

BAB II

TINJAUAN KASUS DAN TEORI

A. Tinjauan Kasus

1. ANC Trimester III

Asuhan kebidanan berkesinambungan di berikan kepada Ny. D, umur 32 tahun pada kehamilan trimester III dengan umur kehamilan 39 minggu dengan *overweight*. Kasus ini ditemukan di Puskesmas Semawung Daleman pada tanggal 13 Januari 2022. Alamat pasien tersebut di Senepo Timur Rt 2 Rw 1 Kutoarjo. Ny. D datang bersama suami untuk memeriksakan kehamilannya dengan keluhan cemas dan lemas.

Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. D, kehamilan ini merupakan kehamilan yang kedua. Ibu mengatakan haid terakhirnya pada tanggal 15 April 2021, dan hari perkiraan lahirnya pada tanggal 21 Januari 2022. Anak pertama lahir tahun 2017 secara spontan di PMB berjenis kelamin laki-laki dengan berat badan lahir 3100 gram, Selama hamil ini, Ny. D periksa ANC secara rutin baik di Puskesmas dan PMB.

Pada riwayat pemakaian alat kontrasepsi, ibu pernah menggunakan alat kontrasepsi suntik setelah melahirkan anak pertama selama 3 tahun.

Riwayat kesehatan pasien tidak ada riwayat penyakit seperti asma, jantung, hipertensi, Diabetes Melitus maupun TBC. Pasien juga tidak memiliki riwayat operasi. Dalam keluarga pasien terdapat riwayat penyakit Diabetes Melitus dan hipertensi.

Hasil pengkajian pada Ny. D, didapatkan pasien merasa cemas berat badan bayinya besar dan mempersulit proses persalinannya. Pada awal kehamilan ketiga ini ditemukan LILA 30 cm, TB 151 cm dan IMT awal ibu 28,75 kg/ m². IMT sekarang 36,4 kg/ m². Berat badan ibu saat ini adalah 83 kg, sedangkan berat badan sebelum hamil adalah 69 kg sehingga ibu mengalami kenaikan berat badan 14 kg.

Berdasarkan data obyektif, ditemukan tanda-tanda vital dalam batas normal TD 110/75 mmHG, Nadi 92x/menit, RR 21 x/menit. Pada pemeriksaan konjungtiva mata berwarna merah muda dan sklera putih. Pada pemeriksaan palpasi abdomen, TFU 30 cm (TBJ: 2945 gram), teraba bokong pada fundus

uteri, punggung bayi di kanan ibu dan teraba kepala sudah masuk panggul 1/5 bagian. Pada pemeriksaan auskultasi didapatkan denyut jantung janin (DJJ) dalam batas normal. Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 12-11-2021: Hb 13,1 gr/dl, HbsAg negatif, HIV negatif, Sipilis non reaktif, Gula darah sewaktu: 117 gr/ dl.

Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakkan diagnosa Ny. D, umur 32 tahun G2P1A0 Ah1 hamil 39 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterine, punggung kanan, presentasi kepala, masuk PAP dengan *overweight*. Masalah yang timbul pada Ny. D adalah kecemasan berat lahir bayinya besar sehingga dapat mempersulit proses persalinan. Dari masalah yang timbul maka kebutuhan yang diberikan yaitu KIE mengenai kondisi kehamilannya dan taksiran berat janin, KIE pengaturan pola makan pada ibu hamil *overweight* serta pemberian dukungan sosial terhadap rasa cemas ibu hamil.

Berdasarkan diagnosa dan masalah yang dialami ibu, penatalaksanaan yang diberikan adalah menjelaskan hasil pemeriksaan pada pasien bahwa pemeriksaan tanda vital normal. Namun pada hasil pemeriksaan ibu mengalami kelebihan berat badan. Menjelaskan kepada ibu bahwa cara mengatasi rasa cemas dengan relaksasi, tidur yang cukup, melakukan olahraga ringan, olahraga akan membuat tubuh terasa lebih bugar karena lancarnya peredaran darah dan metabolisme tubuh. Tidak perlu olahraga berat, cukup jalan pagi atau berkebun..

Memberikan edukasi pengaturan pola makan untuk kondisi ibu hamil dengan kelebihan BB yaitu dengan mengonsumsi sayur (serat) 2 kali lipat dari bahan makanan sumber karbohidrat (nasi, ubi, mie, roti, pasta). Jumlah makanan sumber protein harus sama jumlahnya dengan karbohidrat (piring makan model T). Konsumsi buah dengan jumlah yang sama dengan protein atau karbohidrat. (pedum gentas) Menghindari makanan dan minuman bergula tinggi dan memperbanyak minum air putih 6-8 gelas/ hari.

Memberikan dukungan dan edukasi bahwa taksiran berat janin saat ini 2945 gram. Berat badan untuk saat ini sudah cukup dan tidak terlalu besar, sehingga ibu tidak perlu khawatir bayi yang dilahirkan terlalu besar.

Memberikan edukasi tanda-tanda persalinan dan tanda bahaya kehamilan trimester 3, yaitu gerakan janin berkurang dari biasanya minimal

10 gerakan dalam 12 jam tiap hari, perdarahan dari jalan lahir, demam tinggi, kaki bengkak dan sakit kepala disertai kejang. 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 diminum sehari sekali dan kalsium diminum sehari sekali. Menganjurkan pada pasien untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi. Pasien bersedia untuk kontrol ulang 1 minggu lagi yaitu tanggal 20 Januari 2022.

2. ANC Trimester III Kunjungan Ulang

Pada kunjungan ini (tanggal 20 Januari 2022), ibu mengeluh keluar lendir putih namun kenceng-kenceng belum teratur. Ibu juga mengeluh nyeri pada punggungnya. Berdasarkan Hari Pertama Menstruasi Terakhir, usia kehamilan ibu adalah 39 minggu 6 hari.

Berdasarkan data obyektif, ditemukan tanda-tanda vital dalam batas normal TD 120/79 mmHg, Nadi 89x/menit, RR 21x/menit. Berat badan ibu saat ini adalah 83 kg . Pada pemeriksaan konjungtiva mata berwarna merah muda dan sklera putih. Pada pemeriksaan palpasi abdomen, TFU 30 cm (TBJ: 2945 gram), teraba bokong pada fundus uteri, punggung bayi di kanan ibu dan teraba kepala sudah masuk panggul 1/5 bagian. Pada pemeriksaan auskultasi didapatkan denyut jantung janin (DJJ) dalam batas normal.

Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakkan diagnosa Ny. D, umur 32 tahun G2P1A0Ah1 hamil 39 minggu 6 hari, janin tunggal, hidup, intrauterine, punggung kanan, presentasi kepala, masuk P P dengan *overweight*. Masalah yang timbul pada Ny. D adalah nyeri punggung. Dari masalah yang timbul maka kebutuhan yang diberikan yaitu KIE mengenai penyebab nyeri punggung pada ibu hamil dan cara mengatasinya.

Berdasarkan diagnosa dan masalah yang dialami ibu, penatalaksanaan yang diberikan adalah menjelaskan pemeriksaan pada ibu bahwa pemeriksaan tanda vital normal. Menjelaskan tentang keluhan nyeri punggungnya merupakan hal yang wajar karena semakin besarnya janin akan membuat beban tulang punggung dalam menopang tubuh semakin berat. Cara untuk mengurangi adalah dengan memperbaiki postur tubuh dengan berdiri atau duduk tegak dan regangkan punggung secara berkala untuk menghindari nyeri. Melakukan pijatan pada daerah punggung. Menggunakan penyangga perut

atau korset untuk ibu hamil juga dapat membantu mengurangi nyeri punggung saat hamil.

Memberikan edukasi mengenai kenceng-kenceng yang dirasakan merupakan his/ kontraksi palsu adalah persiapan pada rahim sebelum kontraksi persalinan yang sesungguhnya. 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. Menganjurkan pada pasien untuk datang kembali bila kontraksi kuat dan keluar lendir bercampur darah.

3. Persalinan

Pada tanggal 21 Januari 2022 pukul 17.50 WIB Ny D datang ke Puskesmas Semawung Daleman didampingi oleh suami, Ny. D mengalami kencang-kencang teratur dan keluar lendir darah sejak tanggal 21-1-2022, jam 05.00 WIB. Ibu mengatakan belum mengeluarkan air ketuban. Ibu mengatakan gerakan janin aktif.. Usia kehamilan ibu berdasarkan hari pertama haid terakhir yaitu 40 minggu.

Hasil pengkajian pada Ny. D, didapatkan pasien merasa cemas terhadap proses persalinan akan berlangsung lama. Berdasarkan data obyektif, ditemukan tanda-tanda vital dalam batas normal TD 122/78 mmHg, Nadi 93x/menit, RR 20 x/menit. Berat badan ibu saat ini adalah 83 kg, sehingga total kenaikan BB selama hamil yaitu 14 kg.

Pada pemeriksaan fisik palpasi abdomen, TFU 30 cm (TBJ: 2945 gram), teraba bokong pada fundus uteri, punggung bayi di kanan ibu dan teraba kepala sudah masuk panggul 1/5 bagian. Pada pemeriksaan auskultasi didapatkan denyut jantung janin (DJJ) dalam batas normal dan kontraksi teratur tiap 3x dalam 10 menit selama 30 detik tiap kontraksi. Pada pemeriksaan dalam didapatkan vulva dan uretra tenang, dinding vagina licin, porsio menipis lunak, pembukaan 7 cm, selaput ketuban (+), air ketuban (-), presentasi kepala, kepala di Hodge II, STLD (+).

Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegaskan diagnosa Ny. D, umur 32 tahun G2P1A0 Ah1 hamil 40 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterine, punggung kiri, presentasi kepala, masuk PAP dengan *overweight* dalam persalinan kala I fase aktif. Masalah yang timbul pada Ny. D adalah kecemasan dalam menghadapi persalinan dan nyeri akibat kontraksi

rahim. Dari masalah yang timbul maka kebutuhan yang diberikan yaitu motivasi, dukungan sosial dengan menghadirkan suami sebagai pendamping persalinan dan mengajarkan teknik relaksasi.

Berdasarkan diagnosa dan masalah yang dialami ibu, penatalaksanaan yang diberikan adalah menjelaskan pemeriksaan ibu dan janin dalam keadaan normal, pembukaan 7 cm dan ibu sudah memasuki masa persalinan fase aktif.

Menganjurkan ibu untuk memilih posisi yang nyaman tanpa membahayakan janin dan ibu bisa duduk ataupun tidur miring ke kiri ketika kenceng bertambah sering. Ibu memilih tidur dengan posisi miring ke kiri dan kadang duduk. Membimbing ibu dalam melakukan relaksasi saat kontraksi datang, dengan cara menarik nafas panjang lewat hidung, kemudian dilepaskan dengan perlahan dan ditiupkan melalui mulut secara berulang. Ibu dapat mengulangi teknik relaksasi dengan baik.

Melibatkan suami dan keluarga untuk mendukung proses persalinan. Membimbing suami untuk memijat daerah punggung bagian bawah untuk rasa nyaman bagi ibu serta mengurangi rasa nyeri yang ibu rasakan saat kontraksi datang. Menganjurkan ibu untuk tetap memenuhi nutrisi dan hidrasinya untuk persiapan proses persalinan. Ibu bersedia untuk makan roti, minum segelas air mineral isotonik. Menganjurkan kepada ibu untuk tidak menahan dalam BAK guna keefektifan penurunan kepala janin. Melakukan observasi tekanan darah, kemajuan persalinan tiap 4 jam, nadi, DJJ dan His tiap 1 jam.

Berdasarkan hasil observasi tanggal 21-1-2022 jam: 18.30 WIB, ibu mengeluh kenceng-kenceng semakin sering dan terasa ingin mengejan. Berdasarkan data objektif didapatkan tanda-tanda vital dan DJJ dalam batas normal TD 110/75 mmHg, Nadi 93x/menit, RR 21x/menit, DJJ 151 x/menit . Kontraksi rahim 5 kali dalam 10 menit selama 50 detik pada setiap kontraksi. Pada pemeriksaan inspeksi tampak vulva dan anus membuka dan perineum menonjol. Pada pemeriksaan dalam didapatkan vulva dan uretra tenang, dinding vagina licin, porsio tak teraba, pembukaan lengkap, selaput ketuban (-), preskep, kepala turun hodge III+, UUK jam 12, AK (-), STLD (+).

Berdasarkan hasil pemeriksaan, ibu telah memasuki persalinan kala II. Bayi lahir secara spontan setelah dipimpin 15 menit dengan jenis kelamin laki-laki, BB 3200 gr. Bayi dalam kondisi yang baik sehingga dilakukan Inisiasi Menyusu Dini selama 1 jam. Ibu diberikan injeksi oksitosin 10 IU secara IM

dalam waktu 1 menit setelah bayinya lahir. Placenta lahir secara spontan dalam waktu 4 menit setelah bayi lahir dengan Manajemen Aktif Kala III.

Pada hasil pemeriksaan pasca plasenta lahir didapatkan laserasi perineum derajat II, sehingga diperlukan penjahitan perineum menggunakan benang catgut cromic. Sebelum penjahitan ibu diberikan anastesi lokal yaitu injeksi lidokain 1% . Berdasarkan pemantauan Kala IV selama 2 jam pasca persalinan, ibu dalam kondisi normal. Tanda-tanda vital dalam batas normal, kontraksi uterus teraba keras, kandung kemih dalam keadaan kosong, pengeluaran pervaginam ± 50 cc.

4. Bayi Baru Lahir

Bayi Ny. D lahir secara spontan pada tanggal 21 Januari 2022 jam 18.45 WIB. Bayi berjenis kelamin laki-laki lahir langsung menangis, kulit kemerahan dan tonus otot baik.

Berdasarkan hasil pengkajian pada jam 19.45 WIB, bayi sudah dapat menyusu. Pada data obyektif, ditemukan nadi, pernafasan, suhu dalam batas normal, kulit kemerahan, reflek hisap baik dan gerakan aktif. Tali pusat tampak segar, basah dan tidak terdapat perdarahan. Pada pemeriksaan fisik, bayi dalam keadaan normal dengan BB 3200 gram, PB: 50 cm, LK: 32 cm, LD: 31 cm, LLA: 11 cm. Bayi belum buang air kecil (BAK) dan mengeluarkan mekonium dalam waktu 1 jam setelah lahir.

Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakkan diagnosa By. Ny. D, umur 1 jam, bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, lahir spontan dengan keadaan normal. Masalah potensial yang dapat terjadi pada By. Ny. D 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 menyusu, suhu tubuh bayi dibawah 36°C atau lebih dari $37,5^{\circ}\text{C}$, 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.

5. PNC Kunjungan I

Pada tanggal 22 Januari 2022, pukul 03.00 WIB, ibu mengatakan terasa nyeri pada bekas jahitan jalan lahir. Ibu mengatakan sudah buang air kecil dan telah mengganti pembalut sekali. Ny. D telah mampu turun dari tempat tidur dan jalan ke kamar mandi dibantu keluarganya dalam 2 jam paska melahirkan. Ibu juga sudah mampu duduk untuk menyusui bayinya. Ibu merasa sangat senang atas kelahiran putranya yang ketiga dan lega karena persalinannya berjalan lancar.

Berdasarkan data obyektif, ditemukan tanda-tanda vital dalam batas normal 110/69 mmHg, Nadi 87x/menit, RR 21 x/menit. Berat badan ibu saat ini adalah 79 kg. Pada pemeriksaan konjungtiva mata berwarna merah muda dan sklera putih. Bentuk payudara simetris, hiperpigmentasi, puting susu menonjol, terdapat pengeluaran ASI. Pada pemeriksaan abdomen, fundus uteri teraba 3 jari di bawah pusat, kontraksi uterus teraba keras, dan kandung kemih telah kosong.

Luka jahitan pada perineum masih basah namun tidak ada perdarahan dan tanda-tanda infeksi. Pengeluaran pervaginam sekitar 100 cc, berwarna merah. Pada pemeriksaan kedua ekstremitas tidak terdapat oedema, varises dan *homan sign*.

Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakkan diagnosa Ny. D, umur 32 tahun P2A0 Ah2 postpartum spontan 6 jam dalam keadaan normal. Masalah yang timbul pada Ny. D adalah nyeri pada jahitan perineum.

Dari masalah yang timbul maka kebutuhan yang diberikan yaitu KIE mengenai nyeri jahitan perineum dan KIE mengenai tanda-tanda infeksi.

Berdasarkan diagnosa dan masalah yang dialami ibu, penatalaksanaan yang diberikan adalah menjelaskan hasil pemeriksaan ibu dalam keadaan normal. Menjelaskan tentang keluhan nyeri pada jahitan jalan lahir terjadi karena luka belum sembuh sempurna sehingga masih terasa nyeri namun dari hasil pemeriksaan kondisi jahitan perineum tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan dan nanah.

Menganjurkan ibu untuk makan dan minum manis terlebih dahulu sebelum turun dari tempat tidur agar tidak lemas. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi dini dengan tidur miring kanan dan kiri, duduk kemudian berdiri pelan-pelan. Ibu tidak boleh memaksakan diri untuk jalan ketika merasa pusing atau lemas. Melakukan pijat oksitosin untuk merangsang produksi ASI. Ibu telah dilakukan pijat oksitosin dan ibu merasa lebih nyaman.

Menjelaskan kepada ibu tanda-tanda bahaya masa nifas seperti perdarahan pascamelahirkan misal jika mengganti pembalut >1 x/ jam disertai dengan pusing dan detak jantung yang tidak teratur, demam tinggi (lebih dari 38°C) merupakan tanda infeksi bisa diiringi dengan nyeri pada bagian perut, selangkangan, payudara, ataupun bekas jahitan, darah nifas yang berbau menyengat juga dapat menjadi gejala infeksi. Sakit kepala hebat disertai dengan penglihatan kabur, muntah, nyeri ulu hati, ataupun bengkaknya pergelangan kaki. Nyeri pada betis yang disertai dengan rasa panas, pembengkakan, dan kemerahan bisa menjadi tanda adanya penggumpalan darah. Kesulitan bernapas dan nyeri dada dengan sesak napas. Gangguan buang air kecil (BAK) seperti tidak bisa BAK, tidak bisa mengontrol keinginan BAK, ingin BAK terus-menerus, nyeri saat BAK, hingga gelapnya warna air kencing, merasa sedih terus-menerus karena perubahan kadar hormon bisa membuat ibu mengalami *baby blues*.

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.

Mengajarkan kepada ibu untuk menjaga personal hygiene dengan mengganti pembalut setiap 4 kali sehari tanpa menunggu penuh, cebok dari arah depan ke belakang. Memberikan ibu terapi obat untuk mengatasi nyeri dan zat besi yaitu Amoxicillin 500 mg/ 8 jam, Asam Mefenamat 500 mg/ 8 jam, Fe 1x1 Vitamin A 1x1 (2 kapsul), Pelancar ASI 1x1. Ibu bersedia meminum terapi yang diberikan. Menganjurkan kepada ibu untuk kontrol kembali 1 minggu kemudian atau jika ada keluhan.

6. PNC Kunjungan II

Pada kunjungan ke-2 tanggal 28-1-2022, Ibu mengatakan ASI-nya sudah banyak namun warnanya putih agak bening. Ibu mengatakan nyeri jahitan jalan lahir sudah berkurang. Ibu mengatakan telah buang air besar 2 kali sejak melahirkan, konsistensi agak lunak dan buang air kecil 5-6 kali dalam sehari.

Ibu mengkonsumsi makanan bergizi seimbang tiga kali sehari dengan satu porsi nasi, sayuran, lauk pauk yang tinggi protein. Minum sebanyak 8-10 gelas sehari dengan air putih. Ibu beraktifitas seperti jalan kaki untuk menjemur pakaian dan jalan ke kamar mandi. Ibu mengatakan bahwa pengeluaran pervaginam hanya sedikit berwarna merah kecoklatan. Ibu merasa khawatir karena ASInya masih berwarna putih agak bening karena pada anak sebelumnya di hari kedua ASI sudah lebih kental.

Berdasarkan data obyektif, ditemukan tanda-tanda vital dalam batas normal TD 115/75 mmHg, Nadi 88 x/menit, RR 20 x/menit. Berat badan ibu saat ini adalah 79,5 kg. Pada pemeriksaan abdomen, fundus uteri teraba pada pertengahan simpisis pusat. Luka jahitan pada perineum telah tertutup dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Pengeluaran pervaginam minimal, berwarna merah kecoklatan. Pada pemeriksaan kedua ekstremitas tidak terdapat oedema, varises dan *homan sign*.

Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakkan diagnosa Ny. D, umur 32 tahun P2A0 Ah2 postpartum spontan hari ke-7 dalam keadaan normal. Masalah yang timbul pada Ny. D adalah kecemasan karena ASInya masih berwarna putih bening. Dari masalah yang timbul maka kebutuhan yang diberikan yaitu KIE mengenai macam-macam ASI, kandungan ASI dan motivasi untuk tetap memberikan ASI.

Berdasarkan diagnosa dan masalah yang dialami ibu, penatalaksanaan yang diberikan adalah menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa

kondisinya normal. Menjelaskan kepada ibu mengenai jenis-jenis ASI yaitu hindmilk dan foremilk. ASI hindmilk berwarna putih seperti susu sapi karena mengandung lebih banyak lemak sehingga bayi akan mendapatkan cukup energi. Sedangkan foremilk tampak jernih karena mengandung lebih banyak air dan sedikit lemak. Foremilk mengandung laktosa yang penting bagi pembentukan otak bayi dan kaya akan protein untuk pembentukan saraf dan jaringan tubuh. Jadi ibu tidak perlu khawatir ASInya berwarna putih agak bening dan harus tetap disusukan.

Mengajarkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin sesuka bayi (*on demand*) agar produksi ASI semakin bertambah karena dengan hisapan bayi akan merangsang payudara lebih banyak memproduksi ASI (*letdown reflek*). Mengingatkan kembali 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 bisa ditambah dengan susu. Dengan gizi seimbang akan dapat mempercepat proses pemulihan ibu, penyembuhan luka dan memenuhi kebutuhan ASI. Ibu bersedia untuk makan makanan dengan gizi seimbang.

Menganjurkan kepada ibu dan keluarga untuk menjaga kebersihan dan cuci tangan sebelum kontak dengan bayi.

Menganjurkan ibu untuk melanjutkan terapi obat yang sudah diberikan. Asam Mefenamat 500 mg/ 8 jam, Fe 1x1, Pelancar ASI 1x1. Ibu bersedia meminum terapi yang diberikan. Menganjurkan kepada ibu untuk kontrol kembali 1 minggu kemudian atau jika ada keluhan.

7. PNC Kunjungan III

Pada kunjungan ke-3 tanggal 2-2-2022, Ibu mengatakan jahitan sudah tidak terasa nyeri. Ibu mengatakan produksi ASI-nya cukup banyak. Ibu mengatakan sudah dapat buang air besar setiap 2 hari sekali dengan konsistensi agak lunak dan buang air kecil 8 kali dalam sehari. Ibu beraktifitas seperti memasak, jalan kaki untuk menjemur pakaian dan jalan ke kamar mandi.

Berdasarkan data obyektif, ditemukan tanda-tanda vital dalam batas normal TD 110/80 mmHg, Nadi 91 x/menit, RR 21 x/menit. Berat badan ibu saat ini adalah 78,8 kg. Pada pemeriksaan abdomen, fundus uteri sudah tidak

teraba. Luka jahitan pada perineum telah tertutup dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Pengeluaran pervaginam minimal, berwarna coklat kekuningan. Pada pemeriksaan kedua ekstremitas tidak terdapat oedema, varises dan *homan sign*. Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakkan diagnosa Ny. D, umur 32 tahun P2A0 Ah2 postpartum spontan hari ke-12 dalam keadaan normal.

Berdasarkan diagnosa dan masalah yang dialami ibu, penatalaksanaan yang diberikan adalah menjelaskan hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan normal. Memberikan pujian kepada ibu karena bersedia untuk makan makanan gizi seimbang. Memberikan pujian kepada ibu karena memberikan ASI saja hingga saat ini dan tetap memotivasi kepada ibu agar terus memberikan ASI demi mendukung pemberian ASI Eksklusif.

Memberitahu kepada ibu jenis-jenis kontrasepsi yang aman untuk ibu yang sedang menyusui. Ibu mengatakan berencana menggunakan KB IUD namun belum berdiskusi dengan suami. Memberikan ibu terapi zat besi Fe 1x1 (15 tablet) dan pelancar ASI 1x1.

8. PNC Kunjungan IV

Pada kunjungan ke-4 tanggal 25-2-2022, Ibu mengatakan ASI-nya dapat mencukupi kebutuhan bayinya namun bayinya sering muntah setelah 10 menit menyusui. Pengeluaran pervaginam berupa lendir berwarna putih, dan tidak ada keluhan pada pengeluaran pervaginam. Ibu melakukan *personal hygiene* yaitu mandi seperti biasa sebanyak dua kali dalam sehari. Ibu tidak ada masalah dalam memenuhi nutrisinya.

Berdasarkan data obyektif, ditemukan tanda-tanda vital dalam batas normal. Berat badan ibu saat ini adalah 76 kg. Pada pemeriksaan abdomen, fundus uteri sudah tidak teraba. Luka jahitan pada perineum telah tertutup dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Pengeluaran pervaginam minimal, berwarna putih kekuningan. Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakkan diagnosa Ny. D, umur 32 tahun P2A0 Ah2 postpartum spontan hari ke-32 dalam keadaan normal.

Berdasarkan diagnosa dan masalah yang dialami ibu, penatalaksanaan yang diberikan adalah menjelaskan hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan normal. Mengajarkan cara menyendawakan bayi setelah selesai menyusui dengan mengangkat bayi sejajar dengan dada ibu, kemudian tepuk-

tepek bagian punggung bayi agar bayi bersendawa. Memberikan pujian kepada ibu karena bersedia untuk makan makanan gizi seimbang. Memberikan pujian kepada ibu karena memberikan ASI saja hingga saat ini dan tetap memotivasi kepada ibu agar terus memberikan ASI demi mendukung pemberian ASI Eksklusif.

Mengingatkan ibu jenis-jenis kontrasepsi yang aman untuk ibu yang sedang menyusui dan menyarankan untuk memilih kontrasepsi jangka panjang yang sesuai dengan kondisi ibu. Ibu telah memutuskan ingin menggunakan KB IUD setelah mendapat persetujuan suami. Menganjurkan kepada ibu kembali ke klinik untuk pemasangan KB setelah nifas selesai. Ibu bersedia kembali ke klinik untuk pemasangan KB.

9. Keluarga Berencana

Pada tanggal 1 Maret 2022, jam 16.00 WIB Ny D datang ke Puskesmas Semawung Daleman untuk berKB setelah mendapatkan persetujuan dengan suami. KB pilihan Ny D adalah KB IUD.

Hasil pemeriksaan tanda tanda vital dalam batas normal TD 114/75 mmHg, Nadi 89x/menit, RR 21X/menit, BB 76,5 kg. Dari hasil pemeriksaan dapat ditegakkan diagnosa Ny D umur 32 tahun P2A0Ah2 akseptor baru KB IUD.

Berdasarkan diagnosa tersebut, maka penatalaksanaan yang diberikan adalah konseling KB IUD yaitu tentang efek samping dari IUD seperti haid berlebih, nyeri saat haid, nyeri panggul dan perlunya follow up dan USG untuk mengetahui posisi IUD. Melakukan pemasangan IUD CuT-380A dan menganjurkan kunjungan ulang 7 hari kemudian pada tanggal 8 Maret 2022.

A. Kajian Teori

1. 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. (Varney et al., 2015)

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). (Prawirohardjo et al., 2014)

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. (Varney et al., 2015)

Tabel 1. Tinggi Fundus Uteri Sesuai Umur Kehamilan

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

Sumber: Prawirohardjo (2014)

Peningkatan ukuran pembuluh darah dan pembuluh limfe uterus menyebabkan vaskularisasi, kongesti dan edema menyebabkan serviks bertambah lunak dan warnanya lebih biru sampai keunguan yang disebut tanda *Chadwick*. Dalam persiapan persalinan, esterogen dan hormon placenta relaxin membuat *cervix* lebih lunak yang disebut juga tanda *Goodell*. (Prawirohardjo et al., 2014)(Varney et al., 2015)

2) Mammae

Mammae akan membesar, tegang, memiliki unsur laktogenik, dan memengaruhi sejumlah perubahan metabolik akibat adanya hormon somatomotropin korionik (*human placental lactogen* atau HPL).(Varney et al., 2015)

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.(Prawirohardjo et al., 2014)

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.(Prawirohardjo et al., 2014)

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 fisiologik dengan adanya pencairan darah yang disebut *hidremnia*.(Prawirohardjo et al., 2014)

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.(Varney et al., 2015)

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.(Varney et al., 2015)

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.(Prawirohardjo et al., 2014) 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.(Varney et al., 2015)

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 sedia kala dalam 24 minggu setelah persalinan.(Saifuddin, 2012)

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.(Prawirohardjo et al., 2014)

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.(Prawirohardjo et al., 2014) 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.(Saifuddin, 2012)

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

Sumber : Carr (2014)

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.(Varney et al., 2015)

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 menjdi 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. (Ika Pantiawati & Saryono, 2010)

d. Faktor Risiko pada Ibu Hamil

Faktor risiko pada ibu hamil menurut Kemenkes RI (2010) dan Rochjati (2011), sebagai berikut: (Kementrian Kesehatan RI, 2010); (Rochjati, 2011)

1) Hamil lebih dari 35 tahun.

Usia ibu hamil saat hamil >35 tahun merupakan salah satu faktor resiko 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 preeklamsia, kelahiran bayi *premature*, berat badan lahir rendah, dan seksio sesarea. Penyakit hipertensi dapat menyebabkan preeklamsia, dan mempengaruhi pertumbuhan plasenta yaitu hypertropi plasenta. (Aghamohammadi & Noortarijor, 2011) Kehamilan usia ibu lebih dari 42 tahun akan mempengaruhi fungsi plasenta dan akan mempengaruhi pertumbuhan janin. (Prawirohardjo et al., 2014)

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. (Kementrian Kesehatan RI, 2010) 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, dan lain-lain.

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. (Varney et al., 2015)

4) Riwayat keluarga

Riwayat BBLR berulang dapat terjadi biasanya pada kelainan anatomis dari uterus, seperti septum uterus, biasanya septum pada uterus avascular 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. (Prawirohardjo et al., 2014)

5) Berat badan lebih (*Overweight*) dan Obesitas

Berat badan lebih (*overweight*) dan obesitas adalah keadaan akibat akumulasi lemak yang abnormal atau berlebih yang dapat mempengaruhi kesehatan. Salah satu cara yang mudah dan umum digunakan dalam menentukan berat badan lebih dan obesitas pada orang dewasa adalah dengan menghitung indeks massa tubuh (IMT). IMT dihitung dengan membagi berat badan (dalam satuan kilogram) dengan kuadrat dari tinggi (dalam satuan meter), hasilnya dibulatkan menjadi satu desimal.(Hales et al., 2017)

Keadaan berat badan lebih dan obesitas merupakan salah satu kondisi obstetri berisiko tinggi. Berat badan lebih dan obesitas terbukti berhubungan dengan peningkatan komplikasi dalam kehamilan, seperti peningkatan angka abortus spontan, kelainan kongenital janin, pertumbuhan janin terhambat, gangguan toleransi glukosa dan diabetes gestasional, peningkatan risiko infeksi, tromboemboli, masalah hipertensi dalam kehamilan, bahkan kematian ibu dan janin.(Agnihotri, 2016)

Guideline *Institute of Medicine* (IOM) merekomendasikan peningkatan berat badan 6,8-11,3 kg untuk wanita yang sebelum hamil berat badan lebih dan 5,0-9,1 kg untuk wanita yang sebelum hamil obesitas pada kehamilan tunggal.(The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists, 2017) Berdasarkan guideline oleh *Society of Obstetrics and Gynaecologist of Canada* (SOGC), peningkatan berat badan selama kehamilan yang melebihi batas rekomendasi meningkatkan risiko makrosomia, augmentasi persalinan, hipertensi dalam kehamilan, dan kelainan metabolik neonatus.(G Davies et al., 2010)

Perdoman RANZCOG dalam manajemen kehamilan dengan obesitas antara lain, wanita obesitas harus disarankan untuk mengonsumsi 5 mg asam folat dan 150 mcg suplemen yodium setiap hari. Wanita obesitas juga berisiko tinggi mengalami defisiensi zat besi dan vitamin D. Wanita obesitas harus ditawarkan tes toleransi glukosa dini (GTT), dengan pengulangan pada 28 minggu, jika tes awal normal. Wanita dapat memulai atau melanjutkan program latihan fisik selama kehamilan. USG pertumbuhan janin trimester

ketiga harus ditawarkan kepada wanita gemuk. Wanita obesitas cenderung tidak berhasil melahirkan melalui vagina setelah operasi caesar, dan risiko operasi dan anestesi dari operasi caesar darurat akan lebih tinggi. (The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists, 2017)

e. Ketidaknyamanan pada Kehamilan Trimester III

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

1) Peningkatan frekuensi berkemih

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

2) Nyeri Punggung

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

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 falopi 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 memengaruhi langsung pusat pernafasan untuk menurunkan kadar karbondioksida dan meningkatkan kadar oksigen. Hiperventilasi akan menurunkan kadar dioksida. Uterus membesar dan menekan diafragma sehingga menimbulkan rasa sesak.

f. Gejala dan Tanda Bahaya Selama Kehamilan

Menurut Saifuddin (2010), tanda bahaya yang terjadi pada ibu hamil dengan umur kehamilan lanjut ialah:(Saifuddin, 2012)

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

g. *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.(Manuaba, 2010)

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 12-27 minggu), dan tiga kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 28 minggu sampai persalinan). (Kemenkes RI, 2020a)

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 dilakukan 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.

2. 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. (Oxorn & Forte, 2010) 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.(Sulistyawati & Nugraheny, 2010)

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.(Sondakh, 2013)

Persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi dan kekuatan yang teratur. Mula-mula kekuatan yang muncul kecil, kemudian terus meningkat sampai puncaknya pembukaan serviks lengkap sehingga siap untuk pengeluaran janin dari rahim ibu.(Rohani et al., 2014)

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.(Sukarni & Margareth, 2015)

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.(Sulistyawati & Nugraheny, 2010) 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: (Rohani et al., 2014)

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

(penumpang). Pada multipara gambarannya menjadi tidak jelas seperti primigravida, karena masuknya kepala janin ke dalam panggul terjadi bersamaan dengan proses persalinan. (Sulistiyawati & Nugraheny, 2010)

Berikut adalah tanda-tanda dimulainya persalinan menurut: (Sondakh, 2013); (Kurniarum, 2016)

1) Terjadinya kontraksi/ his persalinan.

Sifat kontraksi/ his persalinan:

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

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

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

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

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

4) Penipisan dan pembukaan servik.

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

Tabel 3. Karakteristik Persalinan Sesungguhnya dan Persalinan Semu(Sumarah et al., 2011)

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

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.(Rohani et al., 2014)

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.(Sulistiyawati & Nugraheny, 2010)

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.(Kementerian Kesehatan RI, 2015)

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.(Kementerian Kesehatan RI, 2015)(Thornton et al., 2020)(Milton et al., 2019)(Dresang & Yonke, 2015)

Tabel 4. Penilaian dan Intervensi Selama Kala I
(Kemenkes RI, 2013b)

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.(Kementerian Kesehatan RI, 2015)(Thornton et al., 2020)(Milton et al., 2019)(Dresang & Yonke, 2015)

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 primigravida dan 1 jam pada multigravida.(Kurniarum, 2016) Diagnosis persalinan ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm.(Sulistiyawati & Nugraheny, 2010)

Tanda dan gejala persalinan kala II adalah:(Sondakh, 2013)(Kurniarum, 2016)

- 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 primigravida 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*.(Sondakh, 2013) 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.(Manuaba, 2010) 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 dan infeksi.(Sondakh, 2013)

Macam-macam Pelepasan Plasenta:(Rohani et al., 2014)

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:(Sulistiyawati & Nugraheny, 2010)

a) Perasat *Kustner*

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

b) Perasat *Strassman*

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

c) Perasat *Klein*

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

4) Kala IV (Kala Pengawasan)

Kala empat merupakan tahapan persalinan berupa tindakan observasi 2 jam pertama post partum, sejak plasenta lahir sampai keadaan ibu menjadi stabil. Pemantauan dilakukan karena banyak perdarahan terjadi pada 2 jam pertama persalinan.(Manuaba, 2010) Observasi yang dilakukan adalah sebagai berikut:(Manuaba, 2010)(Sulistiyawati & Nugraheny, 2010)

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

e. Fisiologi Persalinan

1) Fisiologi Kala I

a) Uterus

Saat mulai persalinan, jaringan dari miometrium berkontraksi dan berelaksasi seperti otot pada umumnya. Pada saat otot retraksi, ia tidak akan kembali ke ukuran semula tapi berubah ke ukuran yang lebih pendek secara progresif. Dengan perubahan bentuk otot pada proses kontraksi, relaksasi, dan retraksi maka kavum uterus lama kelamaan menjadi semakin mengecil. Proses ini merupakan salah satu faktor yang

menyebabkan janin turun ke pelviks. Kontraksi uterus dimulai dari fundus dan terus menyebar sampai ke bawah abdomen dengan dominasi tarikan ke arah fundus (fundal dominan). Kontraksi berakhir dengan masa yang terpanjang dan sangat kuat pada fundus.(Kurniarum, 2016)

b) Serviks

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

(a) 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.(Yulizawati et al., 2019)

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.(Yulizawati et al., 2019)

(b) 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.(Kurniarum, 2016)(Yulizawati et al., 2019)

(c) *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. (Kurniarum, 2016)

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. (Kurniarum, 2016)

f. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan adalah: (Sulistiyawati & Nugraheny, 2010)

1) *Power* (Kekuatan Ibu)

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

His atau kontraksi uterus adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan. His dibedakan menjadi dua yakni his pendahuluan dan his persalinan. His pendahuluan atau his palsu (*false labor pains*), yang sebetulnya hanya merupakan peningkatan dari kontraksi *braxton hicks*. His ini bersifat tidak teratur dan menyebabkan nyeri di perut bagian bawah dan lipat paha, tidak menyebabkan nyeri yang memancar dari pinggang ke perut bagian bawah. His pendahuluan tidak mempunyai pengaruh terhadap serviks. His persalinan merupakan suatu kontraksi dari otot-otot rahim yang fisiologis, akan tetapi bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya dan bersifat nyeri. Kontraksi rahim bersifat otonom yang artinya tidak dipengaruhi oleh kemauan, namun dapat dipengaruhi dari luar misalnya rangsangan oleh jari-jari tangan.(Rohani et al., 2014)

Tenaga meneran ini serupa dengan tenaga meneran saat buang air besar, tetapi jauh lebih kuat lagi. Ketika kepala sampai pada dasar panggul, timbul suatu reflek yang mengakibatkan pasien menekan diafragmanya ke bawah. Tenaga meneran pasien akan menambah kekuatan kontraksi uterus. Pada saat pasien meneran, diafragma dan otot-otot dinding abdomen akan berkontraksi. Kombinasi antara his dan tenaga meneran pasien akan meningkatkan tekanan intrauterus sehingga janin akan semakin terdorong keluar.

Kekuatan sekunder tidak mempengaruhi dilatasi serviks, tetapi setelah dilatasi serviks lengkap, kekuatan ini cukup penting untuk mendorong janin keluar. Apabila dalam persalinan melakukan *valsava maneuver* (meneran) terlalu dini, dilatasi serviks akan terhambat. Meneran akan menyebabkan ibu lelah dan menimbulkan trauma pada serviks.

2) *Passage* (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, *vagina*, dan *introitus* (lubang vagina). Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya dengan jalan lahir yang relatif kaku. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai. Tulang panggul dibentuk oleh gabungan tulang *illium*, tulang *iskium*, tulang pubis, dan tulang-tulang *sacrum*.

Panggul memiliki empat bidang yang menjadi ciri khas dari jalan lahir yakni pintu atas panggul (PAP), bidang terluas panggul, bidang tersempit panggul, dan pintu bawah panggul. Jalan lahir merupakan corong yang melengkung ke depan panjangnya 4,5 cm dan belakang 12,5 cm. Pintu atas panggul menjadi pintu bawah panggul seolah-olah berputar 90° terjadi pada bidang tersempit panggul. Pintu bawah panggul bukan merupakan satu bidang tetapi dua bidang segitiga.

Pintu atas panggul (PAP) merupakan bagian dari *pelvis minor* yang terbentuk dari *promontorium*, tulang *sakrum*, *linea terminalis*, dan pinggir atas *simfisis*. Jarak antara *simfisis* dan *promontorium* sekitar 11 cm disebut *konjungata vera*. Jarak terjauh garis melintang pada PAP adalah 12,5 sampai 13 cm yang disebut diameter transversa.

Bidang dengan ukuran terbesar atau bidang terluas panggul merupakan bagian yang terluas dan berbentuk seperti lingkaran. Bidang ini memiliki batas anterior yakni pada titik tengah permukaan belakang tulang pubis. Pada lateral sepertiga bagian atas dan tengah *foramen obturatorium*, sedangkan batas posterior pada hubungan antara vertebra sakralis kedua dan ketiga.

Bidang dengan ukuran terkecil atau bidang tersempit panggul merupakan bidang terpenting dalam panggul yang memiliki ruang yang paling sempit dan di tempat ini paling sering terjadi macetnya persalinan. Bidang ini terbentang dari *apeks* sampai *arkus subpubis* melalui *spina ichiadika* ke *sakrum*, biasanya dekat dengan perhubungan antara vertebra sakralis ke-4 dan ke-5. Bidang tersempit panggul memiliki batas-batas yakni pada tepi bawah *simfisis pubis*, garis putih pada *fasia* yang menutupi *foramen*

obturatorium, spina ischiadika, ligamentum sacrospinusum, dan tulang sakrum.

Pintu bawah panggul ialah batas bawah panggul sejati. Dilihat dari bawah, struktur ini berbentuk lonjong, seperti intan, di bagian anterior dibatasi oleh lengkung *pubis*, di bagian lateral dibatasi oleh *tuberositas iskiium*, dan dibagian posterior dibatasi oleh ujung *koksigeum*.

Bidang hodge berfungsi untuk menentukan sampai dimana bagian terendah janin turun ke panggul pada proses persalinan. Bidang hodge tersebut antara lain:

- a) Hodge I merupakan bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas *simfisis* dan *promontorium*.
 - b) Hodge II yakni bidang yang sejajar Hodge I setinggi bagian bawah *simfisis*.
 - c) Hodge III yakni bidang yang sejajar Hodge I setinggi *spina ischiadika*.
 - d) Hodge IV merupakan bidang yang sejajar Hodge I setinggi tulang *koksigis*.(Sulistyawati & Nugraheny, 2010)
- 3) *Passanger* (Janin dan Plasenta)

Perubahan mengenai janin sebagai passenger sebagian besar adalah mengenai ukuran kepala janin, karena kepala merupakan bagian terbesar dari janin dan paling sulit untuk dilahirkan. Adanya celah antara bagian-bagian tulang kepala janin memungkinkan adanya penyisipan antara bagian tulang sehingga kepala janin dapat mengalami perubahan bentuk dan ukuran, proses ini disebut molase.(Sulistyawati & Nugraheny, 2010)

Plasenta dan tali pusat memiliki struktur berbentuk bundar atau hampir bundar dengan diameter 15 cm sampai 20 cm dan tebal 2 cm sampai 2-2,5 cm, berat rata-rata 500 gram, terletak di depan atau di belakang dinding uterus ke atas arah fundus. Bagian plasenta yang menempel pada desidua terdapat kotiledon disebut pars maternal, dan dibagian ini tempat terjadinya pertukaran darah ibu dan janin. Tali pusat merupakan bagian yang sangat penting untuk kelangsungan hidup janin meskipun tidak menutup kemungkinan

bahwa tali pusat juga menyebabkan penyulit persalinan misalnya pada kasus lilitan tali pusat.(Sulistyawati & Nugraheny, 2010)

Air ketuban atau amnion merupakan elemen yang penting dalam proses persalinan. Air ketuban ini dapat dijadikan acuan dalam menentukan diagnosa kesejahteraan janin. Amnion melindungi janin dari trauma atau benturan, memungkinkan janin bergerak bebas, menstabilkan suhu tubuh janin agar tetap hangat, menahan tekanan uterus, dan pembersih jalan lahir.(Sulistyawati & Nugraheny, 2010)

4) Psikologis

Faktor psikologis yang mempengaruhi persalinan yaitu:(Rohani et al., 2014)

- a) Melibatkan psikologis ibu, emosi, dan persiapan intelektual
- b) Pengalaman melahirkan bayi sebelumnya
- c) Kebiasaan adat
- d) Dukungan orang terdekat pada kehidupan ibu

5) Penolong

Peran dari penolong peralihan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin, dalam hal ini tergantung dari kemampuan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan.(Rohani et al., 2014)

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.(Farida & Yudi, 2011) 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.(Hawari, 2013)

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.(Sulistyawati & Nugraheny, 2010)

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:(Hawari, 2013)

- 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.(Aprillia, 2011)

Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan antara lain:

1) Nyeri

Hampir semua wanita mengalami dan merasakan nyeri selama persalinan, tetapi respon setiap wanita terhadap nyeri persalinan berbeda-beda. Nyeri persalinan disebabkan oleh dilatasi serviks, hipoksia otot uterus, iskemia korpus uteri, peregangan segmen bawah uterus dan kompresi saraf di serviks (ganglionik servikalis).(Kurniarum, 2016)

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.(Kurniarum, 2016)(Supliyani, 2017) Ketakutan dan kecemasan dapat menghasilkan ketegangan pada otot dan meningkatkan persepsi nyeri seseorang.(Indrayani, 2013)

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. (Kurniarum, 2016)

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. (Kurniarum, 2016)

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. (Kurniarum, 2016)

5) Dukungan Lingkungan Sosial (Dukungan Suami)

Dukungan keluarga, terutama suami saat ibu melahirkan sangat dibutuhkan seperti kehadiran keluarga dan suami untuk mendampingi istri menjelang melahirkan atau suami menyentuh tangan istri dengan penuh perasaan sehingga istri akan merasa lebih tenang untuk menghadapi proses persalinan.(Kurniarum, 2016)

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.(Maryunani, 2015)

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.(Kurniarum, 2016)

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 : (Prawirohardjo et al., 2014)

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

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

- b) Menjaga kebersihan diri. Ibu tetap dijaga kebersihannya agar terhindar infeksi, bila ada darah lendir atau cairan ketuban segera dibersihkan.
- c) Melakukan *massase*. Menambah kenyamanan bagi ibu.
- d) Memberikan dukungan mental. Untuk mengurangi kecemasan atau ketakutan ibu, dengan cara menjaga privasi, penjelasan tentang proses dan kemajuan persalinan, penjelasan tentang prosedur yang akan dilakukan dan keterlibatan ibu.
- e) Mengatur posisi ibu. Dalam memimpin 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 ($DJJ < 120 \text{ x/ menit}$). Selama mendedan 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. (Kementerian Kesehatan RI, 2015) (Thornton et al., 2020) (Milton et al., 2019) (Dresang & Yonke, 2015) (Queensland Clinical Guidelines, 2017)

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

l) Menilai dan merangsang bayi

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

3) Penatalaksanaan Kala III

Melakukan manajemen aktif pada kala III persalinan yaitu pemberian suntikan Oksitosin 10 IU dalam 1 menit pertama

setelah bayi lahir, melakukan Peregangan Tali pusat Terkendali (PTT), dan *massase fundus uteri* segera setelah plasenta lahir.

Langkah-langkahnya yaitu:

- a) Memeriksa adakah bayi kedua.
 - b) Menyuntikkan oksitosin intramuskular pada lateral paha ibu, atau intravena bila sudah terpasang infus.
 - c) Memasang klem tali pusat 3 cm dari umbilikus bayi, lalu tali pusat ditekan dan didorong ke arah distal atau ke sisi plasenta, dan pasang klem tali pusat ke-2 sekitar 2 cm dari klem pertama.
 - d) Menggantung tali pusat di antara kedua klem, hati-hati dengan perut bayi.
 - e) Bayi segera diletakkan di dada ibu untuk Inisiasi Menyusu Dini (IMD).
 - f) Melakukan Peregangan Tali pusat Terkendali (PTT) saat uterus berkontraksi untuk mengeluarkan plasenta.
 - g) Cara peregangan tali pusat adalah satu tangan membawa klem ke arah bawah, sedangkan tangan lainnya memegang uterus sambil didorong ke arah *dorso cranial*.
 - h) Jika tali pusat bertambah panjang maka pindahkan klem hingga jarak 5-10 cm dari vulva ibu, lakukan peregangan tali pusat berulang dengan perlahan hingga plasenta lahir spontan.
 - i) Jika dalam 30 menit plasenta tidak lahir spontan, atau terjadi retensio plasenta, maka lakukan manual plasenta.
 - j) Melakukan *masase fundus uteri* segera setelah seluruh plasenta lahir. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik, maka dilakukan penatalaksanaan atonia uteri.
 - k) Melakukan pemeriksaan plasenta dan selaputnya untuk memastikan keduanya lengkap dan utuh. (Kementerian Kesehatan RI, 2015)·(Thornton et al., 2020)·(Milton et al., 2019)·(Dresang & Yonke, 2015)·(Smith et al., 2020)
- 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.
- i. Kewenangan Bidan

Bidan memiliki wewenang dalam melakukan asuhan persalinan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, ayat 19, yaitu:(Kementerian Kesehatan RI, 2017b)

- 1) Bidan berwenang melakukan episiotomi;
- 2) Pertolongan persalinan normal;
- 3) Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II; dan
- 4) Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan;

3. 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.(Rukiah & Yulianti, 2013) 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:(Rochmah et al., 2012)

- 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 lanuga tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna.
- 10) Kuku agak panjang dan lemas.
- 11) Nilai APGAR >7, gerak aktif, bayi lahir langsung menangis kuat.
- 12) Refleks rooting (mencari puting susu dengan rangsanagan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik.
- 13) Refleks sucking (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.
- 14) Refleks moro (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.
- 15) Refleks grasping (menggenggam) sudah baik.
- 16) Genitalia
 - 1) Pada laki-laki kematangan di tandai dengan testis yang berda pada skrotum dan pesis yang berlubang.
 - 2) 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 lahir(Saifuddin, 2010)

- 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 atau 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 Skor(Rochmah et al., 2012)

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:(JNPK-KR, 2012)

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 lebih mudah lepas dan mencegah infeksi daripada perawatan dengan antiseptik.

4) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

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. (Saifuddin, 2012) 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.

4. 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.(Prawirohardjo et al., 2014) 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.(Marliandiani & Ningrum, 2015) 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:(Saputra & Lockhart, 2014)

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologi.
- 2) Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah secara dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi baik 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:
(Astuti et al., 2015)

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 tertur 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 di posyandu atau puskesmas.

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 *involusi*. Adaptasi perubahan fisik masa nifas, (Astutik, 2015) 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 *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 masa nifas dan mempunyai sifat basa/ alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal.(Anggraini, 2010) *Lochea* adalah cairan yang berasal dari rahim dan vagina pada masa nifas.(Prawirohardjo et al., 2014) Jenis-jenis lochia:

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
Lochia purulenta			Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk
Lochiastasis			Tidak lancar keluaranya

Sumber: Anggarini (2010)

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 secaraspontaneus 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.(Varney et al., 2015)

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.(Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2018)

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.(Varney et al., 2015)

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.(Cunningham et al., 2014)

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 genetalia. Jumlah hemoglobin dan hematokrit serta eritrosit akan bervariasi pada awal masa nifas sebagai akibat dari volume darah, volume plasma, dan volume sel darah yang berubah-ubah.

9) Sistem Kardiovaskular

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

Setelah persalinan, shunt akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan beban pada jantung, dapat menimbulkan *decompensation cordia* pada penderita *vitum cordia*. Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya haemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala, umumnya hal ini terjadi pada hari ke-3 sampai ke-5 postpartum.

10) Sistem Musculoskeletal

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

11) Sistem endokrin

a) *Human Chorionic Gonadotropin* (HCG)

Human Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG menurun dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 postpartum dan sebagai onset pemenuhan *mammae* pada hari ke-3 postpartum. (Sutanto, 2018)

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 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.

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 mengalir melalui duktus lactiferus masuk ke mulut bayi.

Faktor-faktor yang mempengaruhi peningkatan dan penghambat refleks *let down*:(Sukarni & Margareth, 2015)

(a) Peningkatan refleks let down:

- (1) Melihat bayi
- (2) Mendengarkan bayi
- (3) Mencium bayi

(4) Memikirkan untuk menyusui bayi

(b) Penghambat refleks *let down* :

(1) Keadaan bingung/ pikiran kacau

(2) Takut

(3) Cemas

e. Kebutuhan Dasar Ibu pada Masa Nifas

Menurut Ari Sulistyawati, beberapa kebutuhan ibu nifas yang harus dipenuhi:(Sulistyawati, 2015)

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 dan dirinya sendiri.

4) Perawatan payudara

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

5) Senam nifas

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

f. Adaptasi Psikologis Masa Nifas

1) Perubahan emosi normal pada masa nifas

Pada masa nifas, selain perubahan fisik juga terdapat perubahan psikologis, antara lain:(Marmi, 2012)

- 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:(Jannah, 2011):(Marmi, 2012)

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.(Jannah, 2011):(Marmi, 2012) 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.(Jannah, 2011):(Marmi, 2012) 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.(Jannah, 2011):(Marmi, 2012)

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.(Kemenkes RI, 2020a) 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.(Prawirohardjo et al., 2014)

h. Kewenangan Bidan

Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, bidan memiliki kewenangan untuk memberikan pelayanan kesehatan ibu pada masa nifas dan masa menyusui berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan pasal 19, yaitu:(Kementerian Kesehatan RI, 2017b)

- 1) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujuk;
- 2) Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas;
- 3) Fasilitasi/ bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif; dan
- 4) Penyuluhan dan konseling.

5. Keluarga Berencana

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.(Rusmini et al., 2017) 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.(Firdayanti, 2012)

b. Tujuan Kontrasepsi

Menurut Firdayanti, tujuan kontrasepsi dikategorikan dalam 3 fase, yaitu:(Firdayanti, 2012)

- 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.(Firdayanti, 2012)

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.(Nugroho & Utama, 2014)

d. Faktor-faktor yang Berperan dalam Pemilihan Kontrasepsi

Menurut Proverawati (2010), faktor yang berperan dalam pemilihan kontrasepsi adalah:(Proverawati et al., 2010)

- 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. (Sulistyawati, 2013)

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. (Sulistyawati, 2013)

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. (Yuhedi & Kurniawati, 2013)

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.(Priyanti & Syalfina, 2017)

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.(Purwoastuti & Walyani, 2015)

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.(Affandi, 2012) Menurut Purwoastuti, kondom adalah jenis alat kontrasepsi yang digunakan untuk mencegah kehamilan dan infeksi penyakit kelamin dengan cara menghentikan sperma untuk masuk kedalam vagina.(Purwoastuti & Walyani, 2015)

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.(Firdayanti, 2012)

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.(Affandi, 2012)

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.(Rahma, 2012) Berdasarkan jenis dan cara pemakaiannya dikenal 3 macam kontrasepsi hormonal yaitu kontrasepsi Oral (Pil), suntikan, dan kontrasepsi implant.(Affandi, 2012)

1) 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.

Jenis-jenis kontrasepsi oral yang beredar terbagi dua:

(a) 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.(Affandi, 2012)

(b) Pil KB progesteron mengandung progesteron. Pil ini dipersiapkan untuk ibu yang sedang menyusui.(Affandi, 2012)

2) Kontrasepsi Suntikan

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

- (a) 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*.
- (b) Suntikan 3 bulan yang berisi hormon progesteron, contohnya *depo provera*, *depo progestin*.(Rahma, 2012) 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*). (Affandi, 2012)

3) Implant

- (a) 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.
- (b) 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.
- (c) 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. (Sulistyawati, 2013)

4) Kontrasepsi Non Hormonal

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

AKDR adalah alat kontrasepsi yang dimasukkan didalam rahim untuk menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi. (Affandi, 2012)

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.(Firdayanti, 2012)

f. Pemilihan Kontrasepsi pada klien menyusui

Menurut Pinem, pemilihan kontrasepsi pada klien yang menyusui:(Pinem, 2014)

1) Tidak memerlukan kontrasepsi pada 6 minggu pascapersalinan, bahkan pada klien yang menggunakan Metode Amenorea Laktasi (MAL) waktu tersebut dapat sampai 6 bulan.

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 pascapersalinan. Selama 3 minggu pascapersalinan meningkatkan resiko masalah pembekuan darah.

3) Progestin

a) Selama 6 minggu pascapersalinan mempengaruhi tumbuh kembang bayi.

b) Tidak ada pengaruh terhadap ASI

c) Perdarahan ireguler dapat terjadi

4) AKDR

Jenis AKDR yang sering digunakan adalah Coper T Cu T 380 A. IUD Copper T Cu 380 A memiliki panjang 36 mm, lebar 32mm, 314mm². Kawat Cu dari bahan vertikal, dua selubung Cu seluas masing- masing 33mm² pada masing-masing lengan horisontal. Daya kerjanya delapan tahun. (Hanafi, 2014).

- 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.
- a. Kunjungan ulang AKDR, menurut Marmi (2016), waktu kunjungan ulang IUD yaitu :
- 1) Satu bulan setelah pemasangan
 - 2) Tiga bulan kemudian
 - 3) Setiap 6 bulan berikutnya
 - 4) Satu tahun seklai
 - 5) Bila terlambat haid 1 minggu
 - 6) Bila terjadi perdarahan banyak dan tidak teratur
 - 7) Petunjuk bagi klien :
 - a) Selama bulan pertama mempergunakan AKDR, periksalah benang AKDR secara rutin terutama setelah haid
 - b) Setelah bulan pertama pemasangan, hanya perlu memeriksa keberadaan benang setelah haid apabila mengalami :
 - (1) Kram kejang di perut bagian bawah
 - (2) Perdarahan (spotting) di antara haid atau setelah senggama
 - (3) Nyeri setelah senggama atau apabila pemasangan mengalami tidak nyaman selama melakukan hubungan seksual
 - c) CuT-380 A perlu dilepas setelah 8 tahun pemasangan, tetapi dapat dilakukan lebih awal apabila diinginkan
 - d) Kembali ke klinik apabila :

- (1) Tidak dapat meraba benang AKDR
- (2) Merasakan bagian yang keras dari AKDR
- (3) AKDR terlepas
- (4) Siklus terganggu/ meleset

b. Cara Kerja KB IUD

IUD adalah alat berukuran kecil yang ditempatkan di dalam rongga endometrium, IUD berlapis tembaga mengubah cairan endometrium dan cairan tuba, menghambat transport telur, pembuahan, motilitas sperma, dan integritasnya. Reaksi peradangan benda asing lokal mengganggu endometrium dan miometrium, yang pada akhirnya mempengaruhi oviduk, dan sekaligus serviks. IUD berisi progesteron sehingga menyebabkan endometrium tidak cocok untuk implantasi, mempertebal mucus serviks, dan dapat menghambat ovulasi (Sinclair, 2010; h. 687).

Mekanisme kerja IUD adalah mencegah kehamilan dan ion-ion Copper yang berasal dari IUD tembaga mengubah isi saluran telur dan cairan endometrium sehingga dapat mempengaruhi jalan sel telur di dalam saluran telur serta fungsi sperma (Varney, 2012; h. 449-450).

IUD merupakan metode non hormonal dengan kontra indikasi, keuntungan, dan efek samping yang sama dengan alat kontrasepsi hormonal yang hanya berisi progestin.

Alat ini merupakan metode kontrasepsi yang paling efektif. Tetapi menyebabkan pola perdarahan menstruasi berubah dan tidak teratur, selama tiga sampai enam bulan pertama, jumlah hari perdarahan dan bercak darah dapat meningkat, selama enam bulan kedua, jumlah hari perdarahan dan bercak darah masih tidak teratur, tetapi berkurang. Amenore dapat dialami oleh kurang lebih 20% wanita pada akhir tahun pertama penggunaan alat kontrasepsi IUD. Seorang wanita dapat kembali

subur jika IUD dilepas, tetapi alat ini tidak melindungi wanita dari penyakit menular seksual atau infeksi HIV (Varney, 2012; h. 458).

c. Keuntungan dan Kerugian

1. Keuntungan IUD

- a. Efektifitasnya tinggi
- b. IUD sangat efektif segera setelah pemasangan
- c. Sangat efektif karena tidak perlu mengingat-ingat kapan harus ber KB
- d. Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- e. Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut hamil
- f. Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
- g. Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
- h. Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir).
- i. Mencegah kehamilan ektopik (Saifuddin, 2003; h. MK-75).

2. Kerugian IUD

- a. Perubahan siklus haid (pada tiga bulan pertama dan akan berkurang setelah tiga bulan)
- b. Haid lebih lama dan banyak
- c. Perdarahan (spotting) antar menstruasi
- d. Saat haid lebih sakit
- e. Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang berganti-ganti pasangan (Saifuddin, 2017; h. MK-75).

d. Kontra Indikasi, Indikasi dan Efek Samping

1. Kontra Indikasi

- a) Wanita hamil atau diduga hamil, misalnya jika seorang wanita melakukan senggama tanpa menggunakan metode kontrasepsi yang valid sejak periode menstruasi normal yang terakhir.
- b) Penyakit inflamasi pelvik (PID) diantaranya : riwayat PID kronis, riwayat PID akut atau subakut, riwayat PID dalam tiga bulan terakhir, termasuk endometritis pasca melahirkan atau aborsi terinfeksi.
- c) Riwayat kehamilan ektopik atau kondisi yang dapat mempermudah ektopik
- d) Ukuran uterus dengan alat periksa (sonde uterus) berada diluar batas yang telah ditetapkan yaitu ukuran uterus yang normal 6 sampai 9cm.
- e) IUD sudah ada dalam uterus dan belum dikeluarkan (Varney Helen, 2010; h. 450-451).

2. Indikasi

- a. Usia reproduksi.
- b. Keadaan nullipara.
- c. Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang.
- d. Wanita yang sedang menyusui.
- e. Setelah abortus dan tidak terlihat adanya tanda-tanda infeksi.
- f. Tidak menghendaki metode kontrasepsi hormonal (Handayani, 2010; h. 145).

3. Efek Samping

- a. Merasakan sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan.
- b. Perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab terjadinya anemia.

- c. Penyakit radang panggul dapat terjadi pada wanita dengan IMS jika memakai IUD, penyakit radang panggul dapat memicu terjadinya infertilitas.
- d. Sedikit nyeri dan perdarahan (spooting) terjadi segera setelah pemasangan IUD, biasanya menghilang dalam 1-2 hari (Saifuddin, 2006; h. MK-75 – MK-76).

e. Cara Pemasangan KB IUD

1. Konseling Pra Pemasangan

- a. Menjelaskan cara kerja KB IUD
- b. Menjelaskan keuntungan dan kerugian KB IUD
- c. Menjelaskan cara pemasangan KB IUD
- d. Menjelaskan jadwal kunjungan ulang pra pemasangan atau setelah pemasangan yaitu satu minggu setelah pemasangan, enam bulan setelah pemasangan, satu tahun setelah pemasangan.
- e. Sedang hamil (diketahui hamil atau sedang hamil).
- f. Perdarahan vagina yang tidak diketahui sebabnya
- g. Sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, servitis)
- h. Diketahui menderita TBC pelvis
- i. Kanker alat genital
- j. Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm (BKKBN, 2010 h. 159).

2. Pemasangan

- a. Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan.
- b. Masukkan lengan IUD di dalam kemasan sterilnya, pakai kembali sarung tangan yang baru.
- c. Pasang spekulum vagina untuk melihat serviks

- d. Lakukan tindakan aseptik dan antiseptik pada vagina dan serviks
- e. Jepit bibir serviks dengan tenakulum
- f. Masukkan IUD ke kanalis servikalis dengan tehnik tanpa sentuh, kemudian dorong ke dalam kavum uteri hingga mencapai fundus.
- g. Tahan pendorong (plunger) dan tarik selubung (inserter) ke bawah sehingga lengan IUD bebas
- h. Setelah pendorong ditarik ke luar, baru keluarkan selubung.
- i. Gunting benang IUD, keluarkan tenakulum dan spekulum dengan hati-hati.
- j. Dekontaminasi dan pencegahan pasca tindakan

3. Konseling dan pasca instruksi inersi

- a. Buat rekam medik.
- b. Mengkaji perasaan akseptor pasca pemasangan IUD Copper T Cu- 380A.
- c. Menjelaskan komplikasi yang mungkin timbul pasca pemasangan IUD Copper T Cu-380A (Sakit dan kejang selama 3-5 hari pasca pemasangan, perdarahan berat waktu haid atau diantaranya yang mungkin penyebab anemia, perforasi uterus).
- d. Ajarkan klien cara pemeriksaan mandiri benang IUD.
- e. Mencucui tangan.
- f. Ibu jongkok kemudian memasukkan jari tengah ke dalam vagina ke arah bawah dan ke dalam sehingga dapat menemukan lokasi serviks.

- g. Merasakan benang IUD pada ujung serviks, jangan menarik benang tersebut.
- h. Memeriksa IUD pada setiap akhir menstruasi dan sesering mungkin di antara bulan-bulan kunjungan ulang.
- i. Menjelaskan kemungkinan IUD keluar atau ekspulsi.
- j. Menjelaskan bahwa IUD Copper T Cu380A segera efektif setelah pemasangan.
- k. Menjelaskan waktu kunjungan ulang (control pertama 1minggu pasca pemasangan, selanjutnya 4-6minggu, saat menstruasi yang akan datang, atau jika ada keluhan).
- l. Menjelaskan bahwa akseptor dapat melepas IUD 10 tahun atau apabila klien menghendaki.
- m. Lakukan observasi selama 15menit sebelum memperbolehkan klien pulang (Prawiroharjo, 2017; h. 493-494).

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).