

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Masalah Kasus

1. ANC Trimester III

Asuhan kebidanan berkesinambungan di berikan kepada Ny.NK, umur 35 tahun pada kehamilan trimester III dengan umur kehamilan 37 minggu dengan riwayat persalinan sebelumnya SC 7 tahun yang lalu. Pendidikan SMK, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, mengatakan hamil pertama usia kehamilan 9 bulan (37 minggu), HPHT 05-05-2021. Kasus ini ditemukan di RSUD Sakina Idaman pada tanggal 20 Januari 2022. Alamat pasien tersebut di Parakan Wetan, Sendang Sari, Minggir , Sleman. ,Ny. NK datang bersama suami mau memeriksakan kehamilannya dengan keluhan ibu khawatir karena kehamilan yang pertama dengan sesar, nyeri di area perut bagian bawah kadang terasa perih di area bekas operasi. Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny.NK, kehamilan ini merupakan kehamilan yang kedua. Ibu mengatakan haid terakhirnya pada tanggal 05 Mei 2021, dan hari perkiraan lahirnya pada tanggal 12 Februari 2022 (umur kehamilan 37 minggu). Anak pertama lahir tahun 2015 secara sesar di RSA UGM berjenis kelamin Laki- laki dengan berat badan lahir 3100 gram. Selama hamil ini, Ny.NK periksa ANC sebelumnya secara rutin di Puskesmas dan selanjutnya disarankan ke rumah sakit.

Pada riwayat pemakaian alat kontrasepsi, ibu pernah menggunakan alat kontrasepsi IUD selama 5 tahun setelah melahirkan anak pertama. Setelah itu ibu berhenti karena ingin hamil lagi. Riwayat kesehatan pasien yaitu pasien tidak ada riwayat penyakit seperti asma, Jantung, hipertensi, Diabetes Melitus maupun TBC. Pasien juga tidak memiliki riwayat operasi. Dalam keluarga pasien juga tidak ada riwayat penyakit Diabetes Melitus dan Hipertensi.

Hasil pengkajian pada Ny. Nk, didapatkan pasien merasa khawatir dengan kehamilannya dan nyeri area perut bagian bawah serta area bekas operasi. Pada awal kehamilan ketiga ini ditemukan LILA 33 cm dan IMT awal ibu 23,99 kg/ m².

Berat badan ibu saat ini adalah 76,3 kg, sedangkan berat badan sebelum hamil adalah 60 kg, TB Ibu 159 cm, sehingga ibu mengalami kenaikan berat badan 16,3 kg.

Berdasarkan data obyektif, ditemukan tanda-tanda vital dalam batas normal. Pada pemeriksaan konjungtiva mata berwarna merah muda dan sklera putih. Pada pemeriksaan palpasi abdomen, TFU 29 cm (TBJ: 2900 gram), teraba bokong pada fundus uteri, punggung bayi di kiri ibu dan teraba kepala sudah masuk panggul 1/5 bagian. Pada pemeriksaan auskultasi didapatkan denyut jantung janin (DJJ 150 x/menit) dalam batas normal. Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 20-10-2021: Hb 10,9 gr/dl, HbsAg negatif, HIV negatif, Sipilis non reaktif, Gula darah sewaktu: 99 gr/ dl.

Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakkan diagnosa Ny. NK usia 35 tahun G2P1Ab0Ah1 hamil 37 minggu dengan faktor risiko usia ibu 35 tahun, riwayat SC 7 tahun, janin hidup, tunggal, intrauterine, punggung kiri, presentasi kepala dengan keadaan normal. Masalah yang timbul pada Ny. NK adalah khawatir dan kadang nyeri di area perut bagian bawah bekas operasi. Dari masalah yang timbul maka kebutuhan yang diberikan yaitu memberikan KIE dan dan menjelaskan kepada Ibu tentang keluhan ketidak nyamanan yang terjadi pada kehamilan TM 3. Dengan konseling yang diberikan ibu menjadi tahu dan paham penyebab dari keluhan yang dialaminya. Berdasarkan diagnosa dan masalah yang dialami ibu, penatalaksanaan yang diberikan adalah menjelaskan hasil pemeriksaan pada pasien bahwa pemeriksaan tanda vital normal. Meski biasanya akan membaik dengan sendirinya, nyeri pinggang saat hamil dapat berdampak buruk pada kenyamanan ibu jika tidak ditangani. Kecemasan pada ibu hamil dapat timbul khususnya pada kehamilan trimester III hingga saat persalinan (Janiwarty, 2013). Kondisi tersebut terjadi karena ibu merasa cemas terhadap hidupnya dan bayinya. Ibu tidak tahu kapan akan melahirkan dan sering bermimpi tentang bayinya atau tentang proses persalinan serta ketakutan akan kehilangan bayinya. Sebanyak 47,3% ibu hamil trimester III mengalami kecemasan mengenai hal-hal dalam persalinan (Martini dan Ika, 2016). Ibu hamil dengan riwayat SC membutuhkan perhatian khusus dalam hal menangani ketidaknyamanan pada kehamilan trimester III.

Kondisi tersebut memerlukan adanya penanganan dengan kolaborasi dengan dokter obsgin untuk mengetahui ukuran ketebalan SBR dan salah satunya membutuhkan peran seorang bidan.

Menganjurkan pada pasien untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi. Pasien bersedia untuk kontrol ulang 1 minggu lagi yaitu tanggal 27 Januari 2022.

Pada kunjungan selanjutnya tanggal 27 Januari 2022, ibu mengeluh keluar lendir putih, namun kenceng-kenceng teratur belum dirasakan, kadang area vagian terasa nyeri, ibu mengatakan jika hasil pemeriksaan baik semua rencana persalinannya minta VBAC. Berdasarkan Hari Pertama Menstruasi Terakhir, usia kehamilan ibu adalah 38 minggu .

Dari hasil pemeriksaan, keadaan ibu dan bayi sehat, namun ibu belum dalam persalinan. Ibu mengatakan sudah berusaha makan dengan gizi seimbang dan BB ibu naik 2 kg. Pemeriksaan Leopold, TFU 31 cm (TBJ=3100 gram), puki, preskep, masuk panggul 3/5. DJJ 144 kali permenit. Ibu dianjurkan periksa rutin setiap seminggu sekali.

Masalah yang timbul pada Ny.NK adalah kadang nyeri area vagina. Dari masalah yang timbul maka kebutuhan yang diberikan yaitu KIE mengenai penyebab nyeri pada ibu hamil dan cara mengatasinya yaitu mendiskusikannya dan konseling risiko *ruptur uteri*, morbiditas ibu dan individu kemungkinan kelahiran pervaginam. Pengambilan keputusan yang terinformasi.

Memberikan edukasi mengenai tanda-tanda persalinan seperti kenceng-kenceng teratur minimal 5 menit sekali tidak hilang dengan istirahat, keluar lendir bercampur darah dan keluar air ketuban. Memberikan terapi tablet tambah darah sehari sekali dan kalsium sehari sekali. Menganjurkan pada pasien untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi jika belum ada tanda- tanda persalinan atau tidak ada tanda- tanda bahaya.

Pada tanggal 4 Februari 2022 pukul 16.00 ibu datang kembali ke Sakina Idaman dengan keluhan sudah kenceng-kenceng, keluar flek coklat, usia kehamilan saat kunjungan ini 39 minggu 2 hari.

Hasil pemeriksaan, K/U baik, compos mentis, tanda vital TD 124/71 mmhg, nadi 85 x/menit, His 1 x/ 10 menit,

Pemeriksaan Leopold, TFU 31 cm (TBJ=3100 gram), puki, preskep, masuk panggul 3/5. DJJ 160- 168 kali / menit. VT: V/U tenang, serviks tebal lunak, di tengah, terbuka 1 jari, selket +, preskep, kepala turun di H 1, Std - , AK-.

Kemudian pasien dikonsultasikan ke SpOG untuk kolaborasi dilakukan USG : Janin tunggal, preskep, gerakan +, BPD 917, AC 32,49, TBJ : 3200 gram, SBR 0,33 cm. Dari hasil pemeriksaan ditegakkan Diagnosa G2P1A0, hamil 39 minggu 2 hari, dalam persalinan kala fase laten, riwayat SC 7 tahun. Penatalaksanaan yang diberikan sesuai advis dari SpOG yaitu rawat inap, Pro VBAC, pasang kateter urine, resusitasi intra uterine (pasang infus, oksigenasi, ibu miring kiri).

Penatalaksanaan asuhan yang diberikan adalah pemberian KIE. Kemungkinan terburuk dari VBAC adalah kegagalan karena tidak berhasil menjalankan persalinan normal dengan sempurna. Kondisi ini bisa membuat rahim robek karena bekas sayatan dari operasi caesar sebelumnya terbuka. Bila sudah begini, operasi caesar darurat mau tidak mau harus segera dilakukan guna mencegah komplikasi persalinan yang meliputi perdarahan hebat, infeksi, hingga cacat pada bayi.

2. Persalinan

Pada tanggal 4 Februari 2022, pukul 18.00 Ny NK masuk kamar bersalin hasil pemeriksaan keadaan umum baik, compos mentis, tanda vital : Td 125/84 mmHg, Nadi 86 x/menit, Rr 20 x/menit, His 1-2 x/ 10 menit, DJJ 160 x /menit, teratur, Hasil NST : FHR Baseline 150 x/menit , Variabilitas >5, Akselerasi +, Deselerasi -, Gerak +, HIS (-), Kesimpulan : Kategori I, Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakkan diagnosa Ny. NK ,usia 35 tahun VBAC, G2P1A0Ah1 hamil 39 minggu 2 hari dalam persalinan kala I fase laten, Penatalaksanaan : Mengelola advis dokter yaitu Resusitasi janin, NST ulang 1 jam pasca resusitasi janin, evaluasi 4 jam periksa dalam , observasi kemajuan persalinan , HIS, DJJ, dan tanda-tanda bahaya,

Pemeriksaan laboratorium tanggal 04 Februari 2022 pukul 20.33 wib : Hb 11.1 gr %, Al 16.3 / mm³, HCT 31.9 vol%, PLT 254 mm³, Gol darah A, Swab antigen negatif.

Pukul 22.00 dilakukan evaluasi , hasil pemeriksaan Keadaan umum baik, compos mentis, tanda Vital : Td 130/79 mmhg, nadi 87 x/menit, nadi 90 x/ menit, Rr 20 x/ menit, His 1-2 x/10 menit, DJJ 160-170 x/ menit, Pada pemeriksaan dalam didapatkan vulva dan uretra tenang, dinding vagina licin, porsio tebal lunak, pembukaan 1-2 cm, selaput ketuban (+), air ketuban (-), presentasi kepala, kepala di Hodge I - II, STLD (+).

Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakkan diagnosa Ny. NK,usia 35 tahun G2P1A0Ah1 hamil 39 minggu 2 hari dalam persalinan kala I fase laten, gagal VBAC. Penatalaksanaan sesuai advis dokter : Pro re SC a/i Gagal VBAC. Riwayat VBAC Score (Gajah Mada): Umur <40 tahun : 2, Riwayat persalinan pervaginal : 0, Indikasi SC : 2, Umur Kehamilan: 2, TBJ : 2, Dilatasi cervix : 1, Konsistensi cervix : 2, Penurunan Kepala : 1, Total 12 > 89,1%, Riwayat VBAC Score (Flamm) : Umur : 2, Riwayat persalinan pervaginal : 0, Indikasi SC : 0, Effecement : 1, Pembukaan : 0, Total 3 (60 %) dilihat dari score Gajah mada score 12 > 89,1% memenuhi syarat untuk VBAC, sedangkan jika dilihat dari score FLAMM total 3(60 %) tidak memenuhi syarat.

Berdasarkan diagnosa dan masalah yang dialami ibu, penatalaksanaan yang diberikan adalah menjelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan, Beri support pasien dan keluarga, koordinasi tim OK, konsul anestesi, konsul perinatal, membuat *informed consent*, persiapan darah golongan darah A, 1 kantong PRC, pemberian antibiotik profilaksis, memeriksa status kesehatan fisik secara umum termasuk memeriksa adanya riwayat alergi dan memantau tanda-tanda vital, Memastikan akses kanula intravena besar untuk keseimbangan cairan elektrolit, Menganjurkan kepada ibu dan keluarga untuk berdoa untuk kelancaran operasi.

3. Bayi Baru Lahir

Pada tanggal 04 Februari 2022, pukul 00.12 WIB bayi telah lahir secara SC, dari ibu G2P1A0 uk 39 minggu 2 hari, riwayat SC, gagal VBAC, Air ketuban warna keruh. Keadaan umum : menangis agak merintih, tanda vital: nadi 148 x/menit, suhu 36 oC, Rr 49 x/menit, Jenis kelamin Laki-laki, A/S 7/9/10, antropometri: BB 3150 gram, Pb 50 cm, Ld 31 cm, LLA 10 cm, Miconium +, miksi -.

Penatalaksanaan pada BBL :penilaian awal , resusiatasi BBL dengan HAIKAL.bayi menangis kuat.

Pada kala III Pukul 00.17 WIB Lahir plasenta perabdominal, kesan lengkap, ukuran plasenta 20x18x1.5cm, berat plasenta 550 gram, PTP 25 cm, insersi parasentralis, kalsifikasi (-)

Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakkan diagnose By.Ny. NK, Bayi baru lahir, bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, lahir SC dengan keadaan normal. Masalah potensial yang dapat terjadi pada By. Ny. NK adalah hipotermi dan hipoglikemi. Dari masalah potensial tersebut, maka kebutuhan yang diberikan yaitu menjaga termoregulasi dan pemberian ASI sedini mungkin.

Berdasarkan diagnosa dan masalah yang dialami ibu, penatalaksanaan yang diberikan adalah menjelaskan pada ibu bahwa bayinya dalam keadaan baik dan normal. Memberikan injeksi vitamin K 1 mg secara IM di paha kiri bayi. Memberikan salep mata oxytetracycline 1% pada mata kanan dan kiri bayi. Bayi telah mendapatkan salep mata oxytetracycline 1%.

Menganjurkan ibu agar memberikan ASI sesuai keinginan bayi (*on demand*) dan diberikan secara eksklusif selama 6 bulan tanpa makanan tambahan lainnya. Menjaga kehangatan bayi agar tidak terjadi hipotermi dengan cara dibedong/diselimuti, diberikan topi dengan pencahayaan yang cukup dan segera ganti popoknya ketika basah.

Menjelaskan pada ibu/ keluarga tanda bahaya bayi baru lahir yang meliputi: bayi kuning (ikterus), kulit kebiruan (sianosis), bayi malas menyusui, suhu tubuh bayi dibawah 35°C atau lebih dari 37,5°C, bayi lesu, bayi tidak berkemih dalam 24 jam pertama/ tidak defekasi dalam 48 jam. Menjelaskan pada ibu cara merawat tali pusat dengan menjaga tetap bersih dan kering.

4. Nifas Hari Pertama

Pada tanggal 05 Februari 2022, pukul 17.00 WIB, Ibu masih mengeluh sakit daerah luka operasi, ASI keluar sedikit , sudah latihan menyusui, K/U baik, compos mentis, tanda vital: Td 126/85 mmhg, Nadi 86 x/ menit, R 20 x/menit, TFU setinggi pusat, perdarahan minimal, lochea rubra, ASI colostrom +, bayi RG partial, terpasang infus RL, Kateter urine terpasang ,UO 50 cc / jam , sudah mobilisasi miring kiri- kanan, Hb post SC 10 gr % ,

Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakkan diagnosa Ny. NK umur 35 tahun P2A0 Ah1 post SC hari 1 dalam keadaan normal.

Penatalaksanaan yang diberikan adalah Latih mobilisasi duduk, memantau proses involusi (TFU, kontraksi, pengeluaran per vagina), konseling laktasi, KIE kebutuhan Nutrisi untuk ibu nifas pada post operasi, pencegahan infeksi karena tindakan invasif, mengelola terapi dokter : Ketorolak 1 amp/ 8jam /IV/3 x, Asamtraneksanat 500 mg/ 8 jam/ IV/2 hari, Rantitidin ekstra 1 amp/IV/1x.

Pada tanggal 07 Februari 2022, pukul 08.00 WIB, Nifas hari ke 2, keluhan daerah luka operasi masih tersa nyeri , ASI keluar sedikit, sudah mobilisasi duduk- jalan, sudah bisa BAK sendiri, belum BAB, dilakukan pemeriksaan: K/U baik, compos mentis, tanda vital: td 110/70 mmhg, nadi 78 x/menit, R 20 x/menit, suhu 36.2oCx/ menit, Involusi TFU setinggi pusat, kontraksi uterus keras, luka operasi kering ,perdarahan nifas minimal, *lochea rubra*, bayi sudah rawat gabung, terapi sudah ganti oral: Paracetamol /PO/ 1000mg/ 8 jam/ 24 jam, Asam mefenamat /PO/ 500 mg / 8 jam, Pasien sudah diperbolehkan pulang.

Penatalaksanaan saat pulang Memberikan KIE: perawatan luka operasi dirumah, segera ganti balutan perban bila kondisinya basah, lembab, menghindari mengangkat sesuatu yang terlalu berat selama kurang lebih 2 minggu setelah operasi caesar (post sc), jaga agar area sayatan selalu bersih dan kering, hindari berendam di bak mandi dan berenang sampai dokter mengizinkan untuk melakukannya, beristirahat di sela-sela sibuknya mengurus bayi. Usahakan ikut beristirahat dikala bayi Anda tidur, penuhi kebutuhan gizi harian dari makanan setelah melahirkan akan membantu tubuh untuk lebih cepat pulih, perbanyak juga minum cairan untuk mencegah sembelit atau konstipasi yang sering terjadi setelah melahirkan, Apabila sayatan bekas operasi caesar berwarna merah, bengkak, atau mengeluarkan cairan, jangan ragu untuk memeriksakannya, pemberian ASI saja untuk bayi diteruskan sampai 6 bulan, bayi jemur pagi antara pukul 07.00- pukul 09.00, kurang lebih 30menit– 1jam, Tanda- tanda bahaya ibu dan bayi, kontrol 1 minggu kemudian.

5. Kunjungan Nifas ke 1

Pada tanggal 14 Februari 2022, pukul 17.00 WIB, Selanjutnya pada kunjungan nifas ke 2, post SC hari ke 9, Ibu dan bayinya untuk kontrol 1 minggu pertama setelah pulang dari RS, ibu masih mengeluh nyeri pada luka operasi. Ibu mengatakan buang air kecil terasa sakit, BAB kurang lancar, ASI kurang lancar, malam kurang tidur. Dilakukan pemeriksaan K/U baik, compos mentis, konjungtiva merah muda, sclera tak ikterik, muka tak anemis, tanda vital Td 111/73 mmhg, nadi 84 x/ menit, R 20 x/ menit, suhu 36.8 oC, BB 70,5 kg, Payu dara keras, ASI penuh, Involusi luka operasi kering, TFU P- 2 jari, uterus teraba keras, darah nifas normal, lochea sanguinolenta, coklat. Hasil pemeriksaan bayi k/u bayi baik, gerakan aktif, tidak ikterik, reflek hisap, nelan kuat, BB 3100 gram, PB 50 cm, BAB/ BAK lancar, pusar sudah puput,

Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakkan diagnosa Ny. NK, umur 35 tahun P2A0 Ah2 post SC hari ke 9 dengan nyeri, menyusui tidak efektif.

Berdasarkan diagnosa dan masalah yang dialami ibu, penatalaksanaan yang diberikan adalah menjelaskan hasil pemeriksaan, Memberikan KIE : luka operasi sudah tidak perlu ditutup perban lagi oleh karena sudah kering, jika terlalu lama menutup luka akan kekurangan sirkulasi udara memperlambat penyembuhan, anjurkan mengenakan pakaian yang agak longgar di malam hari untuk menjaga sirkulasi udara pada luka bekas operasi caesar, Menjaga kebersihan selama masa penyembuhan awal berguna untuk mencegah infeksi, Saat mandi dapat membasuhnya menggunakan air dan sedikit sabun, kemudian gosok dengan lembut, menjelaskan tentang keluhan nyeri pada jahitan usahakan untuk menahan sedikit perut di bagian bekas sayatan operasi caesar ketika Anda batuk atau tertawa, memberikan konseling laktasi.

Menganjurkan ibu untuk makan makanan gizi seimbang seperti karbohidrat (nasi, jagung, kentang, ubi), protein (telur, ikan, tahu, tempe, daging), vitamin dan mineral (sayur-sayuran hijau, buah-buahan) dan minum air putih minimal 3-4 liter atau minimal 14 gelas sehari. Dengan gizi seimbang akan dapat mempercepat proses pemulihan ibu, penyembuhan luka dan memenuhi kebutuhan ASI. Menjelaskan kepada ibu tanda-tanda bahaya masa

nifas, kecukupan Nutrisi jika pada bayi jika BB bayi tidak turun > 10 % dari BBL.

Mengajarkan kepada ibu untuk menjaga *personal hygiene* dengan mengganti pembalut setiap 4 kali sehari tanpa menunggu penuh, cebok dari arah depan ke belakang.

Memberikan Konseling awal dengan menggunakan ABPK, yaitu dengan teknik SATU TUJU, yaitu Sapa dan Salam, Tanyakan, Uraikan, Bantu, Jelaskan, dan Kunjungan Ulang, Melakukan Penapisan pada ibu untuk melakukan kajian tentang kondisi kesehatan ibu dengan menggunakan alat bantu berupa diagram lingkaran Kriteria Kelayakan Medis Kontrasepsi (Roda KLOP), dan untuk menentukan pilihan metode kontrasepsi yang diinginkan yang tepat untuk ibu sesuai kondisi kesehatan dan karakteristik pasien.

Mengelola terapi dari dokter Cefixim 200mg/12 jam/ PO/10, Etabion 1 x 1 tab/ PO /10, Vitamin C 1 x 1/ PO/ 10 tab. Ibu bersedia meminum terapi yang diberikan. Menganjurkan kepada ibu untuk kontrol kembali 1 minggu kemudian atau jika ada keluhan.

6. Kunjungan Nifas ke II

Pada kunjungan ke-2 tanggal 05 Maret 2022, Selanjutnya pada kunjungan nifas ke 2, post SC 30 hari, Ibu membawa bayi ke Sakina Idaman , untuk mendapatkan imunisasi BCG pada tanggal 05 Maret 2022. Dalam pemeriksaan umum keadaan ibu dan bayi sehat. Ibu mengatakan bayi sudah aktif bergerak, BB sudah 3750 gram. Ibu mengatakan luka operasi sudah sembuh dan merasa nyaman.

7. Kunjungan nifas selanjutnya pada tanggal 05 April 2022 yaitu *post partum* 60 hari Ibu mengatakan pemeriksaan ibu dan bayi selanjutnya akan diteruskan di puskesmas, ibu mengatakan mau menggunakan KB suntik 3 bulan dulu, Ibu memilih KB suntik disebabkan merasa yang paling aman karena jika IUD belum berani takut mengganggu menyembuhkan luka operasinya, selanjutnya jika sudah 6 bulan rencana mau pasang IUD, Ny NK berencana untuk tidak hamil lagi dan cukup mempunyai 2 orang anak saja.

B. Kajian Teori Kasus

1. Konsep dasar Kehamilan Trimester III

a. Pengertian

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari fase fertilitas hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan berlangsung dalam tiga trimester, trimester satu berlangsung dalam 13 minggu, trimester kedua 14 minggu (minggu ke-14 hingga ke- 27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Evayanti, 2015:1). Kehamilan adalah proses normal yang menghasilkan serangkaian perubahan fisiologis dan psikologis pada wanita hamil (Tsegaye et al, 2016:1).

Kehamilan merupakan periode dimana terjadi perubahan kondisi biologis wanita disertai dengan perubahan psikologis dan terjadinya proses adaptasi terhadap pola hidup dan proses kehamilan itu sendiri (Muhtasor, 2013:1). Proses kehamilan sampai persalinan merupakan mata rantai satu kesatuan dari konsepsi, nidasi, pengenalan adaptasi, pemeliharaan kehamilan, perubahan endokrin sebagai persiapan menyongsong kelahiran bayi, dan persalinan dengan kesiapan pemeliharaan bayi (Sitanggang dkk,2012: 2)

b. Perubahan Fisiologis Kehamilan Trimester III

Perubahan Anatomis dan fisiologis pada perempuan hamil sebagian besar sudah terjadi segera setelah fertilisasi dan terus berlanjut selama kehamilan. Kebanyakan perubahan ini merupakan respons terhadap janin. Satu hal yang menakjubkan adalah bahwa hampir semua perubahan ini akan kembali seperti keadaan sebelum hamil setelah proses persalinan dan menyusui selesai (Prawirohardjo Sarwono, 2009)

Menurut Kuswanti, Ina (2014) Perubahan fisiologis pada kehamilan trimester 3 antara lain:

1) Sistem reproduksi

Uterus

Pada TM III, isthmus lebih nyata menjadi bagian dari korpus uteri dan berkembang menjadi segmen bawah rahim (SBR).

Kontraksi otot-otot bagian atas uterus menjadikan SBR lebih lebar dan tipis, tampak batas yang nyata antara bagian atas yang lebih tebal dan segmen bawah yang lebih tipis.

2) Sistem perkemihan

Keluhan sering kencing akan timbul lagi karena pada akhir kehamilan kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul dan kandung kemih akan mulai tertekan kembali. Selain itu juga terjadi hemodilusi yang menyebabkan metabolisme air menjadi lancar.

Pelvis ginjal kanan dan ureter lebih berdilatasi pada pelvis kiri akibat pergeseran uterus yang berat kanan akibat adanya kolon rektosigmoid disebelah kiri. Perubahan ini membuat pelvis dan ureter mampu menampung urin lebih banyak dan memperlambat laju aliran urin. Menurut Marmi (2012), sering kencing adalah BAK lebih sering 4-8 kali/hari atau terbangun saat malam hari untuk BAK lebih dari sekali.

3) Sistem muskuloskeletal

Selama trimester ketiga, otot rektus abdominalis dapat memisah menyebabkan isi perut menonjol digaris tengah. Umbilikus menjadi lebih datar atau menonjol. Setelah melahirkan, tonus otot secara bertahap kembali tetapi, pemisahan otot (diastasis recti) menetap. Dilain pihak, sendi tubuh wanita secara bertahap mengalami perubahan karena janin membesar dalam abdomen. Untuk mengkompensasikan penambahan berat ini, bahu lebih tertarik ke belakang, dan tulang belakang lebih melengkung, sendi tulang belakang lebih lentur, dapat menyebabkan nyeri tulang punggung pada wanita. Payudara yang besar dan posisi bahu yang bungkuk saat berdiri akan semakin membuat kurva punggung dan lumbal semakin menonjol. Pergerakan menjadi lebih sulit. Kram otot-otot tungkai dan kaki merupakan masalah umum selama kehamilan. Penyebabnya tidak diketahui, tetapi berhubungan dengan metabolisme otot, atau postur yang tidak seimbang.

4) Sistem kardiovaskular

Aliran darah meningkat dengan cepat seiring dengan pembesaran uterus.

Pada umumnya, tekanan darah arterial turun mencapai titik terendah selama trimester kedua atau awal trimester ketiga dan setelah itu meningkat. Semua kenaikan tekanan darah yang menetap 30 mmHg sistolik atau 15 mmHg diastolik dalam keadaan basal, merupakan petunjuk kelainan dan yang paling mungkin adalah penyakit hipertensi akibat kehamilan (Cunningham, 2014). Volume darah total ibu hamil meningkat 30-50%, yaitu kombinasi antara plasma 75% dan sel darah merah 33% dari nilai sebelum hamil. Peningkatan volume darah mengalami puncaknya pada pertengahan kehamilan dan berakhir pada usia kehamilan 32 minggu, setelah itu relative stabil.

5) Berat badan dan Indeks Massa Tubuh (IMT)

Cara menghitung Indeks Masa Tubuh adalah dengan menggunakan rumus berat badan dibagi tinggi badan dalam meter pangkat dua.

Table 2.1. Rekomendasi Penambahan BB Selama Kehamilan berdasarkan IMT

Katagori	IMT	Rekomendasi
Rendah	< 19,8 kg/m ²	12,5 – 18 kg
Normal	19,8 - 26 kg/m ²	11,5 – 16 kg
Tinggi	26 – 29 kg/m ²	7 – 11,5 kg
Obesitas	> 29 kg/m ²	≤ 7 kg
Gemeli		16-20,5 kg

Sumber: Prawirohardjo S, 2009. Ilmu Kebidanan.

Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah BB per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan BB kurang atau berlebih dianjurkan menambah BB per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg (Prawirohardjo, 2009).

Table 2.2 Penambahan BB selama kehamilan

Jaringan dan Cairan	10 minggu (gram)	20 minggu (gram)	30 minggu (gram)	40 minggu (gram)
Janin	5	300	1500	3400
Placenta	20	170	430	650
Cairan Amnion	30	350	750	800
Uterus	140	320	600	970
Mamae	45	180	360	405
Darah	100	600	1300	1450
Cairan Ekstracel	0	30	80	1480
Lemak	310	2050	3480	3345
Total	650	4000	8500	12500

Sumber: Prawirohardjo S, 2009. Ilmu Kebidanan.

6) Sistem pernafasan

Pada umur kehamilan 32 minggu keatas, usus tertekan uterus yang membesar kearahdiafragma, sehingga diafragma kurang leluasa bergerak dan mengakibatkan kebanyakan wanita hamil mengalami kesulitan bernafas.

7) Sistem Hematologi

Setelah 32-34 minggu kehamilan, hipervolemia yang telah lama diketahui besarnya rata-rata adalah 40-45% diatas volume darah tak hamil. Pada masin-masing wanita penambahan ini cukup bervariasi. Pada sebagian hanya terjadi peningkatan ringan, sementara pada yang lain volume darah hampir menjadi dua kali lipat. Volume darah ibu bertambah sangat cepat selama trimester kedua. Kemudian peningkatan ini jauh melambat selama trimester ketiga lalu mendatar selama beberapa minggu terakhir kehamilan (Cunningham, 2014).

Table 2.3. Perubahan Nilai Darah

Komponen	Tidak hamil	Perubahan dalam kehamilan
Volume plasma	2600 ml	3850 ml pada 40 minggu
Massa sel darah	1400 ml	1650 ml pada 40 minggu
Volume darah total	4000 ml	5500 ml pada 40 minggu
Hematokrit (PCV)	35% 30%	30% pada 40 minggu
Hemoglobin	12,5-13,9 g/dl	11,0-12,2 g/dL pada 40 minggu
Trombosit	150-400x	150-400x
Waktu pembekuan	12 menit	8 menit
Hitung sel darah	9 x 10 ⁹ /L	10-15 x 10 ⁹ /L
Hitung sel darah merah	4,7 x 10 ¹² /L	3,8 x 10 ¹² /L pada 30 minggu

Sumber: Cunningham, 2014. Obstetri Williams.

c. Perubahan dan Adaptasi Psikologis pada Trimester 3

Kehamilan trimester III merupakan periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Perubahan dan adaptasi psikologis yang dapat terjadi pada kelamitan trimester 3 antara lain:

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

2. Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian

Persalinan adalah rangkaian peristiwa keluarnya bayi yang sudah cukup berada dalam rahim ibunya, dengan disusul oleh keluarnya plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu. Persalinan spontan adalah

persalinan yang berlangsung dengan adanya kekuatan ibu melalui jalan lahirnya (Fitriana dan Nurwiandani, 2018).

b. Fisiologi Persalinan

Menurut Manuaba (1998) dalam Sari dkk (2012:6-10), Penyebab terjadinya persalinan diuraikan oleh beberapa teori:

1) Teori Penurunan Kadar Prostaglandin

Progesteron merupakan hormon penting untuk mempertahankan kehamilan. Hormon ini meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Progesteron berfungsi menurunkan kontraktilitas dengan cara meningkatkan potensi membran istirahat pada sel miometrium sehingga menstabilkan Ca membrane dan kontraksi berkurang, uterus rileks dan tenang. Pada akhir kehamilan terjadi penurunan kadar progesteron yang mengakibatkan peningkatan kontraksi uterus karena adanya sintesa prostaglandin di uterus. Prostaglandin E dan Prostaglandin F yang bekerja di rahim wanita untuk merangsang kontraksi selama kehamilan.

2) Teori Penurunan Progesteron.

Progesteron merupakan hormon penting dalam menjaga kehamilan tetap terjadi hingga masa persalinan. Hormon ini dihasilkan oleh plasenta, yang akan berkurang seiring terjadinya penuaan plasenta yang terjadi pada usia kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Ketika hormone ini mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

3) Teori rangsangan Estrogen

Estrogen juga merupakan hormon yang dominan dalam kehamilan. Hormon ini memiliki dua fungsi, yaitu meningkatkan sensitivitas otot rahim dan memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin dan rangsangan mekanis.

- 4) Teori Reseptor Oksitosin dan Kontraksi Braxton Hicks.
Kontraksi persalinan tidak terjadi secara mendadak, tetapi berlangsung lama dengan persiapan semakin meningkatnya reseptor oksitosin. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga terjadi Braxton Hicks.
- 5) Teori Keregangan Otot rahim
Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat di mulai,
- 6) Teori Fetal Cortisol
Dalam teori ini diajukan sebagai “pemberi tanda” untuk dimulainya persalinan adalah janin, diduga akibat peningkatan tiba-tiba kadar kortisol plasma janin. Kortisol janin akan mempengaruhi plasenta sehingga produksi progesterone berkurang dan memperbesar sekresi estrogen, selanjutnya berpengaruh terhadap meningkatnya produksi prostaglandin, yang menyebabkan irritability miometrium meningkat.
- 7) Teori Fetal Membran
Teori fetal membrane phospholipid-arachnoid acid prostaglandin. Meningkatnya hormone estrogen menyebabkan terjadinya esterified yang menghasilkan arachnoid acid, yang membentuk prostaglandin dan mengakibatkan kontraksi miometrium.
- 8) Teori Hipotalamus-Pituitari dan Glandula Suprarenalis.
Hubungan antara hipotalamus pituitary dengan mulainya persalinan, dan glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan.
- 9) Teori Iritasi Mekanik
Di belakang serviks terdapat ganglion servikale (Fleksus Frankenhauser). Bila ganglion ini ditekan dan digeser, misalnya oleh janin, maka akan timbul kontraksi.

10) Teori Plasenta Sudah tua

Menurut teori ini, plasenta yang menjadi tua dapat menyebabkan menurunnya kadar estrogen dan progesterone yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah pada vili choralis di plasenta, sehingga menyebabkan kontraksi rahim.

11) Teori tekanan serviks

Fetus yang berpresentasi baik akan merangsang akhiran saraf sehingga serviks menjadi lunak dan terjadi dilatasi internum yang mengakibatkan SAR (Segmen Atas Rahim) dan SBR (Segmen Bawah Rahim) bekerja berlawanan sehingga terjadi kontraksi dan retraksi.

12) Induksi Partus (Induction Of Labor)

Persalinan juga dapat ditimbulkan oleh: ganggang malinaria yang dimasukkan ke dalam kanal servikalis dengan tujuan merangsang fleksus frankenhauser, amniotomi dan oksitosin drips

c. Tanda dan gejala inpartu termasuk

- 1) Penipisan dan pembukaan serviks
- 2) Kontraksi uterus yang menyebabkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2kali dalam 10 menit)
- 3) Cairan lendir campur darah “*Show*” melalui vagina (Wiknjastro dkk, 2008).

d. Perubahan Psikologis Ibu Bersalin

Lancar atau tidaknya proses persalinan banyak bergantung pada kondisi biologis, khususnya kondisi wanita yang bersangkutan. Namun, perlu juga untuk diketahui bahwa hamper tidak ada tingkah laku manusia (yang disadari) dan proses biologisnya yang tidak dipengaruhi oleh proses psikis.

Dengan demikian, dapat dimengerti bahwa membesarnya janin dalam kandungan mengakibatkan ibu bersangkutan mudah lelah, badan tidak nyaman, tidak nyaman tidur, sering kesulitan bernafas, dan beban jasmaniyah lainnya saat menjalani proses kehamilannya.

Pada ibu bersalin terjadi beberapa perubahan psikologis diantaranya:

- 1) Rasa cemas pada bayinya yang akan lahir
- 2) Kesakitan saat kontraksi dan nyeri
- 3) Ketakutan saat melihat darah (Sondakh, 2013).

Rasa takut dan cemas yang dialami ibu akan berpengaruh pada lanya persalinan, his kurang baik, dang pembukaan yang kurang lancer. Menurut pitchard dkk, perasaan takut dan cemas merupakan faktorutama yang menyebabkan rasa sakit dalam persalinan dan berpengaruh terhadap kontraksi rahim dan dilatasi serviks sehingga persalinannya lama. Apabila perasaan takut dan cemas yang dialami ibu berlebihan maka akan berujung stress.

Beberapa hal yang dapat mempengaruhi psikologi ibu meliputi:

- 1) Melibatkan psikologi ibu, emosi, dan persiapan intelektual
- 2) Pengalaman bayi sebelumnya
- 3) Kebiasaan adat
- 4) Hubungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu

Sikap negatif yang mungkin muncul pada ibu menjelang proses persalinan adalah sebagai berikut:

- 1) Persalinan sebagai ancaman terhadap keamanan
- 2) Persalinan sebagai ancaman sebagai *self-image*
- 3) Nyeri persalinan dan kelahiran (Sondakh, 2013).

e. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Adapun factor-faktor yang dapat mempengaruhi jalannya proses persalinan adalah penumpang, jalan lahir, kekuatan, posisi ibu, dan respons psikologis. Masing-masing dari factor tersebut akan dijelaskan berikut ini:

1) Penumpang (*passenger*)

Penumpang dalam persalinan adalah janin dan plasenta. Hal-hal yang perlu diperhatikan mengenai janin adalah ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Sedangkan yang perlu diperhatikan dalam plasenta adalah letak, besar, dan luasnya.

2) Jalan lahir (*passage*)

Jalan lahir terbagi atas dua, yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dari jalan lahir keras adalah ukuran dan bentuk tulang panggul. Sedangkan yang perlu diperhatikan dalam jalan lahir lunak adalah segmen bawah uterus yang dapat meregang, serviks, otot dasar panggul, vagina, dan introitus vagina.

3) Kekuatan (*power*)

Faktor kekuatan dalam persalinan dibagi atas dua:

a) Kekuatan primer (kontraksi involunter)

Kontraksi berasal dari segmen atas uterus yang membal dan menghantarkan ke uterus bawah dalam bentuk gelombang. Istilah yang digunakan untuk menggambarkan kontraksi involunter ini antara lain frekuensi, durasi dan intensitas kontraksi. Kekuatan primer ini mengakibatkan serviks menipis (*effacement*) dan berdilatasi sehingga janin turun.

b) Kekuatan sekunder (kontraksi volunter)

Pada kekuatan ini, otot-otot diafragma dan abdomen ibu berkontraksi dan mendorong keluar isi ke jalan lahir sehingga menimbulkan tekanan intra abdomen. Tekanan ini menekan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan dalam mendorong keluar. Kekuatan sekunder tidak mempengaruhi dilatasi serviks.

4) Posisi ibu (*positioning*)

Posisi ibu dapat mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologis persalinan. Perubahan posisi yang diberikan pada ibu bertujuan untuk menghilangkan rasa letih, member rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak (contoh posisi berdiri, berjalan, duduk, dan jongkok) memberi sejumlah keuntungan, salah satunya adalah memungkinkan gaya gravitasi

5) Respons psikologis (*psychology response*) Respons psikologi ibu dapat dipengaruhi oleh:

- a) Dukungan ayah bayi/pasangan selama pasca persalinan
 - b) Dukungan kakek-nenek (saudara dekat) selama persalinan
 - c) Saudara kandung bayi selama persalinan (Sondakh, 2013)
- f. Fase- fase dalam Kala Satu Persalinan

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). kala 1 persalinan terdiri dari dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

Fase laten pada kala satu persalinan:

- 1) Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- 2) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm.
- 3) Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.

Fase aktif pada kala satu persalinan:

- 1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih.
- 2) Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nulipara/primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).
- 3) Terjadi penurunan bagian terbawah janin (Wiknjosastro dkk, 2008).

g. Tanda Bahaya Persalinan

- 1) Riwayat seksio caesaria
- 2) Perdarahan per vaginam
- 3) Persalinan kurang bulan (kurang dari 37 minggu)
- 4) Ketuban pecah disertai dengan keluarnya mekonium kental
- 5) Ketuban pecah lama (lebih dari 24 jam)
- 6) Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (usia kehamilan <37minggu)
- 7) Tanda atau gejala-gejala infeksi (Temperatur >38°C,

- menggigil, nyeri abdomen, dan cairan ketuban berbau)
- 8) Preeklamsia atau hipertensi dalam kehamilan (tekanan darah lebih dari 160/110 dan atau terdapat protein dalam urin)
 - 9) Tinggi fundus uteri 40cm atau lebih (makrosomia, polihidramnion, kehamilanganda)
 - 10) Gawat janin (DJJ <100 >180x/menit) dua kali
 - 11) Primi para dalam fase aktif persalinan dengan palpasi kepala 5/5
 - 12) Presentasi bukan belakang kepala
 - 13) Presentasi majemuk atau ganda
 - 14) Tali pusat menumbung
 - 15) Syok
 - 16) Persalinan dengan fase laten memanjang
 - 17) Belum inpartu
 - 18) Partus lama (Wiknjosastro dkk, 2008).
- h. Standar Asuhan Persalinan Normal

Dasar asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermia, dan asfiksia bayi baru lahir. Sementara itu, focus utamanya adalah mencegah terjadinya komplikasi. Hal ini merupakan suatu pergeseran paradigma dari sikap menunggu dan menangani komplikasi menjadi mencegah komplikasi yang mungkin terjadi (Prawirohardjo, 2009)

3. Konsep VBAC (Vaginal Birth After Caesarean)

a. Pengertian

VBAC (Vaginal Birth After Caesarea) ialah proses persalinan pervaginam yang dilakukan terhadap pasien yang pernah mengalami seksio sesarea pada kehamilan sebelumnya atau pernah mengalami operasi pada dinding rahim (misalnya satu ataupun lebih miomektomi intramural). VBAC dianggap pilihan yang masuk akal dan aman untuk sesar berulang rutin oleh Institut of Health pada tahun 1981 (Jukelevics, 2015).

American Collage of Obstetricians and Gynecologist (2018) dalam cunningham (2018) menyatakan bahwa VBAC aman dilakukan jika

didampingi dengan petugas yang dapat mengatasi kedaruratan yang dapat terjadi, selain itu komite menekankan jika seorang wanita dengan riwayat seksio sesarea akan menjalani VBAC maka harus dilaksanakan di pelayanan kesehatan yang menunjang.

b. Kandidat VBAC

Kandidat baik yang dapat diterima sebagai pasien oleh pelayanan kesehatan bagi ibu dengan riwayat SC yang ingin melahirkan normal adalah ibu yang memiliki keseimbangan risiko (risiko rendah) dan kesempatan sukses (sukses tinggi). Keseimbangan risiko dan manfaat yang layak akan berbeda antara ibu yang satu dengan ibu yang lain. Karena keputusan persalinan diambil selama kehamilan pertama setelah persalinan SC yang akan mempengaruhi rencana kehamilan yang akan datang. Berikut adalah pertimbangan kandidat VBAC menurut Ness (2012) :

1) Potensial VBAC

- a) Kehamilan tunggal
- b) Pelvis adekuat
- c) Riwayat 1 kali SC segmen bawah rahim
- d) Tidak ada parut uteri lain atau riwayat ruptur sebelumnya

2) Kontraindikasi absolut VBAC

- a) Adanya riwayat luka uteri karena insisi klasik T
- b) Adanya riwayat histerektomi atau miomektomi kavum uteri
- c) Adanya riwayat ruptur uteri
- d) Adanya kontraindikasi persalinan seperti plasenta previa, malpresentasi atau panggul sempit absolut
- e) Wanita menolak VBAC dan meminta untuk SC elektif
- f) Ketidakmampuan untuk melakukan SC emergensi

3) Kontraindikasi relatif

- a) Parut uteri multipel, seperti riwayat SC 2 kali
- b) Faktor lain yang berhubungan dengan risiko ruptur uteri > 1%
- c) Bukti klinis yang kurang memadai
- d) Hamil kembar
- e) Parut luka yang tidak diketahui

c. Angka Keberhasilan VBAC

Angka keberhasilan VBAC bervariasi, menurut American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) keberhasilan VBAC sekitar 60–80%. Sedangkan Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) menyatakan bahwa keberhasilan VBAC bervariasi antara 50-85%. Perbedaan ini tentunya disebabkan faktor-faktor yang mempengaruhinya, apakah klien tersebut memiliki faktor risiko tinggi yang lebih banyak ataupun lebih rendah.

d. Keuntungan VBAC

Dalam Panduan VBAC yang ditulis oleh Jukelevics tahun 2015, terdapat pendapat para ahli yang mengatakan keuntungan dalam bersalin menggunakan VBAC, yaitu sebagai berikut : Persalinan dengan melewati jalan lahir akan mempersiapkan bayi untuk menerima mikroorganisme bermanfaat dari ibu. Bersalin pervaginam berperan dalam pengembangan sistem kekebalan tubuh bayi.

Mikroorganisme manusia sangat penting untuk kesehatan dan kesejahteraan (Proctor, 2013). Beberapa mikroorganisme ini membantu menghasilkan vitamin dan zat anti inflamasi atau mikroorganisme dalam usus diyakini memainkan peran penting dalam penyakit. Sistem kekebalan yang kurang berkembang dapat memungkinkan auto imun penyakit seperti diabetes dan rheumatoid arthritis (A.S. National Institutes of Health, 2012).

Wanita yang memilih untuk melakukan seksio sesarea cenderung tidak bisa melakukan kontak skin to skin. Sehingga tidak memiliki kesempatan untuk menyusui dini. Tidak menyusui membuat ibu tidak memiliki beberapa manfaat kesehatan. Berbanding terbalik dengan ibu yang memilih bersalin dengan pervaginam akan memiliki kesempatan untuk menyusui dan menurunkan risiko ibu untuk kanker payudara. Selain itu dalam jangka panjang menyusui dapat menghindarkan ibu dari kanker ovarium, penyakit jantung dan osteoporosis di kemudian hari (Jukelevics & Wilf, 2009).

Selain keuntungan diatas juga terdapat keuntungan lainnya jika ibu memilih bersalin pervaginam setelah seksio sesarea yaitu, tidak ada komplikasi dari operasi sesar, pemulihan lebih cepat, nyeri pasca bersalin

lebih sedikit, dan meminimalkan terjadinya risiko infeksi besar (Jukeleviks, 2017)

e. Rekomendasi VBAC

Berbagai panduan VBAC yang merekomendasikan baik itu ACOG, SCOG, maupun Royal College of Obstetricians and Gynaecologist memiliki rekomendasi yang tidak jauh berbeda, yaitu konseling oleh tenaga kesehatan (bidan maupun dokter) kepada wanita dengan riwayat SC (terutama SC low segment) mengenai VBAC (tingkat keberhasilan, faktor risiko, kontraindikasi, keuntungan serta kerugiannya), tersedianya fasilitas yang mampu mengakomodasi jalannya VBAC, bahkan mampu melakukan SC emergensi secara efektif dan efisien.

f. Faktor- Faktor Yang Berpengaruh Dengan VBAC

Faktor Medis atau Obstetri Ibu

1) Faktor Medis

- a) Umur ibu yang aman untuk melahirkan adalah sekitar 20 tahun sampai 35 tahun. Usia melahirkan dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun digolongkan resiko tinggi. Dalam studi prospective controlled study pada tahun 2013, sebanyak 77% ibu yang berhasil melakukan VBAC berusia 20-35 tahun. Pada umur ibu yang meningkat diatas 35 tahun keberhasilan dari VBAC menurun signifikan.
- b) Indeks Massa Tubuh (IMT) Maternal Ibu hamil yang memiliki IMT tinggi, sehingga dikatakan obesitas menurunkan keberhasilan VBAC. Dimana pada ibu hamil dengan IMT normal memiliki keberhasilan 85%, IMT 30-40 memiliki keberhasilan 70%, sedangkan IMT > 40 memiliki keberhasilan 61%). Penatalaksanaan SC cenderung dilakukan pada ibu dengan obesitas karena dapat menurunkan morbiditas infeksi sebanyak 50%.
- c) Penyakit Kronik ataupun Infeksi Adanya penyakit kronik maupun infeksi seperti diabetes, hipertensi, TBC, jantung, ginjal, HIV, dll pada ibu hamil menunjukkan peningkatan risiko dalam kehamilan dan persalinan. Ibu dengan riwayat SC yang memiliki risiko tinggi dalam kehamilan sesungguhnya tidak mungkin untuk dilakukan VBAC, namun ternyata hasil studinya memiliki angka keberhasilan

VBAC yang tinggi sekitar 68%.

d) Pemeriksaan Antenatal

Keputusan dalam melakukan VBAC adalah pilihan dari ibu hamil dengan riwayat SC setelah mendapatkan konseling dan pemeriksaan antenatal yang adekuat dari tenaga Kesehatan. Keberhasilan VBAC terjadi lebih sering pada ibu yang melakukan pemeriksaan antenatal secara rutin, dimana kondisi kehamilan ibu lebih terpantau serta menambah keyakinan ibu untuk dapat melakukan VBAC

2) Riwayat Obstetri Yang Lalu

a) Indikasi Riwayat SC Lalu

Perbedaan indikasi persalinan SC yang lalu tentunya akan mempengaruhi persalinan berikutnya. Bila indikasi SC lalu adalah karena presentasi bokong, maka ibu tersebut memiliki kemungkinan hampir 90% untuk bisa lahir normal. Sedangkan untuk indikasi fetal distress, keberhasilannya sekitar 80%. Namun bila karena indikasi SC lalu adalah disporposi kepala panggul (DKP), maka akan menjadi kontraindikasi VBAC. Angka keberhasilan itu terjadi bila indikasi riwayat SC lalu tidak terjadi kembali pada kehamilan saat ini.

b) Teknik Operasi Sebelumnya

Teknik operasi berkaitan dengan jenis insisi, dimana wanita dengan jenis insisi klasik (insisi vertikal hingga ke fundus) ataupun insisi "T" menjadi kontraindikasi VBAC. Hal ini disebabkan pada beberapa wanita dengan insisi tersebut, luka insisi biasanya akan ruptur sebelum onset persalinan, bahkan dapat terjadi beberapa minggu sebelum umur kehamilan aterm. Sehingga teknik operasi segmen bawahrahim yang lebih direkomendasikan untuk dilakukan VBAC.

c) Jumlah Riwayat SC Sebelumnya Dalam studi terkini menunjukkan bahwa semakin banyak jumlah SC yang lalu, maka semakin rendah kesempatan untuk melahirkan pervaginam. Kesempatan itu menurun 10- 15% perSC, sedangkan keberhasilan VBAC pada single riwayat SC sebesar 75-77% (Ness, 2012). Hal

ini disebabkan, pada wanita dengan 2 atau lebih riwayat SC akan meningkatkan morbiditas maternal, seperti ruptur uteri.

- d) Riwayat Persalinan Pervaginam Adanya riwayat persalinan pervaginam menjadi indikator positif dalam VBAC. Kesempatan untuk VBAC berhasil meningkat seiring dengan jumlah persalinan pervaginam sebelumnya (Brill, 2003). Riwayat persalinan pervaginam juga menurunkan secara signifikan kejadian ruptur uteri, yaitu sebanyak 1,1% dibandingkan dengan ibu tanpa riwayat persalinan pervaginam.

3) Faktor Obstetri Saat Ini

a) Paritas

Paritas adalah jumlah anak yang dilahirkan oleh seorang ibu baik yang hidup maupun mati, Paritas digolongkan menjadi 3 bagian yaitu; Golongan primipara adalah ibu dengan paritas 1, Golongan multipara adalah ibu dengan paritas 2-4, Golongan grande multipara yaitu paritas lebih dari 4 Ibu yang multipara justru lebih banyak mengalami keberhasilan VBAC, dan sebagian ibu yang grande multipara juga mengalami VBAC. Ibu dengan persalinan pertama biasanya mempunyai resiko tinggi terhadap ibu dan anak, kemudian resiko ini menurun pada paritas kedua dan ketiga, dan akan meningkat lagi pada paritas keempat dan seterusnya. Paritas yang paling aman adalah paritas 2-3. Paritas 1 dan paritas lebih dari 3 mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi. Hal ini dipengaruhi oleh kematangan dan penurunan fungsi organ-organ persalinan.

b) Interval Persalinan

Interval persalinan pada ibu riwayat SC berhubungan dengan kejadian ruptur uteri. Dari studi MRI (Magnetic Resonance Imaging), diketahui proses penyembuhan miometrial membutuhkan waktu paling cepat 6 bulan. Interval persalinan yang kurang dari 18 bulan akan meningkatkan 1/3 risiko ruptur uteri dibandingkan yang lebih dari 18 bulan.

c) Besar Berat Bayi Lahir

Faktor yang paling konsisten dari bayi baru lahir (BBL) yang berhubungan dengan peningkatan keberhasilan VBAC adalah berat badan bayi lahir ≤ 4000 gram. Dimana tingkat keberhasilannya dapat turun dibawah 50% pada berat badan bayi lahir > 4000 gram. Diketahui pula bahwa berat bayi yang besar adalah faktor utama penyebab disproporsi kepala panggul (DKP) yang dapat mengakibatkan penurunan keberhasilan bahkan menjadi kontraindikasi VBAC. Selain itu, menurut Cunningham (2014), bayi yang lahir besar juga dapat meningkatkan risiko ruptur uteri.

d) Keadaan Serviks Pada Saat Partus

Semua penelitian faktor serviks menunjukkan bahwa faktor serviks yang baik (favorable) secara signifikan berhubungan dengan keberhasilan partus percobaan. Terdapat hubungan yang positif antara pendataran serviks dan kemungkinan VBAC. Pendataran serviks yang lebih dari 25% berhubungan secara signifikan dengan kemungkinan yang lebih besar untuk persalinan vaginal.

e) Umur Kehamilan Ibu bersalin preterm dengan riwayat SC akan meningkatkan keberhasilan VBAC lebih sedikit dibandingkan dengan ibu bersalin saat aterm. Hal ini disebabkan karena berat janin yang lebih kecil. Sedangkan pada umur kehamilan > 40 minggu akan menurunkan keberhasilan VBAC terutama bila dilakukan induksi persalinan karena akan meningkatkan risiko ruptur uteri. Namun jika VBAC masih diharapkan setelah umur kehamilan 40 minggu, maka menunggu tanda - tanda persalinan menjadi lebih baik dibandingkan induksi sebelum 40 minggu. Keputusan cara persalinan pada pasien dengan riwayat parut uterus disetujui oleh pasien dan dokternya sebelum waktu persalinan yang diperkirakan/ditentukan (ideal pada usia kehamilan 36 minggu).

f) Induksi atau Augmentasi

Persalinan Induksi persalinan diperbolehkan dalam VBAC, namun ibu yang mendapat induksi dengan oksitosin atau

augmentasi memiliki tingkat keberhasilan VBAC yang lebih rendah (sekitar 10%) dibandingkan dengan ibu yang melahirkan secara spontan. Akan tetapi tidak semua jenis induksi diperbolehkan, seperti misoprostol yang menjadi kontraindikasi diberikan dalam VBAC.

g. Sistem skoring VBAC

1) Skoring Flamm

Sistem skoring yang dapat membantu menilai keberhasilan VBAC yang cukup baik adalah sistem skoring oleh Flamm yang merupakan hasil penelitian prospek multisenter.

Table 2.4. Sistem Skoring VBAC Flamm

No	Variabel	Poin
1	Umur kurang dari 40 tahun	2
2	Riwayat persalinan pervaginam	
	a. Sebelum dan sesudah seksio sesarea pertama	4
	b. Setelah seksio sesarea pertama	2
	c. Sebelum seksio sesarea pertama	1
	d. Tidak pernah	0
3	Indikasi seksio sesarea pertama selain dari partus tak maju	1
4	Pendataran serviks dalam persalinan	
	a. >75%	2
	b. 25 - 75%	1
	c. <25%	0
5	Dilatasi serviks 4 cm atau lebih	1

Sumber : Skoring Flamm dalam Original Research Article 2015

Keberhasilan VBAC dengan sistem skoring dapat dilihat dalam tabel berikut

Table 2.5. Hasil Skoring

Skor	Angka keberhasilan %
0 - 2	49
3	60
4	67
5	77
6	88
7	93
8-10	95

Sumber : Hasil Skoring Flamm dalam Original Research Article 2015

Menurut Patel (2016) sistem skoring FLAMM berguna untuk memprediksi hasil dari satu pasien bedah sesar sebelumnya yang menjalani persalinan pervaginam. Dalam tinjauannya skore lebih dari 5 akan meningkatkan kelahiran pervaginam yaitu mencapai lebih dari 90% sementara skore kurang dari atau sama dengan 2 meningkatkan angka dilakukannya seksio sesarea ulang mencapai 80-90%.

2) Skoring Gajah Mada VBAC

Table 2.6. Skoring Gajah Mada VBAC

No	Variabel	Skor
1	Umur Ibu	
	< 40 tahun	2
	>40 tahun	1
2	Riwayat persalinan Vaginal	
	Pasca Sectio Saerasia	2
	Sebelum secto sesaria	1
3	Indikasi Sectio sesaria	
	Selain stimulasi gagal	2
	Stimulasi gagal	1
4	Umur kehamilan	
	37- 41 minggu	2

	>41 minggu	1
5	Taksiran Berat Janin	
	<3500 Gram	2
	3500 – 4000 Gram	1
6	Delatasi serviks	
	>4 cm	2
	<4 cm	1
7	Konsistensi Serviks	
	Lunak	2
	Kaku	1
8	Penurunan kepala	
	Station 0	2
	<Station 0	1

Kemungkinan keberhasilan persalinan vaginal :8-10 = 0 %, 11- 13= 89,1 %, 14- 16 = 97,1 %

4. Bayi Baru Lahir

a. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

1) Definisi

Periode neonatal/neonates/BBL adalah periode sejak bayi lahir sampai 28 hari pertama kehidupan. Selama beberapa minggu, neonatus mengalami masa transisi dari kehidupan intrauterine ke extrauterine dan menyesuaikan dengan lingkungan yang baru. Kebanyakan neonatus yang matur (matang usia kehamilannya) dan ibu yang mengalami kehamilan yang sehat dan persalinan berisiko rendah, untuk mencapai masa transisi ini berjalan relatif mudah.

2) Faktor faktor yang Mempengaruhi Kehidupan di Luar Uterus

Faktor-faktor yang mempengaruhi adaptasi bayi baru lahir:

- a) Riwayat antepartum ibu dan bayi baru lahir misalnya terpapar zat toksik, sikap ibu terhadap kehamilannya dan pengalaman pengasuhan bayi.
- b) Riwayat intrapartum ibu dan bayi baru lahir, misalnya lama persalinan, tipe analgesik atau anestesi intrapartum.

- c) Kapasitas fisiologis bayi baru lahir untuk melakukan transisi dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin. Kemampuan petugas kesehatan dalam mengkaji dan merespon masalah dengan tepat pada saat terjadi.

3) Adaptasi fisiologis Bayi baru lahir

a) Sistem Pernafasan

Sebelum lahir, O₂ janin disuplai oleh plasenta, sehingga agar neonatus dapat bertahan, maka maturasi organ paru sangat penting karena proses ini melibatkan faktor fisik, sensorik, dan kimiawi (perubahan tekanan dari kehidupan di dalam uterus dan kehidupan di luar uterus mungkin menghasilkan stimulasi fisik untuk mempercepat pernafasan.

Dua faktor yang berperan pada rangsangan napas pertama bayi :

- a) Hipoksia pada akhir persalinan dan rangsangan fisik lingkungan luar rahim yang merangsang pusat pernafasan di otak.
- b) Tekanan dalam dada, yang terjadi melalui pengempisan paru selama persalinan, merangsang masuknya udara ke dalam paru secara mekanik. Interaksi antara sistem pernafasan, kardiovaskuler, dan susunan saraf pusat menimbulkan pernafasan yang teratur dan berkesinambungan serta denyut yang diperlukan untuk kehidupan. Jadi sistem-sistem harus berfungsi secara normal.

Upaya napas pertama bayi berfungsi untuk :

- a) Mengeluarkan cairan dalam paru
- b) Mengembangkan jaringan alveol paru untuk pertama kali.

Untuk mendapat fungsi alveol, harus terdapat surfaktan yang cukup dan aliran darah melalui paru

Karakteristik Pernafasan BBL (nenonatus)

- a) Jam–jam pertama sering disebut periode reaktivitas.
- b) Respirasi Rate (RR) BBL normal 30–60x/menit tapi kecepatan dan kedalamannya tidak teratur, nafas dapat berhenti sampai 20 detik, RR bisa sampai 80x/menit.
- c) Dapat terjadi nafas cuping hidung, retraksi dada.

4) Sistem kardiovaskuler

Menilai volume darah pada BBL sulit. Saat dilakukan klem pada tali pusat terjadi peningkatan volume darah yang cepat sehingga menekan vaskularisasi jantung dan paru. BBL dapat menjadi hiperbilirubinemia selama minggu–minggu pertama kehidupannya sebagai hasil dari pemecahan hemoglobin tambahan. Sirkulasi perifer pada BBL agak lambat sehingga terjadi sianosis residual pada area tangan, kaki, dan sirkumoral BBL. Frekuensi nadi cenderung tidak stabil, dan mengikuti pola yang serupa dengan pernapasan. Frekuensi nadi normal 120–160 x/menit.

Karakteristik kardiovaskuler pada BBL

- a) Jika BBL menangis, Heart Rate (HR) dapat mencapai 180 x/menit, namun jika BBL tidur maka HR turun menjadi 100 x/menit. Perubahan sirkulasi menyebabkan darah mengalir ke paru–paru.
- b) Perubahan tekanan di (paru–paru, jantung, pembuluh darah besar) menyebabkan menutupnya foramen ovale, duktus arteriosus, duktus venosus.
- c) Inspirasi O₂ menyebabkan vena pulmonal dilatasi sehingga resistensi vaskuler di pulmonal menurun (tekanan di atrium kanan, ventrikel kanan, arteri pulmonal menurun sehingga terjadi peningkatan aliran darah pulmonal)
- d) Kondisi yang mempengaruhi penutupan duktus: peningkatan konsentrasi O₂ dalam darah, penurunan prostaglandin (dari plasenta), asidosis (PO₂ menurun, pH menurun PCO₂ meningkat).

Dua peristiwa yang mengubah tekanan dalam system pembuluh darah:

- a) Pada saat tali pusat dipotong, resistensi pembuluh sistemik meningkat dan tekanan atrium kanan menurun. Tekanan atrium kanan menurun karena berkurangnya aliran darah ke atrium kanan tersebut. Hal ini menyebabkan penurunan volume dan tekanan atrium kanan itu sendiri. Kedua kejadian ini membantu darah dengan kandungan oksigen sedikit mengalir ke paru-paru untuk menjalani proses oksigenasi ulang.
- b) Pernapasan pertama menurunkan resistensi pembuluh darah paru-paru dan meningkatkan tekanan atrium kanan. Oksigen pada

pernapasan pertama ini menimbulkan relaksasi dan terbukanya system pembuluh darah paru-paru (menurunkan resistensi pembuluh darah paru-paru). Peningkatan sirkulasi ke paru-paru mengakibatkan peningkatan volume darah dan tekanan pada atrium kanan. Dengan peningkatan volume darah dan tekanan pada atrium kiri, foramen ovale secara fungsional akan menutup.

Vena umbilicus, duktus venosus dan arteri hipogastrika dari tali pusat menutup secara fungsional dalam beberapa menit setelah lahir dan setelah tali pusat diklem. Penutupan anatomi jaringan fibrosa berlangsung dalam 2-3 bulan.

5) Sistem Termoregulasi

Karakteristik BBL yang dapat menyebabkan hilangnya panas antara lain kulit tipis, pembuluh darah yang dekat dengan permukaan, sedikit lemak subkutan Untuk menjaga panas, bayi cukup bulan yang sehat akan mempertahankan posisi fleksi.

BBL dapat mengalami kehilangan panas melalui cara:

- a) *Penguapan/evaporasi*: terjadi ketika permukaan yang basah terkena udara (selama mandi, *Insensible Water Loose* (IWL) artinya kehilangan panas tanpa disadari, linen atau pakaian basah).
- b) *Konduksi*: terjadi ketika bayi bersentuhan langsung dengan benda-benda padat yang lebih dingin dari kulit mereka (timbangan berat badan, tangan dingin, stetoskop).
- c) *Konveksi*: terjadi ketika panas dipindahkan ke udara sekitar bayi (pintu/ jendela terbuka, AC)
- d) *Radiasi*: transfer panas ke benda dingin yang tidak bersentuhan langsung dengan bayi (bayi di dekat panas permukaan yang dingin hilang ke luar dinding & jendela).

6) Sistem neurologis

Anda harus mengkaji reflek-reflek fisiologis BBL karena hal ini penting sekali untuk mengetahui reflek protektif seperti blink, gag, bersin, dan batuk. Anda juga harus mengkaji reflek primitif BBL meliputi: rooting/sucking, moro, startle, tonic neck, fisiologis BBL).⁵

7) Sistem hematologi

Volume darah rata-rata pada BBL 80–85ml/Kg. Eritrosit/sel darah merah (SDM) lebih banyak dan lebih banyak mengandung hemoglobin dan hematokrit dibandingkan dengan dewasa, sedangkan leukosit/sel darah putih (SDP) 9000–30.000/mm³.

BBL memiliki risiko defisiensi pembekuan darah. Hal ini terjadi karena:

- a) BBL risiko defisit faktor pembekuan karena kurang vitamin K (berfungsi sebagai aktivasi/pemicu faktor pembekuan secara umum (factor II, VII, IX, X).
- b) Vitamin K disintesa di usus tapi makanan dan flora usus normal membantu proses ini.
- c) Untuk mengurangi risiko perdarahan, vitamin K diberikan secara Intra Muskuler (IM).

8) Sistem gastrointestinal

BBL harus mulai makan, mencerna, dan mengabsorpsi makanan setelah lahir. Kapasitas lambung 6 ml/Kg saat lahir tapi bertambah sekitar 90 ml pada hari pertama kehidupan. Udara masuk ke saluran gastrointestinal setelah lahir dan bising usus terdengar pada jam pertama. Enzim mengkatalis protein dan karbohidrat sederhana. Enzim pankreatik lipase sedikit diproduksi, lemak susu dalam ASI mudah dicerna dibanding dengan susu formula. BBL yang aterm (matang usia kehamilannya) memiliki kadar glukosa stabil 50–60mg/dl (jika dibawah 40mg/dl hipoglikemi)

9) Sistem imunitas

BBL kurang efektif melawan infeksi karena SDP berespon lambat dalam menghadapi mikroorganisme. BBL mendapat imunitas pasif dari ibu selama kehamilan trimester 3, kemudian dilanjutkan dengan pemberian ASI. IgG menembus plasenta saat fetus (imunitas pasif temporer terhadap toksin bakteri dan virus). IgM diproduksi BBL untuk mencegah penyerangan bakteri gram negative. IgA diproduksi BBL setelah usia 6–12 minggu setelah lahir (bisa didapat pada kolostrum dan ASI).

Sistem imunitas bayi baru lahir masih belum matang, sehingga menyebabkan neonatus rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Sistem imunitas yang matang akan memberikan kekebalan alami maupun yang di dapat. Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang mencegah atau meminimalkan infeksi. Berikut beberapa contoh kekebalan alami:

- a) Perlindungan oleh kulit membran mukosa
- b) Fungsi saringan saluran napas
- c) Pembentukan koloni mikroba oleh kulit dan usus
- d) Perlindungan kimia oleh lingkungan asam lambung

10) Sistem urinari

Kemampuan bayi dalam mengkonsentrasikan urin kurang. Intake/asupan 2 hari pertama: 65ml/ Kg. Output 2–6 X/ hari. BBL mudah kehilangan bikarbonat sampai di bawah dewasa (meningkat risiko asidosis).

11) Sistem endokrin

Sistem ini merupakan sistem yang kondisinya lebih baik dari pada sistem yang lainnya. Jika terjadi gangguan, biasanya berkaitan dengan kondisi hormonal ibunya. Contoh: *pseudomenstruasi* (seperti terdapat menstruasi pada BBL perempuan), *breast engorgement* (seperti terdapat pembesaran pada payudara). Kondisi tersebut adalah normal pada bayi yang dilahirkan oleh ibu dengan DM.

d. Penatalaksanaan

1) Melakukan persiapan alat, diri dan tempat

Pastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan, terutama klem, gunting, alat-alat resusitasi dan benang tali pusat telah di desinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau sterilisasi. Petugas melakukan cuci tangan dan menggunakan sarung tangan dalam memberikan asuhan. Gunakan ruangan yang hangat dan terang, siapkan tempat resusitasi yang bersih, kering, hangat, datar, rata dan cukup keras, misalnya meja atau dipan. Letakkan tempat resustasi dekat pemancar panas dan tidak berangin, tutup jendela dan pintu. Gunakan lampu pijar 60 watt dengan jarak 60 cm dari bayi sebagai alternatif bila pemancar panas tidak tersedia.

2) Melakukan penilaian awal.

Untuk BBL cukup bulan dengan air ketuban jernih yang langsung menangis atau bernapas spontan dan bergerak aktif cukup dilakukan manajemen BBL normal. Jika bayi kurang bulan (< 37 minggu/259 hari) atau bayi lebih bulan (≥ 42 minggu/283 hari) dan atau air ketuban bercampur mekonium dan atau tidak bernapas atau megap-megap dan atau tonus otot tidak baik lakukan manajemen BBL dengan Asfiksia.

3) Mencegah kehilangan panas tubuh dengan cara:

a) Ruang bersalin yang hangat

Suhu ruangan minimal 25°C . Tutup semua pintu dan jendela.

b) Keringkan tubuh bayi tanpa membersihkan verniks

Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Verniks akan membantu menghangatkan tubuh bayi. Segera ganti handuk basah dengan handuk atau kain yang kering.

c) Letakkan bayi di dada atau perut ibu agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi

Setelah tali pusat dipotong, letakkan bayi tengkurap di dada atau perut ibu. Luruskan dan usahakan ke dua bahu bayi menempel di dada atau perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi sedikit lebih rendah dari puting payudara ibu.

d) Menyusu Dini (lihat bagian Inisiasi Menyusu Dini)

e) Gunakan pakaian yang sesuai untuk mencegah kehilangan panas

Selimuti tubuh ibu dan bayi dengan kain hangat yang sama dan pasang topi di kepala bayi. Bagian kepala bayi memiliki permukaan yang relatif luas dan bayi akan dengan cepat kehilangan panas jika bagian tersebut tidak tertutup.

f) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir

Lakukan penimbangan setelah satu jam kontak kulit ibu ke kulit bayi dan bayi selesai menyusu. Karena BBL cepat dan mudah

kehilangan panas tubuhnya (terutama jika tidak berpakaian), sebelum melakukan penimbangan, terlebih dulu selimuti bayi dengan kain atau selimut bersih dan kering.

g) Bayi sebaiknya dimandikan pada waktu yang tepat yaitu tidak kurang dari enam jam setelah lahir dan setelah kondisi stabil. Memandikan bayi dalam beberapa jam pertama setelah lahir dapat menyebabkan hipotermia yang sangat membahayakan kesehatan BBL.

h) Rawat Gabung

Ibu dan bayi harus tidur dalam satu ruangan selama 24 jam. Idealnya BBL ditempatkan di tempat tidur yang sama dengan ibunya. Ini adalah cara yang paling mudah untuk menjaga agar bayi tetap hangat, mendorong ibu segera menyusui bayinya dan mencegah paparan infeksi pada bayi.

i) Resusitasi dalam lingkungan yang hangat

Apabila bayi baru lahir memerlukan resusitasi harus dilakukan dalam lingkungan yang hangat.

j) Transportasi hangat

Bayi yang perlu dirujuk, harus dijaga agar tetap hangat selama dalam perjalanan.

k) Memotong tali pusat dan memberi nasehat unruk perawatan tali pusat di rumah.

l) Melakukan IMD

m) Mencegah perdarah dengan memberi suntikan vitamin K sebesar 1 mg secara IM pada paha bayi.

n) Mencegah infeksi mata. Salep atau tetes mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan segera setelah proses IMD dan bayi selesai menyusu, sebaiknya 1 jam setelah lahir. Pencegahan infeksi mata dianjurkan menggunakan salep mata antibiotik tetrasiklin 1%.

o) Pemberian Imunisasi

Imunisasi Hepatitis B pertama (HB 0) diberikan 1-2 jam setelah pemberian Vitamin K1 secara intramuskular (lihat lampiran 4 halaman 109). Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi

- p) Pemberian identitas
- q) Anamnesis dan pemeriksaan fisik
- r) Dokumentasi

5. Masa Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil. Masa nifas (*puerperium*) dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. Tujuan dari pemberian asuhan masa nifas adalah untuk menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis, memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui dan pemberian imunisasi (Prawiroharrdjo, 2014).

b. Tahap Masa Nifas

Masa nifas seperti yang dijelaskan diatas merupakan serangkaian proses persalinan yang dilalui oleh seorang wanita, beberapa tahapan yang harus dipahami oleh seorang bidan menurut Anggraini Yetti (2018), antara lain :

- 1) Puerperium Dini (immediate puerperium) : waktu 0-24 jam post partum. Yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
- 2) Puerperium Intermedial (early puerperium) : waktu 1-7 hari post partum. Kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.
- 3) Remote Puerperium (later puerperium) : waktu 1-6 minggu post partum. Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil dan waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat bisa berminggu-minggu, bulan, atau tahun.

c. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Adapun Perubahan Fisiologis pada masa nifas menurut Anggraini Yetti (2016) antara lain:

1) Perubahan pada sistem reproduksi

Perubahan alat-alat genital baik interna maupun eksterna kembali seperti semula seperti sebelum hamil disebut involusio uteri. Bidan dapat membentuk ibu untuk mengatasi dan memahami perubahan-perubahan seperti

2) Vulva, Vagina dan Perineum

Rugae kembali timbul pada minggu ke tiga. 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.

3) Involusio

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

Table 2.7. Perubahan normal uterus selama post partum

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 simphysis	500 Gram
2 minggu	Normal	350 Gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 Gram
8 minggu	Sebesar normal	30 Gram

d. Perubahan pada sistem pencernaan

Pasca melahirkan, kadar progesteron menurun dan faal usus memerlukan waktu 3- 4 hari untuk kembali normal.

e. Perubahan pada 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.

f. Lochea

Akibat involusio 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

Table 2.8. Perubahan Lochea

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

Sumber: Anggraini, Y. 2016. Asuhan Kebidanan Masa Nifas. yogyakarta.

g. Perubahan pada tanda-tanda vital

Pada masa nifas tanda-tanda vital yang dikaji antara lain: Suhu badan, nadi, tekanan darah, pernapasan (Anggraini, 2016).

h. Pembentukan air susu

Ada dua refleks dalam pembentukan air susu ibu yaitu :

1) Refleks prolaktin

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

Rangsangan dilanjutkan ke hipotalamus melalui medula spinalis hipotalamus akan menekan pengeluaran faktor-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.

2) Refleks letdown

Bersama dengan pembentukan prolaktin oleh hipofise anterior, rangsangan yang berasal 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 laktiferus masuk ke mulut bayi.

i. Asuhan Nifas

1) Tujuan asuhan masa nifas menurut Dewi (2018) yaitu:

- a) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
- b) Melaksanakan skrining secara komprehensif, deteksi dini mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi.
- c) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehari-hari

- d) Memberikan pelayanan keluarga berencana (KB)
 - e) Mendapatkan kesehatan emosi.
- 2) Program dan Kebijakan Teknis Pelayanan Nifas
- Menurut Kemenkes RI (2016) anjurkan ibu untuk melakukan kontrol/kunjungan masa nifas setidaknya 4 kali yaitu:
- a) Kunjungan 6-8 jam setelah persalinan
 - b) Kunjungan 6 hari setelah persalinan
 - c) Kunjungan 2 minggu setelah persalinan
 - d) Kunjungan 6 minggu setelah persalinan.
- 3) Kunjungan pertama, dilakukan 6-8 jam setelah persalinan tujuan untuk:
- 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 atonia uteri
 - d) Pemberian ASI awal
 - e) Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
 - f) Menjaga bayi tetap sehat melalui hipotermi
 - g) Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama. Setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.
- 4) Kunjungan kedua dilakukan 6 hari setelah persalinan Tujuan untuk :
- 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.

- f) Kunjungan ketiga, dilakukan 2 minggu persalinan tujuannya untuk : Memastikan rahim sudah kembali normal dengan mengukur dan meraba bagian rahim.
- 5) Kunjungan keempat, dilakukan 6 minggu setelah persalinan.
 - a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami.
 - b) Memberi konseling KB secara dini (Dewi, 2018)

6. Keluarga Berencana

a. Konsep Dasar Keluarga Berencana

1) Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga Berencana merupakan upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan, peraturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga untuk mewujudkan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera (Dewi, 2016).

2) Tujuan asihan keluarga Berencana

Adapun Tujuan Program KB menurut (Anggraini dan Martini, 2018) yaitu:

a) Tujuan umum :

Membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak, agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya.

b) Tujuan program KB :

Memperbaiki kesehatan dan kesejahteraan ibu, anak, keluarga dan bangsa; Mengurangi angka kelahiran untuk menaikkan taraf hidup rakyat dan bangsa; Memenuhi permintaan masyarakat akan pelayanan KB dan KR yang berkualitas, termasuk upaya-upaya menurunkan angka kematian ibu, bayi, dan anak serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi.

Rekomendasi WHO tahun 2005, jarak yang dianjurkan untuk kehamilan berikutnya adalah minimal 24 bulan. Dasar dari rekomendasinya adalah bahwa menunggu selama 24 bulan setelah kelahiran hidup akan membantu mengurangi risiko yang merugikan bagi

ibu, perinatal dan bayi. Selain itu, interval yang direkomendasikan ini dianggap konsisten dengan rekomendasi WHO / UNICEF untuk menyusui setidaknya selama dua tahun, dan juga dianggap mudah digunakan dalam program: "dua tahun". WHO juga merekomendasikan untuk kehamilan berikutnya setelah keguguran adalah minimal enam bulan untuk mengurangi risiko yang merugikan pada ibu dan perinatal.

3) Macam-macam Kontrasepsi

a) Pil

Pil kombinasi

Pil kontrasepsi dapat berupa pil kombinasi (berisi hormon estrogen dan progesteron) ataupun hanya berisi progesteron saja. Pil kontrasepsi bekerja dengan cara mencegah terjadinya ovulasi dan mencegah terjadinya penebalan dinding rahim. Apabila pil kontrasepsi ini digunakan secara tepat. Adapun Jenis-jenis dari pil kombinasi menurut Handayani (2017) antara lain:

- i. Monofasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progesteron dalam dosis sama, dengan tablet tanpa hormon aktif.
- ii. Bifasik : Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progesteron dengan dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet.
- iii. Trifasik: Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progesteron dengan tiga dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

Cara kerja alat kontrasepsi pil kombinasi adalah menghambat ovulasi, membuat endometrium tidak mendukung untuk implantasi, membuat lendir serviks tidak bisa ditembus sperma, Pergerakan tuba tergantung sehingga transportasi telur terganggu (Mulyani dan Rinawati, 2015).

Keuntungan :

- a) Tidak mengganggu hubungan seksual
- b) Siklus haid menjadi teratur (mencegah anemia)
- c) Dapat digunakan sebagai metode jangka panjang

- d) Dapat digunakan pada masa remaja hingga menopause
- e) Mudah dihentikan setiap saat. Kerugian:
- f) Mahal dan membosankan karena digunakan setiap hari
- g) Mual, 3 bulan pertama
- h) Perdarahan bercak atau perdarahan, pada 3 bulan pertama
- i) Pusing
- j) Nyeri payudara
- k) Kenaikan berat badan
- l) Tidak mencegah PMS
- m) Tidak boleh untuk ibu yang menyusui (Handayani, 2017).
- n) Kontrasepsi pil progestin

Merupakan pil kontrasepsi yang berisi hormon sintetis progesteron. Adapun jenis-jenis dari kontrasepsi pil progestin menurut Handayani, (2017) antara lain:

- a) Kemasan dengan isi 35 pil : mengandung 300 mikro gram levonogestrel atau 350 mikro gram noretindron.
- b) Kemasan dengan isi 28 pil : mengandung 75 mikro gram desogestrel.

Cara Kerja kerja kontrasepsi pil progestin adalah Menghambat ovulasi, dan Mencegah implantasi. Keuntungan pil progestin adalah sangat efektif bila digunakan secara benar, tidak mengganggu hubungan seksual, dan tidak berpengaruh terhadap pemberian ASI. Kerugian pil progestin adalah harus dimakan pada waktu yang sama setiap hari, Kebiasaan lupa akan menyebabkan kegagalan metode (Handayani, 2017).

- b) Suntikan
 - i. Suntikan Kombinasi

Merupakan kontrasepsi suntik yang berisi hormon sintetis estrogen dan progesteron dengan jenis 25 mg depo medroksi progesteron asetat dan 5 mg Estradiol Spinoat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali (Cyclofem) dan 50 mg Estradiol valerat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali. Mekanisme kerja suntikan kombinasi adalah menekan ovulasi, membuat lendir serviks menjadi kentalsehingga penetrasi sperma terganggu, perubahan pada

endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu, dan menghambat transportasi gamet oleh tuba. Keuntungan dari alat kontrasepsi ini yaitu tidak berpengaruh pada hubungan suami istri, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, klien tidak perlu menyimpan obat dan jangka panjang.

Adapun kerugian dari alat kontrasepsi ini diantaranya terjadi perubahan pola haid: tidak teratur, perdarahan bercak, perdarahan sampai 10 hari, awal pemakaian: mual, pusing, nyeri payudara dan keluhan ini akan menghilang setelah suntikan kedua atau ketiga, klien harus kembali setiap 30 hari untuk mendapatkan suntikan dan penambahan badan (Dewi, 2016).

ii. Suntikan progestin

Kontrasepsi suntikan progestin ini sangat efektif dibandingkan dengan mini pil, karena dosis gestagen yang cukup tinggi dibandingkan dengan mini pil. Akan tetapi kembalinya kesuburan cukup lambat, yaitu rata-rata 4 bulan setelah berhenti dari penyuntikan sehingga akan kurang tepat apabila digunakan para wanita yang menginginkan untuk segera hamil pada waktu yang cukup dekat.

Kontrasepsi ini cocok bagi ibu yang sedang menyusui. Secara umum keuntungannya hampir sama dengan mini pil, hanya saja kontrasepsi ini memang lebih efektif.

Waktu pemberian suntik pertama prinsipnya sama dengan kontrasepsi hormonal lain. Adapun untuk kunjungan ulangnya adalah 12 setelah penyuntikan. Suntikan ulang dapat diberikan 2 minggu sebelum jadwal. Suntik ulang juga bisa diberikan 2 minggu setelah jadwal asalkan perempuan tersebut diyakini tidak hamil, akan tetapi perlu tambahan dalam waktu 7 hari setelah penyuntikan atau tidak melakukan hubungan seksual (Dewi, 2016). Keuntungan dari alat kontrasepsi ini yaitu sangat efektif untuk mencegah kehamilan jangka panjang serta tidak berpengaruh pada hubungan suami istri. Adapun kerugian dari alat kontrasepsi ini

yaitu sering ditemui gangguan haid, bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan dan permasalahan penambahan berat badan.

4) Implant

Kontrasepsi implant adalah suatu alat kontrasepsi yang mengandung levonogestrel yang dibungkus dalam kapsul silastic silicon (polydimethylsiloxane) dan dipasang di bawah kulit. Cara kerja implant dalam mencegah kehamilan adalah dengan dilepaskannya hormon levonorgestrel secara konstan dan berkelanjutan dan adapun jenis dari alat kontrasepsi implant yaitu:

- a)Norplant : Terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, dengan diameter 2,4 mm, yang diisi dengan 36 mg Levonogestrel dan lama kerjanya 5 tahun.
- b)Implanon : Terdiri dari 1 batang silastik lembut berongga dengan panjang kira-kira 40 mm dan diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg 3 ketodeogestrel dan lama kerjanya 3 tahun.
- c)Jadena dan indoplant : Terdiri dari 2 batang silastik lembut berongga dengan panjang 4,3 cm, diameter 2,5 mm, berisi 75 mg Levonorgestrel dengan lama kerja 3 tahun.

Cara kerja :

- I. Menekan ovulasi karena hormone estroge ditekan hormone progesterone yang telah ada sejak awal.
- II. Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi.
- III. Mengentalkan proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi

Keuntungan dari alat kontrasepsi ini diantaranya berdaya guna tinggi bekerja 24 jam setelah pemasangan, perlindungan jangka panjang (bisa sampai lima tahun untuk jenis norplant), pengambilan tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan, tidak memerlukan periksa dalam dan bebas dari pengaruh esterogen, tidak mempengaruhi pemberian ASI.

Kerugian dari alat kontrasepsi ini yaitu harus dipasang dan diangkat oleh petugas yang terlatih, lebih mahal serta

aseptor tidak dapat menghentikan implan dengan kehendaknya sendiri (Dewi, 2016).

5) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) IUD

IUD (intra uterine device) merupakan kontrasepsi yang dimasukkan melalui serviks dan dipasang di dalam uterus (Dewi, 2016).

Mekanisme Kerja:

- a) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilitas.
- b) AKDR menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi.
- c) AKDR juga mencegah terjadinya implantasi karena didalam uterus.

Adapun jenis dari alat kontrasepsi AKDR yaitu:

- a) AKDR yang ber kandungan tembaga, yaitu copper T (CuT 380A) dan nova T.
- b) AKDR yang ber kandungan hormon progesteron, yaitu Mirena
- c) AKDR lebih dari 20 tahun, akan didapati dalam bentuk lipes loop (terbuat dari plastik).

Keuntungan dari alat kontrasepsi ini yaitu efektif dengan segera yaitu setelah 24 jam dari pemasangan, merupakan metode alat kontrasepsi jangka panjang (8 tahun), tidak mengganggu produksi ASI, tidak mengganggu hubungan seksual dan dapat dipasang setelah melahirkan ataupun pasca abortus. Adapun kerugian dari alat kontrasepsi ini yaitu dapat meningkatkan resiko terjadinya infeksi panggul seperti adanya perdarahan bercak/spotting selama 1-2 hari pasca pemasangan tetapi kemudian akan menghilang, tidak bisa memasang atau melepas sendiri, petugas kesehatan yang diperbolehkan memasang juga yang sudah terlatih dan alatnya dapat keluar tanpa disadari (Dewi, 2016).

Yang Boleh Menggunakan AKDR :

- a) Ingin menggunakan kontrasepsi jangka panjang
- b) Setelah melahirkan dan menyusui ataupun tidak menyusui bayinya
- c) Setelah mengalami abortus dan tidak terjadi infeksi
- d) Resiko rendah dari IMS

Yang Tidak Boleh Menggunakan AKDR:

- a) Kemungkinan hamil atau sedang hamil
- b) Perdarahan vagina yang belum jelas penyebabnya
- c) Sedang mengalami infeksi alat genital
- d) Kanker alat genital
- e) Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm. Waktu Pemasangan:
- f) Segera setelah melahirkan, dalam 48 jam pertama atau 4 minggu pasca persalinan.
- g) Setelah mengalami abortus (segera atau dalam waktu 7 hari) bila tidak ditemukan gejala infeksi (Dewi, 2016)

6) Standarisasi Pelayanan Kotrasepsi

Langkah-langkah dalam pelayanan kontrasepsi dilakukan meliputi :

a. Pra Pelayanan:

1) Komunikasi, Informasi dan Edukasi

- a) Pelayanan KIE dilakukan di lapangan oleh tenaga penyuluh KB/PLKB dan kader serta tenaga kesehatan. Pelayanan KIE dapat dilakukan secara berkelompok ataupun perorangan.
- b) Tujuan untuk memberikan pengetahuan, mengubah sikap dan perilaku terhadap perencanaan keluarga baik untuk menunda, menjarangkan/membatasi kelahiran melalui penggunaan kontrasepsi.
- c) KIE dapat dilakukan melalui pertemuan, kunjungan rumah dengan menggunakan/memanfaatkan media antara lain media cetak, media sosial, media elektronik, Mobil Unit Penerangan (MUPEN), dan Public Service Announcement (PSA).
- d) Penyampaian materi KIE disesuaikan dengan kearifan dan budaya lokal.

b. Konseling

Konseling dilakukan untuk memberikan berbagai masukan dalam metode kontrasepsi dan hal-hal yang dianggap perlu untuk diperhatikan dalam metode kontrasepsi yang menjadi pilihan klien berdasarkan tujuan reproduksinya. Tindakan konseling ini disebut sebagai informed choice.

Dalam melakukan konseling digunakan sebuah alat bantu kerja interaktif, yaitu Alat Bantu Pengambilan Keputusan ber-KB (ABPK) yang diperuntukkan bagi penyedia layanan untuk membantu klien memilih dan memakai metode KB yang paling sesuai dengan kebutuhannya. Alat Bantu Pengambilan Keputusan ber-KB (ABPK) akan memberikan informasi yang

diperlukan dalam pemberian pelayanan KB yang berkualitas serta memungkinkan konseling berjalan lebih terarah. (*Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, RI,2020 ,Pedoman Konseling Menggunakan Lembar Balik ABPK*).

Konseling kontrasepsi memiliki potensi besar sebagai strategi untuk memberdayakan wanita yang tidak menginginkan kehamilan untuk memilih metode kontrasepsi yang dapat digunakan dengan benar dan konsisten dari waktu ke waktu, sehingga mengurangi risiko kehamilan yang tidak diinginkan secara individu.(Christine Dehlendorf, MD, MAS, San Francisco-2014)

Konseling yang berkualitas harus disediakan. Beberapa elemen perlu dipertimbangkan untuk proses pengambilan keputusan bersama yang konsisten adalah: preferensi dan nilai individu, menekankan pentingnya menciptakan hubungan yang dekat dan saling percaya dalam lingkungan privasi, rasa hormat, empati, dan non-diskriminasi atas dasar gender. , ras/etnis, kelas sosial atau faktor lainnya.(Reyes-Martí dkk. Kesehatan Reproduksi -2021)

c. Penapisan

Penapisan klien merupakan upaya untuk melakukan kajian tentang kondisi kesehatan klien dengan menggunakan alat bantu berupa diagram lingkaran Kriteria Kelayakan Medis Kontrasepsi (Roda KLOP). Kondisi kesehatan dan karakteristik individu akan menentukan pilihan metode kontrasepsi yang diinginkan dan tepat untuk klien.

Tujuan utama penapisan klien adalah:

- 1) Ada atau tidak adanya kehamilan;

- 2) Menentukan keadaan yang membutuhkan perhatian khusus misalnya menyusui atau tidak menyusui pada penggunaan KB pasca persalinan;
- 3) Menentukan masalah kesehatan yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut misalnya klien dengan HIV.

Klien tidak selalu memberikan informasi yang benar tentang kondisi kesehatannya, sehingga petugas kesehatan harus mengetahui bagaimana keadaan klien sebenarnya, bila diperlukan petugas dapat mengulangi pertanyaan yang berbeda. Perlu juga diperhitungkan masalah sosial, budaya atau agama yang mungkin berpengaruh terhadap respon klien tersebut termasuk pasangannya. Untuk sebagian besar klien bisa diselesaikan dengan cara anamnesis terarah, sehingga masalah utama dikenali atau kemungkinan hamil dapat dicegah.

Beberapa metode kontrasepsi tidak membutuhkan pemeriksaan fisik maupun pemeriksaan panggul, kecuali AKDR, tubektomi, dan vasektomi dan pemeriksaan laboratorium untuk klien dilakukan apabila terdapat indikasi medis.

d. Persetujuan Tindakan Tenaga Kesehatan

Persetujuan tindakan tenaga kesehatan merupakan persetujuan tindakan yang menyatakan kesediaan dan kesiapan klien untuk ber-KB. Persetujuan tindakan medis secara tertulis diberikan untuk pelayanan kontrasepsi seperti suntik KB, AKDR, implan, tubektomi dan vasektomi, sedangkan untuk metode kontrasepsi pil dan kondom dapat diberikan persetujuan tindakan medis secara lisan.

Penjelasan persetujuan tindakan tenaga kesehatan sekurang-kurangnya mencakup beberapa hal berikut:

- 1) Tata cara tindakan pelayanan;

- 2) Tujuan tindakan pelayanan yang dilakukan;
- 3) Alternatif tindakan lain;
- 4) Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi; dan
- 5) Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan.

e. Pelayanan Kontrasepsi

Menurut waktu pelaksanaannya, pelayanan kontrasepsi dilakukan pada:

- 1) masa interval, yaitu pelayanan kontrasepsi yang dilakukan selain pada masa pasca persalinan dan pasca keguguran
- 2) pasca persalinan, yaitu pada 0 - 42 hari sesudah melahirkan
- 3) pasca keguguran, yaitu pada 0 - 14 hari sesudah keguguran
- 4) pelayanan kontrasepsi darurat, yaitu dalam 3 hari sampai dengan 5 hari pascasenggama yang tidak terlindung dengan kontrasepsi yang tepat dan konsisten.

Tindakan pemberian pelayanan kontrasepsi meliputi pemasangan atau pencabutan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR), pemasangan atau pencabutan Implan, pemberian Suntik, Pil, Kondom, pelayanan Tubektomi dan Vasektomi serta pemberian konseling Metode Amenore Laktasi (MAL).

f. Pasca Pelayanan

Kegiatan pasca pelayanan kontrasepsi dilakukan untuk memantau dan menangani efek samping penggunaan kontrasepsi, komplikasi penggunaan kontrasepsi, dan kegagalan kontrasepsi. Kegiatan pasca pelayanan kontrasepsi meliputi:

- 1) Pemberian konseling,

- 2) Pelayanan medis, dan/atau
- 3) Rujukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang undangan

Konseling pasca pelayananan dari tiap metode kontrasepsi sangat dibutuhkan. Konseling ini bertujuan agar klien dapat mengetahui berbagai efek samping dan komplikasi yang mungkin terjadi. Klien diharapkan juga dapat membedakan masalah yang dapat ditangani sendiri di rumah dan efek samping atau komplikasi yang harus mendapat pelayanan medis. Pemberian informasi yang baik akan membuat klien lebih memahami tentang metode kontrasepsi pilihannya dan konsisten dalam penggunaannya. (*Kementrian Kesehatan, Pedoman pelayanan kotrasepsi dan keluarga berencana, Kementrian Kesehatan, 2020*)