Puerperium adalah keadaan yang terjadi pada permulaan puerperium. Waktu 1 hari sesudah melahirkan sampai 7 hari (1 minggu pertama). Pada fase ini seorang bidan harus dapat memastikan involusi uteri (proses pengecilan rahim) dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, *lochea* tidak berbau busuk, tidak demam, ibu mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3) Tahap *Late Puerperium*/ *Remote Puerperium*

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

d. Fisiologi Masa Nifas

Dalam masa nifas, alat-alat genitalia interna maupun eksterna akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil.

Perubahan-perubahan alat-alat genitalia ini dalam keseluruhannya disebut *involsi*. Adaptasi perubahan fisik masa nifas,⁴⁷ yaitu:

1) Involusi uterus

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

Tabel 6. Perubahan Normal Uterus Selama Postpartum

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

Sumber: Prawirohardjo (2014)

2) *Lochea*

Akibat *involsio uteri*, lapisan *desidua* yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Pencampuran antara desidua dan darah inilah yang di namakan *lochea*. *Lochea* adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai sifat basa/ alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal.⁴⁸. Jenis-jenis lokhea:

- a) *Lochea Rubra*: Berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel *desidua*, *vernix caseosa*, *lanugo* dan *mekonium*, selama dua hari pascapersalinan.
- b) *Lochea Sanguinolenta*: Berwarna merah kuning berisi darah dan lendir, hari ke-3 sampai ke-7 pascapersalinan.

- c) *Lochea Serosa*: Berwarna kuning, cairan tidak berubah, pada hari ke-7 sampai ke-14 pascapersalinan.
- d) *Lochea Alba*: Cairan putih setelah 2 minggu.
- e) *Lochea Purulenta*: Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah dan berbau busuk.

Tabel 7. Perubahan Lochea

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

Sumber: Anggarini (2016)

3) Ligamen-ligamen

Ligamen, fasia dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan setelah bayi lahir secara berangsur-angsur menjadi menciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena ligamentum menjadi kendur.

4) Vulva, vagina dan perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi dan dalam beberapa

hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan *rugae* dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol.

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

Kondisi vagina setelah persalinan akan tetap terbuka lebar, ada kecenderungan vagina mengalami bengkak dan memar serta nampak ada celah antara introitus vagina. Tonus otot vagina akan kembali pada keadaan semula dengan tidak ada pembengkakan dan celah vagina tidak lebar pada minggu 1-2 hari pertama postpartum. Pada minggu ketiga postpartum *rugae* vagina mulai pulih menyebabkan ukuran vagina menjadi lebih kecil. Dinding vagina menjadi lebih lunak serta lebih besar dari biasanya sehingga ruang vagina akan sedikit lebih besar dari keadaan sebelum melahirkan.⁹ Perineum pada saat proses persalinan ditekan oleh kepala janin, sehingga perineum menjadi kendur dan teregang. Tonus otot perineum akan pulih pada hari kelima postpartum meskipun masih kendur dibandingkan keadaan sebelum hamil.⁴⁹

5) Serviks

Perubahan yang terjadi pada serviks uteri setelah persalinan adalah menjadi sangat lunak, kendur dan terbuka seperti corong. Korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks uteri tidak berkontraksi sehingga seolah-olah terbentuk seperti cincin pada perbatasan antara korpus uteri dan serviks uteri.⁹

Tepi luar serviks yang berhubungan dengan *ostium uteri eksterna* (OUE) biasanya mengalami laserasi pada bagian lateral. Ostium serviks berkontraksi perlahan, dan beberapa hari setelah persalinan ostium uteri hanya dapat dilalui oleh 2 jari. Pada akhir minggu pertama, ostium uteri telah menyempit, serviks menebal dan kanalis servikalis kembali terbentuk. Meskipun proses involusi uterus telah selesai, OUE tidak dapat kembali pada bentuknya semula saat nullipara. Ostium ini akan melebar, dan depresi bilateral pada lokasi laserasi menetap sebagai perubahan yang permanen dan menjadi ciri khas servis pada wanita yang pernah melahirkan.⁵⁰

6) Sistem pencernaan

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

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

7) Sistem perkemihan

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

8) Sistem Hematologi

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

9) Sistem Kardiovaskular

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

Setelah persalinan, shunt akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan

menimbulkan beban pada jantung, dapat menimbulkan *decompensation cordia* pada penderita *vitum cordia*. Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya haemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sedia kala, umumnya hal ini terjadi pada hari ke-3 sampai ke-5 postpartum.

10) Sistem Musculoskeletal

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

11) Sistem endokrin

a) *Human Chorionic Gonadotropin* (HCG)

Human Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG menurun dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 postpartum dan sebagai onset pemenuhan *mammae* pada hari ke-3 postpartum.⁵¹

b) Hormon *pituitary*

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

12) Payudara

Perubahan pada payudara dapat meliputi :

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

13) Pembentukan air susu

Ada dua refleks dalam pembentukan air susu ibu yaitu:

a) Refleks prolaktin

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

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

b) Refleks *letdown*

Bersama dengan pembentukan prolaktin oleh hipofise anterior, rangsangan yang bersal dari isapan bayi ada yang dilanjutkan ke hipofise posterior (*neurohipofise*) yang kemudian dikeluarkan oksitosin. Melalui aliran darah, hormon ini

diangkat menuju uterus yang dapat menimbulkan kontraksi uterus sehingga terjadi involusi. Kontraksi dari sel akan memeras air susu yang telah terbuat keluar dari alveoli dan masuk ke system duktus dan selanjutnya membalir melalui duktus lactiferus masuk ke mulut bayi.

Faktor-faktor yang mempengaruhi peningkatan dan penghambat refleks *let down*:²³

(1) Peningkatan refleks *let down*:

- (a) Melihat bayi
- (b) Mendengarkan bayi
- (c) Mencium bayi
- (d) Memikirkan untuk menyusui bayi

(2) Penghambat refleks *let down*:

- (a) Keadaan bingung/ pikiran kacau
- (b) Takut
- (c) Cemas

e. Kebutuhan Dasar Ibu pada Masa Nifas

Menurut Ari Sulistyawati, beberapa kebutuhan ibu nifas yang harus dipenuhi:⁵²

1) Kebutuhan gizi ibu menyusui

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

2) Ambulansi dini

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

3) Istirahat

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

- a) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi
- b) Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan
- c) Menyebabkan depresi dan ketidaknyamanan untuk merawat bayi

4) Perawatan payudara

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

menyusui tanpa dijadwal sesuai dengan kebutuhan bayinya. Semakin sering bayi menyusui dan semakin kuat daya hisapnya, payudara akan memproduksi ASI lebih banyak.

5) Senam nifas

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

f. Adaptasi Psikologis Masa Nifas

1) Perubahan emosi normal pada masa nifas

Pada masa nifas, selain perubahan fisik juga terdapat perubahan psikologis, antara lain:⁵³

- a) Perubahan emosi yang tidak konsisten, kadang bahagia kadang sedih.
- b) Ungkapan perasaan lega setelah melahirkan, baik normal maupun operasi.
- c) Perasaan tidak ingin jauh dari bayinya dan ingin merawat bersama pasangan.
- d) Ketakutan terkait peran baru sebagai ibu.
- e) Merasa lelah.

2) Fase perubahan psikologi ibu nifas setelah melahirkan. Ibu akan melewati tiga fase:^{54,53}

a) *Taking-in*

Fase bergantung atau *taking-in* terjadi pada 1-2 hari setelah melahirkan dimana ibu lebih fokus dengan kondisinya. Ibu sangat tertarik menceritakan pengalaman melahirkan. Ibu dapat bertingkah pasif dan bergantung kepada orang lain dalam hal istirahat, makan dan informasi tentang bayinya, bukan cara

merawat bayi. Tingkah laku ini dapat diobservasi pada jam-jam pertama kelahiran.^{54,53} Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi.

b) *Taking-hold*

Pada waktu ini berlangsung selama 3-10 hari dimana ibu menginginkan keadaannya cepat pulih seperti keadaan sebelum melahirkan, meskipun dirinya masih merasakan kelelahan karena perubahan hormonal. Mulai fokus dengan kondisi bayinya. Adanya dukungan sangat berpengaruh besar untuk ibu dan keluarga. Jika terdapat stresor yang minim dukungan maka dengan mudah dapat timbul perasaan pesimis.^{54,53} Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan/ pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya. Tugas bidan yaitu mengajarkan cara perawatan bayi, cara menyusui yang benar, cara perawatan luka jahitan, senam nifas, pendidikan kesehatan gizi, istirahat, kebersihan diri dan lain-lain.

c) *Fase Letting-go*

Fase ini terjadi setelah 10 hari setelah melahirkan dimana ibu dan pasangan mulai beradaptasi dalam berperan sebagai orang tua baru. Kebutuhan akan istirahat masih diperlukan ibu untuk menjaga kondisi fisiknya. Dimulainya hubungan keintiman seksual, kebanyakan pada minggu ketiga atau keempat setelah melahirkan. Depresi paska melahirkan umumnya terjadi pada fase ini.^{54,53}

g. Program Pelayanan Nifas

Menurut Kemenkes RI, pelayanan kesehatan ibu masa nifas dilakukan paling sedikit empat kali yaitu pada 6 jam - 2 hari, 3-7 hari, 8-28 hari dan 29-42 hari.¹⁸ Kunjungan ini bertujuan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir juga untuk mencegah, mendeteksi, serta menangani masalah-masalah yang terjadi, antara lain:

- 1) Kunjungan pertama, dilakukan 6 jam-2 hari setelah persalinan. Tujuan kunjungan pertama adalah:
 - a) Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri.
 - b) Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut.
 - c) Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan oleh atonia uteri.
 - d) Pemberian ASI awal.
 - e) Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
 - f) Menjaga bayi tetap sehat dengan mencegah terjadinya hipotermi.
 - g) Bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan stabil.
- 2) Kunjungan kedua dilakukan hari ke 3-7 setelah persalinan. Tujuan kunjungan kedua adalah:
 - a) Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal.
 - b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan

- c) Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan
 - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda kesulitan menyusui.
 - e) Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.
- 3) Kunjungan ketiga dilakukan hari ke 8-28 setelah persalinan. Tujuan kunjungan ketiga sama dengan kunjungan kedua.
- 4) Kunjungan keempat dilakukan hari ke 29-42 setelah persalinan. Tujuan kunjungan keempat adalah:
- a) Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.
 - b) Memberikan konseling KB secara dini.

Pelayanan pasca persalinan atau masa nifas harus terselenggara untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, meliputi upaya pencegahan, deteksi dini masalah yang terjadi dan pengobatan komplikasi atau penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan pemberian ASI, cara menjarangkan kehamilan, imunisasi bayi dan kebutuhan nutrisi bagi ibu.¹⁰

6. Keluarga Berencana (KB)

a. Pengertian Kontrasepsi

Menurut Rusmini dkk. (2017), kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma tersebut.⁵⁵ Menurut Firdayanti (2012), kontrasepsi berasal dari kata “kontra” yang berarti mencegah atau melawan dan “konsepsi” yaitu pertemuan antara sel telur yang matang dan sel sperma yang mengakibatkan kehamilan. Upaya ini yang dapat bersifat sementara, dapat pula bersifat permanen.⁵⁶

b. Tujuan Kontrasepsi

Menurut Firdayanti, tujuan kontrasepsi dikategorikan dalam 3 fase, yaitu:⁵⁶

- 1) Fase menunda/ mencegah kehamilan, dimana pada fase menunda ini ditujukan pada pasangan usia subur dengan istri kurang dari 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilannya.
- 2) Fase menjarangkan kehamilan, dimana pada periode usia istri antara 20-35 tahun merupakan periode usia paling baik untuk melahirkan dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kehamilan 2-4 tahun, ini dikenal dengan catur warga.
- 3) Fase menghentikan/ mengakhiri kehamilan/ kesuburan, dimana periode ini umur istri diatas 30 tahun terutama 35 tahun sebaiknya mengakhiri kesuburan setelah mempunyai 2 orang anak.⁵⁶

c. Efektifitas Kontrasepsi

Efektifitas kontrasepsi yang digunakan bergantung pada kesesuaian pengguna dengan intruksi. Perbedaan keberhasilan juga tergantung pada tipikal penggunaan (yang terkadang tidak konsisten) dan penggunaan sempurna yang mengikuti semua intruksi dengan benar dan tepat.⁵⁷

d. Faktor-faktor yang Berperan dalam Pemilihan Kontrasepsi

Menurut Proverawati (2010), faktor yang berperan dalam pemilihan kontrasepsi adalah:⁵⁸

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

- a) Status kesehatan
 - b) Riwayat haid
 - c) Riwayat keluarga
 - d) Pemeriksaan fisik dan panggul
- 3) Faktor metode kontrasepsi
- a) Efektifitas
 - b) Efek samping
 - c) Biaya
- e. Jenis-jenis Kontrasepsi

Jenis-jenis metode kontrasepsi antara lain:

1) Metode Alamiah

a) Senggama terputus (*Coitus Interruptus*)

Senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminya dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina dan kehamilan dapat dicegah.⁵⁹

b) Pantang berkala

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

(1) Ovulasi terjadi 14 kurang 2 hari sebelum haid yang akan datang.

(2) Sperma dapat hidup dan membuahi dalam 48 jam setelah ejakulasi.

(3) Ovum dapat hidup 24 jam setelah ovulasi.

Jadi jika konsepsi ingin dicegah, koitus harus dihindari sekurang-kurangnya selama 3 hari (72 jam) yaitu 48 jam sebelum ovulasi dan 24 jam sesudah ovulasi terjadi.⁵⁹

c) Metode suhu basal

Menjelang ovulasi suhu basal tubuh akan turun dan kurang lebih 24 jam setelah ovulasi suhu basal akan naik lagi sampai lebih tinggi dari pada suhu sebelum ovulasi. Suhu basal dapat meningkat sebesar $0,2-0,5^{\circ}\text{C}$ ketika ovulasi.⁶⁰

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

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

Lendir kental, keruh, kekuningan dan lengket jika direntangkan di antara kedua jari akan putus menunjukkan masa tidak subur. Saat lendir serviks menjadi basah, jernih, licin dan elastis, apabila dipegang di antara dua jari, lendir dapat diregangkan dengan mudah tanpa terputus menunjukkan masa subur (pantang bersenggama). Namun, selama hari-hari kering (tidak ada lendir) setelah menstruasi, senggama tergolong aman pada dua hari setelah menstruasi.⁶¹

e) Metode *Amenorhea* Laktasi (MAL)

Metode kontrasepsi sementara yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa tambahan makanan dan minuman lainnya.⁶²

2) Metode *Barrier*

a) Kondom Pria

Suatu selubung atau sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil), atau bahan

alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis (kondom pria) atau vagina (kondom wanita) pada saat berhubungan seksual.⁶³ Menurut Purwoastuti, kondom adalah jenis alat kontrasepsi yang digunakan untuk mencegah kehamilan dan infeksi penyakit kelamin dengan cara menghentikan sperma untuk masuk kedalam vagina.⁶²

b) Kondom Wanita

Kondom wanita merupakan plastik *polyuterhane* yang lentur berbentuk tabung dengan panjang kira-kira 15 cm dan diameter 7 cm, salah satu ujungnya tertutup, ujung bawah yang terbuka dilingkari cincin lunak yang ditempatkan pada vagina.⁵⁶

c) Diafragma

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

d) Spermisida

Spermisida adalah bahan kimia (biasanya *non oksinol-9*) digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma. Dikemas dalam bentuk aerosol (busa), tablet vagina, *suppositoria* atau *dissolvable film* dan krim.⁶³

3) Metode Kontrasepsi Hormonal

Kontrasepsi hormonal adalah alat atau obat kontrasepsi yang bertujuan untuk mencegah terjadinya ovulasi dimana bahan bakunya mengandung *preparat* estrogen dan progesteron.⁶⁴ Berdasarkan jenis dan cara pemakaiannya dikenal 3 macam kontrasepsi hormonal yaitu kontrasepsi Oral (Pil), suntikan, dan kontrasepsi implant.⁶³

a) Kontrasepsi Oral (Pil)

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

Minipil adalah pil KB yang hanya mengandung hormon progesteron dalam dosis rendah yang dapat digunakan ibu menyusui. Sediaannya terbagi dalam kemasan 28 pil yang mengandung 75 mikro gram desogestrel tiap tabletnya,

kemudian mini pil dalam kemasan dengan isi 35 pil yang mengandung 300 mikro gram levonogestrel atau 350 mikro gram noretindron. Minipil sangat efektif (98,5%). Pil Kombinasi yaitu kontrasepsi pil yang berisikan kombinasi antara dua hormon estrogen dan progestin. Terbagi dalam tiga jenis yaitu monofasik dimana semua pil mengandung Estrogen / Progestin (E/P) dalam konsentrasi yang sama dalam 1 siklus, Bifasik berisikan 21 Pil mengandung E/P dengan konsentrasi yang berbeda dalam 2 periode yang berbeda (mis. 10/11) dalam 1 siklus, dan trifasik berisikan 21 pil mengandung 3 kombinasi E/P dengan konsentrasi yang berbeda dalam periode berbeda (mis. 6/5/10) dalam 1 siklus. Efektivitasnya tinggi jika di minum setiap hari (0.1- 51 kehamilan per 100 wanita selama pemakaian di tahun pertama).

Jenis-jenis kontrasepsi oral yang beredar terbagi dua:

- (1) Pil KB kombinasi berisi dua hormon yaitu estrogen dan progesteron. Cara kerja dari pil kombinasi yaitu dengan menekan ovulasi, mencegah implantasi, lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma, pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula. Jenis-jenis pil kombinasi antara lain; monofasik, bifasik, trifasik.⁶³
- (2) Pil KB progesteron mengandung progesteron. Pil ini dipersiapkan untuk ibu yang sedang menyusui.⁶³

b) Kontrasepsi Suntikan

Yaitu metode menggunakan suntikan hormon progesteron tiap tiga bulan atau hormon estrogen tiap satu bulan secara intramuskular. Cara kerja dari metode ini adalah dengan

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

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

- (1) Suntikan 1 bulan yang berisi hormon estrogen dan progesteron. Jenis suntik kombinasi ini mengandung 25 mg *Depo Medroksi progesteron Asetat* dan 5 mg *Estradiol Sipionat* yang diberikan secara injeksi IM (*intramuskular*) sebulan sekali, dan 50 mg noretindron Enantat dan 5 mg *Estradiol valerat* yang diberikan injeksi IM (*intramuskular*) sebulan sekali. Contohnya *cyclofem*.
- (2) Suntikan 3 bulan yang berisi hormon progesteron, contohnya *depo provera*, *depo progestin*.⁶⁴ Tersedia 2 jenis kontrasepsi yang mengandung progestin yaitu *Depo Medroksiprogesteron Asetat* (DMPA), mengandung 150 mg DMPA yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik IM (*intramuskular*) dan *Depo noretisteron Enanta* (*Depo noristeran*), yang mengandung 200 mg noretindron

Enantan, diberikan setiap 2 bulan dengan cara suntik IM (*intramuskular*).⁶³

c) Implant

(1) Norplant terdiri dari 6 batang silastik lembut berrongga dengan panjang 3,4 cm, diameter 2,4 mm, berisi 36 mg *levonogestrel* dengan lama kerja lima tahun.

(2) Jadena dan indoplant, terdiri dari dua batang silastik lembut berongga dengan panjang 4,3 cm berdiameter 2,5 mm, berisi 75 mg *levonogestrel* dengan lama kerja 3 tahun.

(3) Implanon, terdiri dari satu batang silastik lembut dengan berongga dengan panjang kira-kira 4,0 cm diameter 2 mm, berisi 68 mg *ketodesogestrel* dengan lama kerja 3 tahun.⁵⁹

4) Kontrasepsi NonHormonal

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

AKDR adalah alat kontrasepsi yang dimasukkan didalam rahim untuk menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi.⁶³

5) Metode Mantap

a) Tubektomi

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

b) Vasektomi

Vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan okulasi *vas deference*

sehingga alat transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi.⁵⁶

f. Pemilihan Kontrasepsi pada klien menyusui

Menurut Pinem, pemilihan kontrasepsi pada klien yang menyusui:⁶⁵

- 1) Tidak memerlukan kontrasepsi pada 6 minggu pascapersalinan, bahkan pada klien yang menggunakan Metode Amenorea Laktasi (MAL) waktu tersebut dapat sampai 6 bulan. Metode Amenorea Laktasi yaitu metode kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif yang mana pemberian ASI eksklusif ini dapat menekan kesuburan ibu nifas. Metode Amenorea Laktasi (MAL) dapat bekerja secara efektif jika ibu menyusui secara penuh (full breast feeding), lebih efektif bila diberikan minimal 8 kali sehari. Ibu belum mendapat haid dan umur bayi kurang dari 6 bulan. Cara kerja dari Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah menunda atau menekan terjadinya ovulasi. Dimana pada saat laktasi/ menyusui, kadar prolaktin meningkat dan hormon gonadotrophin melepaskan hormon penghambat (inhibitor). Hormon penghambat akan mengurangi kadar estrogen, sehingga tidak terjadi ovulasi.
- 2) Kontrasepsi kombinasi (merupakan pilihan terakhir):
 - a) Jangan dipakai sebelum 6-8 minggu pasca persalinan karena akan mengurangi ASI dan mempengaruhi tumbuh kembang bayi.
 - b) Sebaiknya tidak dipakai dalam waktu 6 minggu sampai dengan 6 bulan pasca persalinan. Selama 3 minggu pasca persalinan meningkatkan risiko masalah pembekuan darah.
- 3) Progestin

- a) Selama 6 minggu pasca persalinan mempengaruhi tumbuh kembang bayi.
 - b) Tidak ada pengaruh terhadap ASI
 - c) Perdarahan ireguler dapat terjadi
- 4) AKDR
- a) Dapat dipasang langsung pascapersalinan, sewaktu *sectio cesarea*, atau sesudah 48 jam pascapersalinan.
 - b) Sesudah 4-6 minggu pascapersalinan.
 - c) Jika haid sudah dapat, insersi dilakukan sesudah yakin tidak ada kehamilan.

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

- 5) Kondom
- Kondom dapat digunakan setiap saat, tidak ada pengaruhnya terhadap laktasi.
- 6) Klien tidak menyusui
- a) Kondom dan MAL dapat segera digunakan.
 - b) Kontrasepsi hormonal dapat dimulai 3 minggu pascapersalinan, lebih dari 6 minggu pascapersalinan atau sesudah mendapat haid (setelah yakin tidak ada kehamilan).

5. Teori Kewenangan Bidan

Permenkes Republik Indonesia No 28 Tahun 2017 tentang Izin Penyelenggaraan Praktik Bidan ¹⁰

Pasal 18

Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan:

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

Pasal 19

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

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

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

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

- a. episiotomi;
- b. pertolongan persalinan normal;
- c. penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II;
- d. penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan;
- e. pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil;
- f. pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas;

- g. fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif; pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum;
- h. penyuluhan dan konseling;
- i. bimbingan pada kelompok ibu hamil; dan
- j. pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.

Pasal 20

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

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

Pasal 21

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

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