

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

1. Kehamilan

a. Pertemuan pertama

Asuhan kebidanan berkesinambungan di berikan kepada Ny. K, umur 38 tahun, kehamilan 36 minggu dengan kehamilan normal. Kasus ini ditemukan di Kelas ibu hamil desa Cangkreng Kidul pada tanggal 3 Maret 2026. Alamat pasien tersebut di Desa Cangkreng Kidul RT 02/RW 07, Purworejo. Ny. K yang pekerjaannya sebagai seorang ibu rumah tangga dan suami sebagai pedagang dan menjabat sebagai Ketua RW di desanya.

Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. K, kehamilan ini merupakan kehamilan keempat dan merupakan kehamilan yang diinginkan. Lama menikah 16 tahun. Ibu mengatakan haid terakhirnya pada tanggal 22 Juni 2025 dan hari perkiraan lahirnya pada tanggal 29 Maret 2026. Selama hamil ini, Ny. K periksa ANC secara rutin baik di Puskesmas dan PMB Ikwati.

Pada riwayat pemakaian alat kontrasepsi ibu mengatakan sebelumnya menggunakan Implan dan sudah bongkar pasang sebanyak 3x. Ibu mengatakan sudah tidak ingin hamil lagi dan ingin menggunakan kontrasepsi jangka panjang.

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

Hasil pengkajian pada Ny. K, didapatkan pasien mengeluh mudah nyeri pinggang. Pada awal kehamilan ditemukan LILA 30 cm dan BB ibu saat awal hamil 68 kg. Tinggi badan 160 cm, dengan IMT 26,29 kg/m². Berdasarkan data obyektif, ditemukan tanda-tanda vital dalam

batas normal. Pada pemeriksaan konjungtiva mata berwarna merah muda dan sklera putih. Pada pemeriksaan palpasi abdomen TFU 30 cm (TBJ 2790 gram), teraba bokong pada fundus uteri, punggung bayi di kiri ibu dan teraba kepala sudah masuk panggul 1/5 bagian. Pada pemeriksaan auskultasi didapatkan denyut jantung janin (DJJ) 144 x/menit dalam batas normal.

Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 17-11-2025: Hb 11.5 gr/dl, HbsAg negatif, HIV negatif, sipilis non reaktif, golongan darah O+, protein urine -, gula darah 112.

Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakkan diagnosa Ny. K, umur 38 tahun G4P2A1 hamil 36 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterine, dengan kehamilan normal. Diagnosa potensial bisa terjadi *Low Back Pain* (LBP). Masalah yang timbul pada Ny. K adalah ketidaknyamanan kehamilan trimester III. Dari masalah yang timbul maka kebutuhan yang diberikan yaitu KIE tentang ketidaknyamanan pada ibu hamil TM III dan cara penanganannya serta KIE tentang MKJP.

Penatalaksanaan yang diberikan adalah menjelaskan hasil pemeriksaan pada pasien bahwa pemeriksaan ibu dan janin adalah normal. Memberikan edukasi tentang ketidaknyamanan ibu hamil TM III yang saat ini dialami serta cara menanganinya yaitu mudah nyeri pinggang akibat perut yang terus membesar. Memberikan KIE tentang tanda bahaya kehamilan trimester III. Memberikan KIE tentang MKJP. 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.

b. Pertemuan Kedua

Pada kunjungan 15 Maret 2026 ibu mengeluh nyeri pada pinggang menjalar ke punggungnya dan sering buang air kecil. Kenceng kadang

dirasakan tapi tidak teratur. Usia kehamilan ibu saat ini adalah 37 minggu 5 hari.

Berdasarkan data obyektif, ditemukan tanda-tanda vital dalam batas normal. Berat badan ibu saat ini adalah 75.6 kg, naik 7.6 kg dari awal kehamilan. Pada pemeriksaan konjungtiva mata berwarna merah muda dan sklera putih. Pada pemeriksaan obstetri TFU 31 cm (TBJ: 2945 gram), teraba bokong pada fundus uteri, punggung bayi di kiri ibu dan teraba kepala sudah masuk panggul 1/5 bagian. DJJ 144x/menit, his tidak ada.

Ny. K mengatakan ingin melahirkan di PMB dimana Ny. K rutin ANC. Namun oleh bidan tersebut Ny. K dianjurkan untuk melahirkan di Faskes Tingkat Lanjut mengingat usia ny. K saat ini merupakan usia berisiko dalam kehamilan. Ny. K memutuskan untuk bersalin di RS Permata yang dekat dengan rumahnya. Ny. K mengatakan sudah mantap untuk menggunakan KB IUD dan ingin melakukan pemasangan IUD post plasenta.

Ny. K mengatakan bahwa sebetulnya beliau cemas menghadapi persalinannya. Kecemasan ini timbul karena beberapa faktor. Ny. K cemas karena tanggal perkiraan persalinannya bertepatan dengan hari raya Idul Fitri. Beliau khawatir jika melahirkan pada saat lebaran tidak ada bidan atau dokter yang menolong. Ny. K juga khawatir dengan persalinannya kali ini mengingat usianya sudah tidak muda lagi seperti saat melahirkan anak – anak yang sebelumnya. Ny. K khawatir sudah tidak kuat mengejan.

Diagnosa dari kasus ini adalah Ny. K, umur 38 tahun G4P2A1 hamil 37 minggu 5 hari, janin tunggal, hidup, intrauterine, punggung kiri, presentasi kepala, masuk PAP dengan kehamilan normal. Masalah yang timbul yaitu nyeri punggung dan kecemasan menghadapi persalinan. Kebutuhan yang diberikan yaitu KIE mengenai penyebab nyeri punggung pada ibu hamil dan cara mengatasinya. KIE mengenai

pemasangan IUD pasca salin. Memberikan dukungan psikologis pada ibu untuk mengurangi kecemasan menghadapi persalinan.

Penatalaksanaan yang diberikan yaitu menjelaskan hasil pemeriksaan ibu dan janin adalah normal, menjelaskan tentang keluhan nyeri punggungnya dan cara mengatasi, memberikan edukasi mengenai kenceng-kenceng yang dirasakan merupakan his/ kontraksi palsu, memberikan edukasi mengenai tanda-tanda persalinan, memberikan terapi tablet tambah darah sehari sekali dan kalsium sehari sekali. Memberikan edukasi mengenai pemasangan IUD pasca salin dan menganjurkan pasien untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi.

2. Persalinan

Pada tanggal 28 Maret 2026 jam 10.30 WIB, Ny. K datang ke RS Permata diantar oleh suaminya, mengatakan bahwa kenceng-kenceng sejak jam 04.00 WIB disertai air ketuban rembes, gerakan janin aktif. Usia kehamilan ibu saat itu adalah 39 minggu 6 hari. Beliau sebelumnya memberitahukan hal ini melalui whatsapp kepada bidan desa kalau terasa kenceng kenceng makin sering dan beliau disarankan untuk langsung datang ke RS Permata.

Ny. K menceritakan pada saat beliau datang ke RS dilakukan pemeriksaan oleh bidan jaga. Bidan jaga menyampaikan bahwa Ny. K dan janinnya dalam keadaan sehat, sudah masuk dalam persalinan, pembukaan 3 cm.

Tanggal 28 Maret 2026 pukul 18.45 WIB, ibu mengatakan bayinya lahir langsung menangis kuat dan jenis kelamin perempuan. Ibu mengatakan langsung menggunakan KB IUD post plasenta. Dokter dan bidan memberikan ucapan selamat kepada ibu dan suami atas kelahiran anaknya serta mengucapkan selamat atas proses persalinannya yang lancar dengan ibu dan bayi sehat dan selamat. Asuhan bayi baru lahir 1 jam, ibu mengatakan bidan memberikan suntikan vitamin K, imunisasi hepatitis dan diberikan salep mata pada kedua mata bayi. Ibu mengatakan bayinya dilakukan pemeriksaan oleh bidan dengan hasil, pemeriksaan fisik normal,

anus (+), pallatum (+), BB: 2830 gram, PB: 47 cm, LK: 32 cm, Lila: 11 cm, LD : 31cm.

3. Nifas dan Neonatus

a. Nifas (KF 1) dan neonates (KN 1)

Kunjungan pertama dilakukan pada tanggal 30 Maret 2026 pukul 15.00 WIB di rumah pasien. Ny. K post partum spontan 44 jam. Ibu mengatakan saat ini masih merasakan nyeri pada luka jahitan dan perut sedikit mules. Ibu mengatakan sudah mobilisasi aktif dan sudah BAK spontan tuntas.

Produksi ASI Ibu sudah semakin banyak karena ibu menyusui bayinya 1-2 jam sekali atau sesuai keinginan bayi. Bila bayi tidur, Ibu membangunkan bayinya untuk menyusui. Bayi sudah dapat menyusu dengan baik dan kuat. Ibu berencana hanya memberikan ASI saja kepada bayinya tanpa tambahan susu formula atau lainnya. Ibu berencana memberikan ASI Eksklusif kepada bayinya selama 6 bulan.

Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada pola nutrisi selama masa nifas. Pola nutrisi : makan tiga kali sehari dengan porsi normal, terdiri dari nasi, sayur, lauk, buah kadang-kadang. Minum air putih sehari kira - kira 8-9 gelas, tidak ada keluhan. Pola eliminasi : BAB satu kali sehari, konsistensi dan bau normal, tidak ada keluhan. BAK 5-6 kali sehari, warna dan bau normal. Ibu mengatakan pola istirahat, tidur siang kurang lebih 1-2 jam/hari atau ibu menyempatkan istirahat saat bayinya tidur, dan tidur malam kurang lebih 6-7 jam/hari meskipun bangun saat bayi ingin menyusu. Pola personal hygiene : mandi dua kali sehari, ganti baju dua kali sehari, dan ganti pakaian dalam dua kali sehari. Ibu mengatakan belum melakukan hubungan seksual dengan suami setelah melahirkan karena masih dalam masa nifas. Ibu tinggal dirumah milik pribadi bersama suami. Pola aktifitas ibu saat ini hanya mengurus anaknya. Suami dan keluarga selalu memberikan dukungan kepada ibu seperti membantu ibu mencuci, bergantian merawat bayi, dan lain-lain. Hubungan ibu dengan suami, keluarga serta lingkungan sekitar baik, Ibu

dan suami sangat senang dengan kelahiran anak pertamanya. Ibu mengatakan masih mengonsumsi obat yang diberikan dari rumah sakit yaitu Asam Mefenamat 3x1, Fe 1x1, dan Amoxicillin 3 x 1.

Ibu mengatakan pada saat bersalin, ibu telah dilakukan pemasangan IUD post plasenta.

Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital ibu diperoleh, Keadaan Umum: Baik, Kesadaran: Composmentis, Tekanan Darah : 110/72 mmHg, Nadi: 86 x/menit, Pernapasan : 20 x/menit, Suhu : 36,6°C. Hasil pemeriksaan fisik (Head to Toe) menunjukkan hasil tidak ditemukan adanya tanda kelainan, oedem, massa/benjolan, tidak pucat, tidak ada perubahan warna kulit, payudara simetris, tidak ada benjolan, puting menonjol, ASI (+) lancar, TFU pertengahan pusat-symphisis, kontraksi uterus keras, kandung kemih kosong, lochea rubra (merah segar) dengan warna dan bau khas, ganti pembalut setiap 4-5 kali sehari atau saat BAK dan BAB. Hasil pemeriksaan nifas hari ke-2 pada Ny. K menunjukkan hasil normal dan baik. Tidak ditemukan tanda bahaya masa nifas, tidak pusing dan lemas, tidak ada tanda infeksi, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada pembengkakan payudara dan mastitis, tidak ada benjolan/massa abnormal, tidak ada tanda depresi postpartum, tidak ada nyeri perut hebat. KIE yang diberikan yaitu memperbaiki kembali posisi ibu menyusui, memberi apresiasi pada ibu karena telah memenuhi nutrisi dan istirahatnya dengan baik, serta menjaga kebersihan dirinya, mengingatkan kembali pada ibu tanda-tanda bahaya masa nifas.

Pada tanggal 30 Maret 2026 dilakukan juga kunjungan pada By. Ny. K umur 2 hari. Kunjungan neonatus hari ke-2 diperoleh hasil pengukuran suhu: 36,7°C, denyut jantung : 128x/menit, pernapasan: 44 x/menit, BB & PB (tidak diukur). Keadaan Umum : Baik. Pemeriksaan fisik (Head to Toe) menunjukkan hasil normal, tidak ada kelainan, tidak ikterik, tidak ada massa/benjolan, tidak ada perubahan warna kulit, tidak ada tanda lahir, turgor kulit normal, tidak ada stridor dan tarikan dinding dada, perut tidak kembung, tali pusat belum puput, sudah mulai kering,

bersih, tidak kemerahan dan berbau, anus berlubang. Bayi BAK >6 kali sehari, warna dan bau khas, tidak ada keluhan. BAB 4-6 kali sehari, warna dan konsistensi normal, tidak ada keluhan. Bayi menyusu kuat 1-2 jam sekali atau sesuai keinginan bayi, tidak ada masalah. Pola tidur sekitar 20 jam sehari, sering bangun di malam hari untuk menyusu atau ganti popok. Hasil pemeriksaan pada By. M menunjukkan hasil baik dan normal. Tidak ditemukan tanda bahaya pada neonatus, tidak ada tanda infeksi, tidak ada perdarahan tali pusat, tidak ikterik, tidak hipotermi, tidak ada kejang, tidak merintih, tidak letargis, tidak ada gangguan pernapasan.

KIE yang diberikan pada ibu yaitu tentang perawatan bayi sehari-hari seperti menjemur bayi di pagi hari, menjaga kehangatan, perawatan tali pusat, personal hygiene bayi, tetap diberikan ASI sampai usia bayi enam bulan dan menjelaskan tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir.

b. Nifas (KF 2) dan neonatus (KN 2)

Kunjungan kedua dilakukan pada tanggal 3 April 2026 pukul 10.00 WIB di rumah pasien. Ibu post partum spontan hari ke 6. Ibu mengatakan sudah tidak merasakan mules dan luka bekas jahitan sudah kering. Produksi ASI Ibu sudah semakin banyak karena ibu menyusui bayinya 1-2 jam sekali atau sesuai keinginan bayi. Bayi sudah dapat menyusu dengan baik dan kuat. Ibu berencana hanya memberikan ASI saja kepada bayinya tanpa tambahan susu formula atau lainnya. Ibu berencana memberikan ASI Eksklusif kepada bayinya selama 6 bulan. Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada pola nutrisi selama masa nifas. Pola nutrisi : makan tiga kali sehari dengan porsi normal, terdiri dari nasi, sayur, lauk, buah kadang-kadang. Minum air putih sehari kira-kira 8-9 gelas, tidak ada keluhan. Pola eliminasi : BAB satu kali sehari, konsistensi dan bau normal, tidak ada keluhan. BAK 5-6 kali sehari, warna dan bau normal. Ibu mengatakan pola istirahat, tidur siang kurang lebih 1-2 jam/hari atau ibu menyempatkan istirahat saat bayinya tidur, dan tidur malam kurang lebih 6-7 jam/hari meskipun bangun saat bayi

ingin menyusui. Pola personal hygiene : mandi dua kali sehari, ganti baju dua kali sehari, dan ganti pakaian dalam dua kali sehari. Ibu mengatakan belum melakukan hubungan seksual dengan suami setelah melahirkan karena masih dalam masa nifas. Pola aktifitas ibu saat ini hanya mengurus anaknya. Suami dan keluarga selalu memberikan dukungan kepada ibu seperti membantu ibu mencuci, bergantian merawat bayi, dan lain-lain.

Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital ibu diperoleh, Keadaan Umum: Baik, Kesadaran: Composmentis, Tekanan Darah : 122/81 mmHg, Nadi: 89 x/menit, Pernapasan : 21 x/menit, Suhu : 36,6°C. Hasil pemeriksaan fisik (Head to Toe) menunjukkan hasil tidak ditemukan adanya tanda kelainan, oedem, massa/benjolan, tidak pucat, tidak ada perubahan warna kulit, payudara simetris, tidak ada benjolan, puting menonjol, ASI (+) lancar, TFU teraba 2 jari di atas symphysis, kandung kemih kosong, perdarahan dalam batas normal, lochea serosa, ganti pembalut setiap 3-4 kali sehari atau saat BAK dan BAB.

Hasil pemeriksaan nifas hari ke-6 pada Ny. K menunjukkan hasil normal dan baik. Tidak ditemukan tanda bahaya masa nifas, tidak pusing dan lemas, tidak ada tanda infeksi, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada pembengkakan payudara dan mastitis, tidak ada benjolan/massa abnormal, tidak ada tanda depresi postpartum, tidak ada nyeri perut hebat. KIE yang diberikan yaitu memberi apresiasi pada ibu karena telah memenuhi nutrisi dan istirahatnya dengan baik, mengajarkan pada ibu perawatan payudara, mengingatkan kembali pada ibu tanda-tanda bahaya masa nifas.

Pada tanggal 3 April 2026 dilakukan juga kunjungan pada By. Ny. K umur 6 hari. Kunjungan neonatus hari ke-6 diperoleh hasil pengukuran suhu: 36,7°C, denyut jantung : 130x/menit, pernapasan: 45 x/menit, BB & PB (tidak diukur). Keadaan Umum : Baik. Pemeriksaan fisik (Head to Toe) menunjukkan hasil normal, tidak ada kelainan, tidak ikterik, tidak ada massa/benjolan, tidak ada perubahan warna kulit, tidak ada

tanda lahir, turgor kulit normal, tidak ada stridor dan tarikan dinding dada, perut tidak kembung, tali pusat sudah puput dan bersih Bayi BAK >6 kali sehari, warna dan bau khas, tidak ada keluhan. BAB 4-6 kali sehari, warna dan konsistensi normal, tidak ada keluhan. Bayi menyusu kuat 1-2 jam sekali atau sesuai keinginan bayi, tidak ada masalah. Pola tidur sekitar 20 jam sehari, sering bangun di malam hari untuk menyusu atau ganti popok.

Hasil pemeriksaan pada By. Ny. K menunjukkan hasil baik dan normal. Tidak ditemukan tanda bahaya pada neonatus, tidak ada tanda infeksi, tidak ada perdarahan tali pusat, tidak ikterik, tidak hipotermi, tidak ada kejang, tidak merintih, tidak letargis, tidak ada gangguan pernapasan. KIE yang diberikan pada ibu yaitu mengingatkan ibu untuk tetap menjaga kehangatan, personal hygiene bayi, tetap diberikan ASI sampai usia bayi enam bulan, mengingatkan tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir dan mengingatkan ibu untuk imunisasi BCG pada bayinya saat bayi berusia 1 bulan.

c. Nifas (KF 3) dan Neonatus (KN 3)

Kunjungan ketiga dilakukan pada tanggal 11 April 2026 pukul 15.00 WIB di rumah pasien. Ibu post partum spontan hari ke 14. Ibu mengatakan sudah tidak ada keluhan. Produksi ASI Ibu sudah semakin banyak karena ibu menyusui bayinya 1-2 jam sekali atau sesuai keinginan bayi. Bayi sudah dapat menyusu dengan baik dan kuat. Ibu berencana hanya memberikan ASI saja kepada bayinya tanpa tambahan susu formula atau lainnya. Ibu berencana memberikan ASI Eksklusif kepada bayinya selama 6 bulan.

Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada pola nutrisi selama masa nifas. Pola nutrisi : makan tiga kali sehari dengan porsi normal, terdiri dari nasi, sayur, lauk, buah kadang-kadang. Minum air putih sehari kira-kira 8-9 gelas, tidak ada keluhan. Pola eliminasi : BAB satu kali sehari, konsistensi dan bau normal, tidak ada keluhan. BAK 5-6 kali sehari, warna dan bau normal. Ibu mengatakan pola istirahat, tidur siang kurang

lebih 1-2 jam/hari atau ibu menyempatkan istirahat saat bayinya tidur, dan tidur malam kurang lebih 6-7 jam/hari meskipun bangun saat bayi ingin menyusu. Pola personal hygiene : mandi dua kali sehari, ganti baju dua kali sehari, dan ganti pakaian dalam dua kali sehari. Ibu mengatakan belum melakukan hubungan seksual dengan suami setelah melahirkan karena masih dalam masa nifas. Pola aktifitas ibu saat ini selain mengurus bayinya sudah mulai melakukan pekerjaan rumah tangga yang ringan seperti menyapu, memasak dan menyiapkan bekal untuk anak – anaknya. Pekerjaan rumah tangga yang berat masih dilakukan oleh suami dan keluarganya.

Ibu mengatakan sudah melakukan kontrol post partum di RS permata pada tanggal 8 April 2026. Ibu mengatakan pada saat kontrol dokter mengatakan bahwa kondisinya baik, luka jahitan perineum sudah kering dan darah nifas normal.

Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital ibu diperoleh, Keadaan Umum: Baik, Kesadaran: Composmentis, Tekanan Darah : 117/81 mmHg, Nadi: 89 x/menit, Pernapasan : 21 x/menit, Suhu : 36,6°C. Hasil pemeriksaan fisik (Head to Toe) menunjukkan hasil tidak ditemukan adanya tanda kelainan, oedem, massa/benjolan, tidak pucat, tidak ada perubahan warna kulit, payudara simetris, tidak ada benjolan, puting menonjol, ASI (+) lancar, TFU tidak teraba, kandung kemih kosong, lokhea alba, ibu mengatakan sudah tidak menggunakan pembalut hanya memakai pantyliner dan ganti 2-3 kali sehari.

Hasil pemeriksaan nifas hari ke-14 pada Ny. K menunjukkan hasil normal dan baik. Tidak ditemukan tanda bahaya masa nifas, tidak pusing dan lemas, tidak ada tanda infeksi, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada pembengkakan payudara dan mastitis, tidak ada benjolan/massa abnormal, tidak ada tanda depresi postpartum, tidak ada nyeri perut hebat. KIE yang diberikan yaitu memberi apresiasi pada ibu karena telah memenuhi nutrisi dan istirahatnya dengan baik, mengajarkan pada ibu

perawatan payudara, mengingatkan kembali pada ibu tanda-tanda bahaya masa nifas dan mengingatkan ibu untuk kontrol IUD.

Pada tanggal 11 April 2026 dilakukan juga kunjungan pada By. Ny. K umur 14 hari. Kunjungan neonatus hari ke-14 diperoleh hasil pengukuran suhu: 36,5°C, denyut jantung : 118 x/menit, pernapasan: 38 x/menit, BB & PB (tidak diukur). Keadaan Umum : Baik. Pemeriksaan fisik (Head to Toe) menunjukkan hasil normal, tidak ada kelainan, tidak ikterik, tidak ada massa/benjolan, tidak ada perubahan warna kulit, tidak ada tanda lahir, turgor kulit normal, tidak ada stridor dan tarikan dinding dada, perut tidak kembung, tali pusat sudah puput dan bersih. Bayi BAK >6 kali sehari, warna dan bau khas, tidak ada keluhan. BAB 4-6 kali sehari, warna dan konsistensi normal, tidak ada keluhan. Bayi menyusu kuat 1-2 jam sekali atau sesuai keinginan bayi, tidak ada masalah. Pola tidur sekitar 20 jam sehari, sering bangun di malam hari untuk menyusu atau ganti popok.

Hasil pemeriksaan pada By. Ny. K menunjukkan hasil baik dan normal. Tidak ditemukan tanda bahaya pada neonatus, tidak ada tanda infeksi, tidak ada perdarahan tali pusat, tidak ikterik, tidak hipotermi, tidak ada kejang, tidak merintih, tidak letargis, tidak ada gangguan pernapasan. KIE yang diberikan pada ibu yaitu mengingatkan ibu untuk tetap menjaga kehangatan, personal hygiene bayi, tetap diberikan ASI sampai usia bayi enam bulan, mengingatkan tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir dan mengingatkan ibu untuk imunisasi BCG pada bayinya saat bayi berusia 1 bulan.

d. Nifas KF4

Pemantauan nifas keempat dilakukan melalui via whatssap pada tanggal 7 Mei 2026 pukul 10.00 WIB. Ibu post partum spontan hari ke-40. Ibu mengatakan tidak ada keluhan. Produksi ASI ibu lancar dan ibu rutin menyusui bayinya. Ibu mengatakan sudah tidak ada darah atau cairan yang keluar dari jalan lahir.

Ibu mengatakan telah melakukan kontrol KB IUD di RS Permata pada tanggal 2 Mei. Dokter mengatakan bahwa IUD terpasang dengan baik, benang terlihat dan dokter mengatakan bahwa benangnya telah digunting agar ibu dan suami nyaman saat berhubungan seksual.

Ibu mengatakan sudah imunisasi BCG pada bayi tanggal 23 April 2026 di Puskesmas Cangkreng Purworejo. KIE yang diberikan yaitu memberi apresiasi pada ibu karena telah memenuhi nutrisi dan istirahatnya dengan baik, memberi dukungan pada ibu karena memberikan ASI eksklusif pada bayinya dan tetap memberikan hanya ASI saja sampai bayi berumur 6 bulan, serta menganjurkan ibu untuk rutin kontrol KB IUD sesuai jadwal atau jika ada keluhan.

B. Kajian Teori

1. Asuhan Berkelanjutan (*Continuity of care*)

Continuity of care dalam kebidanan merupakan serangkaian kegiatan pelayanan berkesinambungan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, serta keluarga berencana.⁵

Continuity of Care (CoC) merupakan aspek fundamental layanan kebidanan yang dapat membangun hubungan antara bidan dengan perempuan. Konsep ini meliputi adanya pertemuan yang dilakukan untuk menggali informasi, memahami kondisi perempuan, dan mengenali kebutuhan dukungan dari bidan lain atau bahkan tenaga profesional Kesehatan lainnya. CoC dapat dilakukan dengan berbagai desain selama berdasar pada elemen dan prinsip untuk memahami adanya keberlanjutan hubungan untuk membangun hubungan yang bermakna, otonomi, dan fleksibilitas, serta dukungan tanpa batas.³

Continuity of Care memiliki tiga jenis pelayanan utama, yaitu kesinambungan manajemen, informasi, dan hubungan. Kesinambungan manajemen mencakup komunikasi yang terjalin antara perempuan dengan bidan selama proses pelayanan. Sementara itu, kesinambungan informasi berkaitan dengan tersedianya informasi yang relevan dan tepat waktu.

Kedua aspek tersebut sangat penting dalam pengaturan serta pelaksanaan pelayanan kebidanan.³

Perempuan yang memperoleh pelayanan kebidanan secara berkesinambungan dari bidan yang sama memiliki kemungkinan hampir delapan kali lebih besar untuk menjalani persalinan dengan bidan tersebut. Selain itu, mereka juga melaporkan tingkat kepuasan yang lebih tinggi terhadap informasi, saran, penjelasan, tempat persalinan, persiapan persalinan, pilihan penanganan nyeri, serta pengawasan yang diberikan oleh bidan.⁵

Penelitian di Denmark menunjukkan hasil serupa, yaitu bahwa penerapan Continuity of Care dapat memberikan pengalaman persalinan yang lebih baik, menurunkan morbiditas maternal, serta mengurangi penggunaan intervensi saat persalinan termasuk tindakan operasi sesar. Model pelayanan ini juga meningkatkan angka persalinan normal dibandingkan pada perempuan yang merencanakan persalinan dengan tindakan intervensi. Secara signifikan, pendekatan Continuity of Care yang berpusat pada perempuan (women centered care) mampu meningkatkan dukungan, keterlibatan perempuan dalam pengambilan keputusan, perhatian terhadap kondisi psikologis, pemenuhan kebutuhan dan harapan menjelang persalinan, pemberian informasi, serta penghargaan terhadap perempuan.⁴

2. Kehamilan

a. Definisi Kehamilan

Kehamilan adalah proses yang dimulai dari terjadinya pembuahan (fertilisasi) antara sel sperma dan sel telur, kemudian dilanjutkan dengan implantasi hasil konsepsi di dalam rahim dan berkembang hingga terbentuk janin sampai proses persalinan.⁶

Pengalaman dalam kandungan dan kualitas pengasuhan yang diberikan setelah lahir membentuk cara anak tumbuh, belajar dan berkembang. Sebagai contoh tekanan yang tinggi selama kehamilan telah dikaitkan dengan masalah emosional dan perilaku pada anak.⁷

Ikatan ibu-bayi berawal dari masa kehamilan dan berkembang seiring bertambahnya usia kehamilan ketika gerakan janin meningkat. Kekuatan ikatan prenatal telah terbukti menjadi prediktor yang kuat untuk kualitas ikatan pada anak usia dini.⁷

Penelitian yang dilakukan oleh Mason *et al* pada tahun 2011 merupakan awal ditemukannya korelasi ikatan pasca kelahiran dengan kapasitas social emosial anak usia dini. Penelitian - penelitian lain berkembang setelahnya bahwa ikatan perasaan yang lebih kuat pada ibu selama kehamilan memprediksi perkembangan sosial emosional yang lebih baik pada anak – anak mereka sampai dengan usia 12 bulan.

b. Proses Kehamilan

Secara garis besar, proses kehamilan meliputi beberapa tahapan sebagai berikut:

1) Fertilisasi

Fertilisasi merupakan penyatuan ovum (oosit sekunder) dan spermatozoa yang biasanya berlangsung di ampulla tuba. Fertilisasi memerlukan oosit sekunder (ovum) yang telah masak dan siap dibuahi. Sebelumnya ovum ini dikeluarkan dari ovarium pada proses yang dinamakan ovulasi pada sekitar hari ke-14 dari daur menstruasi. Seorang wanita disebut hamil jika sel telur berhasil dibuahi oleh sel sperma laki-laki. Hasil pembuahan akan menghasilkan zigot, kemudian berkembang (dengan cara pembelahan sel secara besarbesaran) menjadi embrio.²

2) Implantasi

Implantasi adalah kontak antara zigot stadium blastokista dengan dinding rahim pada keadaan tersebut akan mencetuskan berbagai reaksi seluler sehingga sel-sel trofoblas zigot tersebut dapat menempel dan mengadakan infiltrasi pada lapisan epitel endometrium uterus. Implantasi terjadi pada akhir minggu pertama, yaitu hari ke-5 sampai hari ke-7. Setelah implantasi, sel-sel trofoblas yang tertanam di dalam endometrium terus berkembang,

membentuk jaringan bersama dengan sistem pembuluh darah maternal untuk menjadi plasenta, yang kemudian berfungsi sebagai sumber nutrisi dan oksigenasi bagi jaringan embrioblas yang akan tumbuh menjadi janin².

3) Pertumbuhan dan perkembangan janin

- a) Minggu 0, sperma membuahi ovum membagi dan masuk kedalam uterus menempel sekitar hari ke-1
- b) Minggu ke-4 jantung, sirkulasi darah dan saluran pencernaan terbentuk. Embrio kurang dari 0,64 cm.
- c) Minggu ke-8 perkembangan cepat. Jantungnya mulai memompa darah. Anggota badan terbentuk dengan baik.
- d) Minggu ke-12 embrio menjadi janin.
- e) Minggu ke-16 semua organ mulai matang dan tumbuh. Berat janin sekitar 0,2 kg.
- f) Minggu ke-20 verniks melindungi tubuh, lanugo menutupi tubuh dan menjaga minyak pada kulit, alis bulu mata dan rambut terbentuk.
- g) Minggu ke-24 perkembangan pernafasan dimulai. Berat janin 0,7-0,8 kg.
- h) Minggu ke-28 janin dapat bernafas, menelan dan mengatur suhu. Ukuran janin 2/3 ukuran pada saat lahir.
- i) Minggu ke-32 bayi sudah tumbuh 38-43 cm.
- j) Minggu ke-38 seluruh uterus terisi oleh bayi sehingga ia tidak bisa bergerak dan berputar banyak.

c. Tanda dan gejala kehamilan

1) Tanda mungkin kehamilan (Presumtif)

- a) Amenore
- b) Mual dan muntah
- c) Sering kencing
- d) Pembesaran payudara dan nyeri tekan pada payudara
- e) Rasa mudah lelah

- f) *Quickening* (goyang bayi)
 - g) Penipisan dan pelunakan kuku jari tangan
 - h) Pigmentasi kulit yang bertambah
- 2) Tanda tidak pasti kehamilan (Probable)
 - a) Pembesaran uterus
 - b) Tanda Goodell (pelunakan serviks)
 - c) Tanda Chadwick (membran mukosa vagina, serviks dan vulva yang berwarna kebiruan)
 - d) Tanda hegar (pelunakan segmen bawah uterus)
 - e) Kontraksi braxton hicks (kontraksi uterus tanpa nyeri yang terjadi berulang selama kehamilan)
 - f) Ballotement (gerakan pasif janin sebagai respon terhadap ketukan yang dilakukan pada bagian bawah uterus atau serviks)
 - g) Hasil tes laboratorium yang menunjukkan kehamilan
 - h) Hasil USG yang memperlihatkan cincin sakus gestasional yang khas (terlihat pada usia kehamilan 4 sampai 6 minggu)
 - i) Garis bentuk janin yang dapat diraba
- 3) Tanda pasti
 - a) Denyut jantung janin yang terdeteksi pada usia kehamilan 17 hingga 20 minggu
 - b) Hasil USG yang positif pada kehamilan 6 minggu
 - c) Gerakan janin yang dapat dirasakan oleh pemeriksaan pada kehamilan sesudah 16 minggu
 - d) Terlihat janin dan garis bentuk janin.³
- d. Perubahan fisiologi ibu hamil
 - 1) Sistem reproduksi
 - a) Uterus

Uterus akan mengalami pembesaran akibat peningkatan hormone estrogen dan progesteron, uterus akan mengalami hipertrofi dan hipervaskularisasi akibat dari pertumbuhan dan perkembangan janin, penambahan amnion dan perkembangan

plasenta. Selain itu akan terjadi perlunakan pada in hormone istmus uteri dan pemaesaran plasenta pada satu sisi uterus.

b) Serviks

Terjadi hipervaskularisasi dan perlunakan pada serviks karena peningkatan hormon estrogen dan progesteron.

c) Vagina

Terjadi peningkatan produksi lendir oleh mukosa vagina, hipervaskularisasi pada vagina.

d) Ovarium

Tidak terjadi pembentukan folikel baru dan hanya terlihat perkembangan dari korpus luteum.

e) Payudara

Terjadi hiperfaskularisasi pembuluh darah akibat peningkatan hormone estrogen dan progesteron. Selain itu juga terjadi peningkatan hormon somatomamotropin untuk produksi ASI sehingga menjadi lebih besar.

2) Sistem pencernaan

a) Mulut dan gusi

Peningkatan hormone estrogen dan progesterone meningkatkan aliran darah ke rongga mulut, hipervaskularisasi pembuluh darah kapiler gusi sehingga terjadi edema dan hiperplastis, ketebalan epitel berkurang sehingga gusi lebih rapuh, timbulnya mual muntah menyebabkan kebersihan mulut terganggu dan meningkatkan rasa asam di mulut

b) Lambung

Terjadi relaksasi pada otot – otot pencernaan antarlain peristaltic di lambung, sehingga pencernaan makanan oleh lambung menjadi lebih lama dan mudah terjadi peristaltic balik ke esophagus. Selain itu, pengaruh dari peningkatan hormon hCG juga dapat menyebekan ibu hamil merasakan mual dan muntah.

c) Usus halus dan usus besar

Relaksasi pada usus halus sehingga penyerapan makanan menjadi lebih maksimal. Relaksasi juga terjadi pada usus besar sehingga penyerapan air menjadi lebih lama.

3) Sistem kardiovaskular

Peningkatan sensitivitas kandung kemih dan pada tahap selanjutnya merupakan akibat kompresi pada kandung kemih yang nantinya akan menimbulkan rasa ingin berkemih walaupun kandung kemih hanya berisi sedikit urin.

4) Sistem perkemihan

Peningkatan sensitivitas kandung kemih dan pada tahap selanjutnya merupakan akibat kompresi pada kandung kemih yang nantinya akan menimbulkan rasa ingin berkemih walaupun kandung kemih hanya berisi sedikit urin.

5) Sistem integument

a) Muka

Terjadi perubahan warna bercak hiperpigmentasi keoklatan pada kulit di daerah tonjolan maksila dan dahi, khususnya pada wanita hamil berkulit hitam akibat peningkatan hormone estrogen dan progesterone serta hormone melanokortikotropin.

b) Kulit

Hipersensitivitas alergen plasenta sehingga menyebabkan gatal – gatal dan peningkatan keringat karena peningkatan kelenjar apocrine akibat peningkatan hormone, kelenjar tersebut meningkat akibat BB dan kegiatan metabolic yang meningkat serta peningkatan aktivitas kelenjar sebacea.

c) Perut

Terdapat garis pigmentasi dari sifisis pubis sampai ke bagian atas fundus di garis tengah tubuh di induksi hormone timbul

6) Sistem pernapasan

a) Hidung

Peningkatan vaskularisasi yang merupakan respon terhadap peningkatan hormone estrogen, juga terjadi pada traktus pernafasan atas. Karena pembesaran kapiler, terbentuklah edema dan hyperemia di hidung, faring, laring, trachea dan bronkus.

b) Toraks dan diafragma

Semakin membesarnya uterus maka akan mengalami desakan pada diafragma sehingga diafragma naik 4 cm terjadi pelebaran sudut toraks dari 68° menjadi 103° , peningkatan hormone progesteron menyebabkan peningkatan pusat syaraf untuk konsumsi oksigen.

7) Sistem neurologi dan muskulo skeletal

a) Penurunan kalsium dan alkalosis terjadi akibat perubahan pada sistim pernafasan, tekanan uterus pada syaraf, kelelahan, dan sirkulasi yang buruk pada tungkai

b) Perubahan titik pusat gaya berat akibat uterus yang bertambah besar dan berat membuat wanita mengambil sikap yang dapat menekan saraf ulnar, median, dan skiatik.

c) Terjadi hipertensi postural yang berhubungan dengan perubahan hemodinamis

d) Terjadi hipoglikemi

e. Perubahan psikologi ibu hamil

Peningkatan hormon esterogen dan progesteron dalam tubuh yang menimbulkan ketidaknyamanan secara fisiologis akan memicu perubahan psikologis seperti berikut:

1) Trimester I (0-13 minggu)

a) Ibu membenci kehamilannya, merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan, dan kesedihan

b) Mencari tahu secara aktif apakah memang benar – benar hamil dengan memperhatikan perubahan pada tubuhnya dan sering memberitahukan kepada orang lain apa yang dirahasiakan.

- c) Hasrat melakukan seks berbeda – beda, ada yang meningkat ada yang menurun.
 - d) Bagi seorang suami sebagai seorang ayah akan timbul kebanggaan, tetapi bercampur dengan keprihatinan akan kesiapa untuk mencari nafkah bagi keluarganya.
- 2) Trimester II (14-26 minggu)
- a) Ibu merasa sehat dan sudah terbiasa dengan kadar hormone yang tinggi, serta rasa tidak nyaman akibat kehamilan sudah mulai berkurang.
 - b) Ibu sudah menerima kehamilannya dan dapat mulai menggunakan energy dan pikirannya lebih konstruktif
 - c) Ibu merasa terlepas dari rasa kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti yang dirasakannya pada trimester pertama.
- 3) Trimester III (27-40 minggu)
- a) Ibu tidak sabar menunggu kehadiran bayinya
 - b) Ibu khawatir akan bayinya yang akan segera lahir sewaktu – waktu
 - c) Ibu khawatir bayinya lahir tidak normal
 - d) Ibu bersikap lebih melindungi bayinya dan menghindari orang atau benda yang di anggap membahayakan bayinya.
 - e) Ibu merasa takut akan sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada saat melahirkan.
 - f) Tidak nyaman dengan kehamilannya, ibu merasa dirinya jelek dan aneh
- f. Tanda bahaya kehamilan
- 1) Perdarahan
 - 2) Nyeri hebat didaerah abdominopelvikum
 - 3) Sakit kepala yang hebat dan menetap
 - 4) Penglihatan atau pandangan kabur atau berkunang-kunang
 - 5) Muntah yang berlebihan
 - 6) Menggigil atau demam

- 7) Uterus lebih besar atau lebih kecil
- g. Indikasi rujukan pada ibu hamil:
 - 1) Riwayat seksio sesaria,
 - 2) Perdarahan per vaginam,
 - 3) Persalinan kurang bulan (usia kehamilan < 37 minggu),
 - 4) Ketuban pecah dini;
 - 5) Anemia berat;
 - 6) Tanda/gejala infeksi;
 - 7) Preeklamsia/hipertensi dalam kehamilan;
 - 8) Tinggi fundus uteri 40 cm atau lebih. ⁴
- h. Ketidaknyamanan Kehamilan
 - 1) Keletihan

Metode untuk meredakannya salah satunya adalah istirahat cukup, latihan ringan dan nutrisi yang baik juga dapat membantumengatasi keletihan.⁸
 - 2) Nyeri punggung bagian atas

Nyeri punggung bagian atas terjadi selama trimester pertama akibat peningkatan ukuran payudara, yang membuat payudara menjadi berat. Metode untuk mengurangi nyeri ini adalah dengan menggunakan bra penyokong yang berukuran tepat sesuai ukuran payudara.⁹
 - 3) *Fluor Albus*
 - a) Definisi *Fluor Albus*

Keputihan yang fisiologis ditandai dengan sekret yang berwarna putih, tidak menimbulkan bau yang menyengat, tidak gatal, tidak panas/iritasi.

Keputihan patologis merupakan sekresi vaginal abnormal pada wanita. Keputihan patologis biasanya ditandai dengan sekret vagina yang berwarna keruh atau kuning kehijauan, berbau tidak sedap, disertai lesi atau iritasi vagina. Keputihan yang disebabkan oleh infeksi biasanya disertai rasa gatal didalam

vagina dan disekitar bibir vagina bagian luar, yang sering menimbulkan keputihan ini antara lain bakteri, virus, jamur atau juga parasit. Infeksi ini dapat menjalar dan menimbulkan peradangan ke saluran kencing, sehingga menimbulkan rasa pedih saat si penderita buang air kecil.¹⁰

b) Etiologi

Fluor Albus merupakan sekresi vagina dalam jumlah besar dengan konsistensi kental atau cair, yang dimulai pada trimester pertama. Sekresi ini bersifat asam akibat pengubahan sejumlah besar glikogen pada sel epitel vagina menjadi asam laktat oleh basil *Doderlein*. Meski basil ini berfungsi melindungi ibu dan janin dari kemungkinan infeksi yang mengancam, tetapi basil ini merupakan medium yang dapat mempercepat pertumbuhan organisme yang bertanggung jawab terhadap terjadinya *vaginitis*.

Peningkatan kadar estrogen menyebabkan peningkatan kadar air dalam mukus serviks dan meningkatkan produksi glikogen oleh sel-sel epitel mukosa superfisial pada dinding vagina, sehingga sekret vagina bertambah banyak, kemudian mengalir keluar dan disebut sebagai keputihan. Glikogen merupakan sumber makanan mikroorganisme di dalam vagina, sehingga peningkatan kadar hormone estrogen pada akhirnya meningkatkan resiko terjadinya keputihan patologis.

Terjadinya keputihan (*fluor albus*) karena bertambahnya hormon selama masa kehamilan. Keputihan pada ibu hamil terjadi karena peningkatan produksi lendir dan kelenjar endoservikal sebagai akibat dari peningkatan kadar estrogen. Peningkatan sekresi vagina dan serviks yang sangat banyak selama kehamilan berbentuk duh putih yang agak kental. PH asam dari 3,5 sampai 6, yang merupakan akibat peningkatan produksi asam laktat dari glikogen di epitel vagina oleh kerja *lactobacillus acidophilus*.¹¹

Kurangnya menjaga kebersihan area genitalia serta kelelahan juga menjadi penyebab keputihan.

c) Dampak Keputihan

Terhadap Kehamilan

Keputihan terhadap ibu hamil dapat menyebabkan risiko persalinan prematur dan janinnya berisiko mengalami infeksi.

Terhadap Persalinan

Keputihan pada persalinan dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini, kelahiran prematur dan terjadinya infeksi korioamnionitis sampai sepsis, yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan menyebabkan infeksi pada ibu.

Terhadap nifas

Fluor albus pada masa nifas dapat menyebabkan infeksi, endometritis *post partum*.

Terhadap Bayi

Fluor albus pada bayi dapat menyebabkan terjadinya infeksi, BBLR.¹⁰

d) Penatalaksanaan *Fluor Albus*

Menjaga kebersihan organ genitalia eksterna dengan cara membasuhnya menggunakan air bersih, terutama setelah BAB dan BAK. Cara membasuh yang benar adalah dari arah depan (vagina) ke belakang (anus), cara membasuh yang salah dapat menyebabkan mikroorganisme yang ada disekitar anus terbawa ke vagina, serta mengeringkan organ genitalia eksterna menggunakan handuk bersih setelah terbasuh oleh air.¹²

Meminimalkan frekuensi penggunaan sabun pembersih vagina. Seringnya penggunaan sabun pembersih vagina menyebabkan matinya flora normal vagina, sehingga kuman patogen dapat menginfeksi dan berkembang biak.

Mengganti celana dalam secara teratur juga penting untuk menjaga higienitas organ genitalia. Penggantian celana dalam

minimal dilakukan dua kali sehari, misal setelah mandi pagi dan sore, sehingga kelembapan yang berlebihan dapat dicegah, menggunakan celana dalam dengan bahan yang menyerap keringat, seperti katun, sehingga organ genitalia tidak terlalu lembab serta menghindari penggunaan celana dalam yang ketat, karena dapat menyebabkan organ genitalia menjadi lembab, berkeringat dan akhirnya menjadi mudah terinfeksi mikroorganisme.¹³

4) Peningkatan frekuensi *berkemih*

Frekuensi berkemih pada trimester III paling sering dialami oleh wanita primigravida karena bagian presentasi akan menurun masuk ke dalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. Metode yang dapat dilakukan untuk mengurangi frekuensi berkemih adalah menjelaskan mengapa hal tersebut terjadi dan mengurangi asupan cairan sebelum tidur malam sehingga wanita tidak perlu bolak-balik ke kamar mandi pada saat mencoba tidur.

5) Nyeri ulu hati

Penyebab nyeri ulu hati adalah relaksasi sfingter jantung pada lambung akibat pengaruh yang ditimbulkan peningkatan jumlah progesterone, tidak ada ruang fungsional untuk lambung akibat perubahan tempat dan penekanan oleh uterus yang membesar. Cara mengatasi salah satunya adalah dengan makan dalam porsi kecil tetapi sering, untuk menghindari lambung menjadi terlalu penuh, pertahankan postur tubuh yang baik supaya ada ruang lebih besar bagi lambung untuk menjalankan fungsinya.

6) Flatulen

Peningkatan *flatulen* (kentut) diduga akibat penurunan motilitas gastrointestinal. Hal ini kemungkinan merupakan akibat efek peningkatan progesterone yang merelaksasi otot halus dan akibat pergeseran serta tekanan pada usus halus karena pembesaran uterus.

7) Konstipasi

Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltis yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron. Cara mengatasi salah satunya yaitu asupan cairan yang adekuat, yakni minum air minimal 8 gelas per hari, istirahat cukup, makan makanan yang berserat dan mengandung serat alami.

8) Hemoroid

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu, semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Cara mengatasi salah satunya yaitu hindari konstipasi, pencegahan merupakan cara penanganan yang paling efektif dan hindari mengejan saat defekasi.

9) Kram tungkai

Kram kaki disebabkan oleh uterus yang besar memberi tekanan baik pada pembuluh darah panggul. Cara mengatasi salah satunya yaitu minta wanita meluruskan kaki yang kram dan menekan tumitnya, anjurkan elevasi kaki secara teratur sepanjang hari, anjurkan diet mengandung kalsium dan fosfor.

10) Edema dependen

Edema dependen pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah. Cara mengatasi salah satunya yaitu hindari menggunakan pakaian ketat, elevasi kaki secara teratur sepanjang hari, posisi menghadap kesamping saat berbaring.

11) Varises

Varises dapat diakibatkan oleh gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah. Cara mengatasi salah satunya yaitu hindari berdiri lama, pertahankan tungkai untuk tidak menyilang saat duduk, pertahankan posisi tubuh dan mekanisme tubuh yang baik.

12) Insomnia

Cara mengatasi salah satunya adalah mandi air hangat, minum air hangat sebelum tidur dan ambil posisi relaksasi.

13) Nyeri pada ligamentum teres uteri

Nyeri pada ligamentum teres uteri diduga terjadi akibat peregangan dan kemungkinan akibat penekanan uterus yang meningkat pesat pada ligament. Cara mengatasi salah satunya adalah dengan mandi air hangat.

14) Nyeri punggung bawah

Nyeri punggung bawah akan meningkat intensitasnya seiring pertambahan usia kehamilan, karena nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi wanita tersebut dan postur tubuhnya. Cara mengatasi salah satunya adalah tekuk kaki ketimbang membungkuk ketika mengangkat apapun sehingga kedua tungkai yang menopang berat badan dan meregang bukan punggung.¹⁴

15) Hiperventilasi dan sesak napas

Cara mengatasi hiperventilasi salah satunya adalah mendorong wanita untuk secara sadar mengatur kecepatan dan kedalaman pernapasannya pada kisaran normal saat ia menyadari ia sedang mengalami hiperventilasi. Cara mengatasi sesak napas salah satunya adalah anjurkan wanita berdiri dan meregangkan lengannya di atas kepalanya secara berkala dan mengambil napas dalam.^{15,16}

i. *Antenatal Care*

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan. Sehingga yang diharapkan pada Antenatal Care adalah perawatan yang ditujukan kepada ibu hamil, yang bukan saja bila ibu sakit dan memerlukan perawatan, tetapi juga pengawasan dan penjagaan wanita hamil agar tidak terjadi kelainan sehingga mendapatkan ibu dan anak yang sehat. antenatal care meliputi kegiatan sebagai berikut : Antenatal Care (ANC)

adalah pengawasan sebelum persalinan terutama ditujukan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Asuhan antenatal adalah suatu program yang terencana berupa observasi, edukasi dan penanganan medik pada ibu hamil, untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persalinan yang aman dan memuaskan.

Berdasarkan Permenkes No 21 Tahun 2021 menyatakan bahwa pelayanan kesehatan hamil yang kemudian disebut pelayanan antenatal (ANC) terpadu adalah setiap kegiatan dan/ atau serangkaian kegiatan yang dilakukan sejak terjadinya masa konsepsi hingga sebelum mulainya proses persalinan yang komprehensif dan berkualitas. pelayanan antenatal terpadu dan komprehensif sesuai standar selama kehamilan yaitu minimal 6 kali dengan distribusi waktu: 1 kali pada trimester ke 1 (0-12 minggu), 2 kali pada trimester ke-2 (>12 minggu – 24 minggu), dan 3 kali pada trimester ke-3 (>24 minggu sampai persalinan). Kunjungan bisa dilakukan lebih dari 6 kali sesuai dengan kebutuhan dan jika ada keluhan, penyakit atau gangguan kehamilan. Ibu harus kontak dengan dokter minimal 2 kali, 1 kali pada trimester 1 dan 1 kali pada trimester 3.

Menurut Permenkes No 21 Tahun 2021 menyatakan bahwa pelayanan kebidanan dilakukan mulai kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan dan masa sesudah melahirkan, penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi serta pelayanan kesehatan seksual. Adapun pelayanan tersebut yaitu:

- 1) Pelayanan kesehatan masa sebelum hamil adalah setiap kegiatan atau serangkaian kegiatan yang ditujukan pada perempuan sejak saat remaja hingga saat sebelum hamil dalam rangka menyiapkan perempuan menjadi hamil sehat.
- 2) Pelayanan kesehatan masa hamil adalah setiap kegiatan atau serangkaian kegiatan yang dilakukan sejak terjadinya masa konsepsi hingga melahirkan.

- 3) Pelayanan kesehatan persalinan adalah setiap kegiatan atau serangkaian kegiatan yang ditujukan pada ibu sejak dimulainya persalinan hingga 6 (enam) jam setelah melahirkan.
- 4) Pelayanan kesehatan masa sesudah melahirkan adalah setiap kegiatan atau serangkaian kegiatan yang ditujukan pada selama masa nifas dan pelayanan yang mendukung bayi yang dilahirkannya sampai berusia 2 tahun.
- 5) Pelayanan kontrasepsi adalah serangkaian kegiatan terkait dengan pemberian obat, pemasangan atau pencabutan alat kontrasepsi dan tindakan- tindakan lain dalam upaya mencegah kehamilan.
- 6) Pelayanan kesehatan seksual adalah setiap kegiatan atau serangkaian yang ditujukan pada kesehatan seksualitas.

Pelayanan antenatal yang harus diberikan kepada Ibu hamil untuk memantau kondisi serta perkembangan kehamilan adalah sebagai berikut :

1) Pengukuran Tinggi Badan

Tinggi badan diukur pada kunjungan pertama. Bila tinggi ibu kurang dari 145cm, maka faktor risiko panggul sempit. Kemungkinan sulit melahirkan secara normal. Penimbangan berat badan dilakukan setiap kali ibu periksa hamil dengan penambahan berat badan sesuai dengan IMT

2) Pengukuran Tekanan Darah

Dilakukan setiap kali kunjungan. Tekanan darah normal 120/80 mmHg. Bila tekanan darah lebih besar atau sama dengan 140/90 mmHg, ada faktor risiko hipertensi (tekanan darah tinggi) dalam kehamilan

3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)

Pengukuran LILA dilakukan hanya pada kunjungan pertama. Jika LILA ibu hamil kurang dari 23,5 cm maka ibu hamil akan dikatakan Kekurangan Energi Kronis (KEK) dan berisiko melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

4) Pengukuran Tinggi Rahim

Pengukuran tinggi rahim atau Tinggi Fundus Uteri (TFU) dilakukan setiap kali kunjungan dengan tujuan untuk melihat pertumbuhan janin apakah sesuai dengan usia kehamilan. Pengukuran TFU menggunakan pita ukur dimulai pada umur kehamilan 24 minggu

5) Penentuan Letak Janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ)

Trimester III dilakukan penentuan presentasi janin dengan tujuan untuk mengetahui letak janin pada usia kehamilan 36 minggu. Penghitungan denyut jantung janin dapat dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan dengan rentang DJJ normal 120-160 kali per menit

6) Penentuan Status Imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Pemberian imunisasi TT bertujuan untuk mencegah tetanus neonatorum. Pemberian imunisasi ini ditentukan sesuai dengan status imunisasi ibu saat kunjungan pertama kali dimana akan dilakukan skrining sebelum ibu diberikan imunisasi TT.

7) Pemberian Tablet Penambah Darah

Pemberian tablet penambah darah untuk mencegah anemia pada ibu hamil. Ibu hamil sejak awal kehamilan minum 1 tablet tambah darah setiap hari minimal selama 90 hari

8) Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan yang dilakukan adalah pemeriksaan golongan darah, pemeriksaan kadar hemoglobin, pemeriksaan protein dan glukosa dalam urine, pemeriksaan HIV dilakukan wajib dengan adanya program Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak (PPIA), dan pemeriksaan darah lainnya seperti malaria, sifilis, HbsAg

9) Temu Wicara

Tenaga kesehatan memberikan penjelasan mengenai perawatan kehamilan, pencegahan kelaianan bawaan, persalinan dan Insisiasi Menyusu Dini (IMD), nifas, perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, Keluarga Berencana (KB), dan imunisasi pada bayi, serta

Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), tatalaksana pengambilan keputusan yang tepat dan cepat bila terjadi komplikasi selama kehamilan, persalinan, dan nifas. Penjelasan ini diberikan secara bertahap sesuai dengan masalah dan kebutuhan ibu.

10) Tatalaksana dan Pengobatan

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal dan hasil pemeriksaan laboratorium, bila ditemukan kelainan atau masalah pada ibu hamil maka harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dapat dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

j. Kehamilan Risiko *Tinggi*

1) Definisi

Kehamilan risiko tinggi adalah suatu kondisi kehamilan di mana ibu atau janin memiliki kemungkinan lebih besar untuk mengalami masalah kesehatan, komplikasi, atau kematian dibandingkan dengan kehamilan normal. Kondisi ini memerlukan pemantauan medis yang lebih intensif, penanganan khusus, dan manajemen yang kolaboratif oleh tenaga kesehatan untuk memastikan keselamatan ibu dan bayi.

2) Faktor Risiko Utama (Konsep 4T)

Di Indonesia, klasifikasi risiko tinggi sering merujuk pada konsep 4T, yaitu:

- a) Terlalu Muda: Kehamilan pada usia <20 tahun. Organ reproduksi yang belum matang secara optimal meningkatkan risiko perdarahan dan komplikasi persalinan.
- b) Terlalu Tua: Kehamilan pada usia >35 tahun. Risiko meningkat karena proses degeneratif, jalan lahir yang lebih kaku, dan potensi kelainan kromosom atau penyakit penyerta.
- c) Terlalu Dekat: Jarak kehamilan <2 tahun. Rahim belum pulih sepenuhnya dari kehamilan sebelumnya, yang dapat meningkatkan risiko komplikasi pada masa kehamilan berikutnya.

- d) Terlalu Banyak: Paritas (jumlah anak) >4 kali. Berisiko menyebabkan kelemahan dinding rahim dan komplikasi obstetrik lainnya.

3) Faktor Risiko Medis dan Obstetrik

Selain faktor 4T, kondisi klinis berikut juga dikategorikan sebagai kehamilan risiko tinggi berdasarkan studi terbaru:

- a) Penyakit Penyerta: Hipertensi dalam kehamilan (preeklampsia), diabetes melitus gestasional (GDM), penyakit jantung, dan infeksi (seperti TORCH).
- b) Riwayat Obstetri Buruk: Riwayat keguguran berulang, persalinan prematur sebelumnya, atau kematian janin dalam rahim (IUFD).
- c) Komplikasi Selama Kehamilan: Kehamilan ganda (gemeli), polihidramnion (kelebihan cairan ketuban), oligohidramnion (kekurangan cairan ketuban), serta perdarahan pada trimester ketiga.

4) Manajemen dan Pencegahan

Penanganan kehamilan risiko tinggi berfokus pada deteksi dini melalui:

- a) Pelayanan Antenatal Care (ANC): Kunjungan rutin minimal 6 kali selama kehamilan sesuai dengan standar Kemenkes RI untuk memantau kesehatan ibu dan janin.
- b) Intervensi Kolaboratif: Sinergi lintas profesi (bidan, dokter, apoteker, dan spesialis) dalam penatalaksanaan penyakit tidak menular (seperti anemia) selama kehamilan.
- c) Edukasi Tanda Bahaya: Peningkatan pengetahuan ibu dan keluarga mengenai tanda bahaya kehamilan (seperti sakit kepala hebat, penglihatan kabur, perdarahan pervaginam) untuk mempercepat pengambilan keputusan dalam mencari pertolongan medis.

3. Persalinan

a. Definisi

Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37–42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin. Persalinan merupakan suatu proses yang bersih dan aman, untuk mengurangi pencegahan komplikasi setelah bayi lahir sehingga mengurangi angka kesakitan dan kematian ibu serta bayi baru lahir yang menyangkut perubahan fisik, hormonal, dan emosional, yang mungkin akan sangat berbeda di antara individu wanita.¹⁷ Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu yang dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks, dan diakhiri dengan kelahiran plasenta.

b. Jenis-jenis

1) Persalinan Normal

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin.¹⁸ Persalinan normal dimulai dengan kala I persalinan yang didefinisikan sebagai pemulaan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks yang progresif, dan diakhiri dengan pembukaan lengkap (10 centimeter). Hal ini dikenal dengan pembukaan serviks. Persalinan normal disebut juga sebagai persalinan spontan, yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri dan melalui jalan lahir.¹⁹

2) Persalinan Buatan

Persalinan buatan adalah proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar, misalnya ekstraksi dengan forceps atau dilakukan operasi *section caesarea*.¹⁹

3) Persalinan Anjuran

Persalinan anjuran adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan misalnya pemberian pitocin dan prostaglandin.¹⁹

c. Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi.²⁰

Tujuan lain dari asuhan persalinan adalah:

- 1) Meningkatkan sikap positif terhadap keramahan dan keamanan dalam memberikan pelayanan persalinan normal dan penanganan awal penyulit beserta rujukannya.
- 2) Memberikan pengetahuan dan keterampilan pelayanan persalinan normal dan penanganan awal penyulit beserta rujukan yang berkualitas dan sesuai dengan prosedur standar.
- 3) Mengidentifikasi praktik-praktik terbaik bagi penatalaksanaan persalinan dan kelahiran:
 - a) Penolong yang terampil
 - b) Kesiapan menghadapi persalinan, kelahiran, dan kemungkinan komplikasinya
 - c) Partograf
 - d) Episotomi terbatas hanya atas indikasi
 - e) Mengidentifikasi tindakan-tindakan yang merugikan dengan maksud menghilangkan tindakan tersebut.

d. Etiologi

Beberapa teori yang menyebabkan mulainya persalinan adalah sebagai berikut:²¹

1) Penurunan Kadar Progesterone

Progesterone menimbulkan relaxasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen dalam

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

2) Teori Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar *hipofisis pars posterior*. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Di akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga oksitosin bertambah dan meningkatkan aktivitas otot-otot rahim yang memicu terjadinya kontraksi sehingga terdapat tanda-tanda persalinan.

3) Keregangan otot-otot

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Seperti halnya dengan Bladder dan Lambung, bila dindingnya teregang oleh isi yang bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot dan otot-otot rahim makin rentan. Contoh, pada kehamilan ganda sering terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu sehingga menimbulkan proses persalinan.

4) Pengaruh Janin

Hipofise dan kelenjar suprarenal janin rupa-rupanya juga memegang peranan karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasa, karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturasi janin, dan induksi (mulainya) persalinan.

5) Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2 atau E2 yang diberikan secara intravena, intra dan extra amnial menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap umur kehamilan. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat keluar. Prostaglandin dapat dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. Hal ini juga didukung dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun daerah perifer pada ibu hamil, sebelum melahirkan atau selama persalinan.

6) Teori Iritasi Mekanis

Pada area belakang serviks terletak ganglion servikalis (fleksus frankenhauser), bila ganglion ini digeser dan ditekan (misalnya oleh kepala janin), maka akan timbul kontraksi uterus.

e. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Tiga faktor utama yang menentukan prognosis persalinan adalah kekuatan (*power*), jalan lahir (*passage*), janin (*passanger*), dan ada dua faktor lain yang juga sangat berpengaruh terhadap keberhasilan asuhan persalinan yaitu faktor posisi dan psikologi.²²

1) Kekuatan (*power*)

Power adalah kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, dengan kerja sama yang baik dan sempurna.²⁰ Kekuatan terdiri dari kemampuan ibu melakukan kontraksi involunter dan volunteer secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi involunter disebut juga kekuatan primer, menandai dimulainya persalinan. Apabila serviks dilatasi, usaha volunteer

dimulai untuk mendorong, yang disebut kekuatan sekunder, dimana kekuatan ini memperbesar kekuatan kontraksi involunter.²⁰

2) Jalan lahir (*Passage*)

Jalan lahir terdiri atas panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relative kaku, oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai. Jalan lahir dibagi atas bagian keras yang terdiri dari tulang-tulang panggul dan bagian lunak yang terdiri dari uterus, otot dasar panggul dan perineum.¹⁷

3) Janin, Plasenta dan Air Ketuban (*Passanger*)

Passanger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, plasenta, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka ia dianggap juga sebagai bagian dari *passenger* yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal.

a) Janin

Hubungan janin dengan jalan lahir:

Sikap: Menunjukkan hubungan bagian-bagian janin satu sama lain. Biasanya tubuh janin berbentuk lonjong (*avoid*) kira-kira sesuai dengan kavum uterus.

Letak (situs): Menunjukkan hubungan sumbu janin dengan sumbu jalan lahir. Bila kedua sumbunya sejajar disebut letak memanjang, bila tegak lurus satu sama lain disebut letak melintang.

Presentasi dan bagian bawah: Presentasi menunjukkan bagian janin yang berada di bagian terbawah jalan lahir.

Posisi dan Penyebutnya: Posisi menunjukan hubungan bagian janin tertentu (penyebut, umpamanya ubun-ubun kecil, dagu atau

sacrum) dengan bagian kiri, kanan, depan, lintang (lateral) dan belakang dari jalan lahir.²³

b) Plasenta²⁰

Plasenta juga harus melalui jalan lahir, sehingga ia juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada persalinan normal. Dimana plasenta memiliki peranan berupa transport zat dari ibu ke janin, penghasil hormone yang berguna selama kehamilan, serta sebagai barrier. Melihat pentingnya peranan dari plasenta maka bila terjadi kelaianan pada plasenta akan menyebabkan kelaianan pada janin ataupun mengganggu proses persalinan.

c) Air ketuban

Merupakan elemen penting dalam proses persalinan. Air ketuban dapat dijadikan acuan dalam menentukan diagnosa kesejahteraan janin.²³

4) Posisi

Ganti posisi secara teratur kala II persalinaan karena dapat mempercepat kemajuan persalinan. Bantu ibu memperoleh posisi yang paling nyaman sesuai dengan keinginannya.

5) Psikologi ibu

Melibatkan psikologi ibu, emosi dan persiapan intelektual, pengalaman bayi sebelumnya, kebiasaan adat, dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.²⁴ Kehadiran pendamping pada saat persalinan dapat menimbulkan efek positif terhadap persalinan, dalam arti dapat menurunkan morbiditas, mengurangi rasa sakit, mempersingkat persalinan, dan menurunkan angka persalinan dengan operasi termasuk bedah besar. Selain itu, kehadiran pendamping perslinan dapat memberikan rasa nyaman, semangat, dukungan emosional, dan dapat membesarkan hati ibu.

6) Penolong persalinan

Penolong adalah dokter, bidan yang mengawasi ibu inpartu sebaik-baiknya dan melihat apakah semua persiapan untuk persalinan sudah dilakukan, memberikan obat atau melakukan tindakan hanya apabila ada indikasi untuk ibu maupun janin. Kehadiran penolong yang berkesinambungan dengan memelihara kontak mata seperlunya, memberi rasa nyaman, sentuhan pijatan dan dorongan verbal, pujian serta penjelasan mengenai apa yang terjadi dan beri berbagai informasi.

7) Pendamping persalinan

Pendamping persalinan merupakan faktor pendukung dalam lancarnya persalinan. Dorong dukungan berkesinambungan, harus ada seseorang yang menunggu setiap saat, memegang tangannya dan memberikan kenyamanan.

f. Persiapan Persalinan dan Kelahiran Bayi

1) Perlengkapan yang Harus Dipersiapkan :

Setelah kehamilan mencapai 28 minggu, persiapkanlah barang-barang untuk persalinan yang akan dibawa ke tempat bersalin yang sudah direncanakan sebelumnya dan masukkan kedalam satu tas khusus. Beberapa barang yang diperlukan untuk ibu :

- 1) Baju tidur yang nyaman dengan kancing dibagian depan sehingga mempermudah untuk menyusui bayi. Bawalah dalam jumlah yang cukup. Untuk persalinan normal biasanya 2 hari dan untuk persalinan operasi dibutuhkan 4-5 hari
- 2) Sandal untuk berjalan dan juga menjaga kaki untuk tetap hangat, pakaian dalam secukupnya, pembalut wanita khusus
- 3) untuk ibu bersalin, gurita atau korset untuk ibu baru bersalin, dan handuk dan peralatan mandi lainnya
- 4) Beberapa barang yang diperlukan untuk bayi (terutama digunakan ketika hendak pulang dari rumah sakit atau klinik bersalin) yaitu,

popok, baju bayi, selimut atau bedong, kaos kaki dan tangan, dan gendongan.⁴

2) Persiapan Dana

Persalinan normal umumnya membutuhkan biaya yang relatif ringan. Namun, bila persalinan diperkirakan harus dilakukan dengan tindakan operasi, maka persiapan dana yang lumayan besar harus segera dilakukan. Untuk mengetahui apakah nanti akan dilakukan sesar, pasangan harus berkonsultasi ke dokter.

g. Lima Benang Merah Dalam Asuhan Persalinan Normal:²⁵

Ada lima aspek atau lima benang merah, yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan normal yang bersih dan aman, termasuk inisiasi menyusui dini dan beberapa hal wajib yang dilaksanakan bidan yaitu:

1) Aspek pengambilan Keputusan

Membuat keputusan klinik adalah proses pemecahan masalah yang digunakan untuk merencanakan asuhan bagi ibu dan bayi baru lahir. Hal ini merupakan proses sistematis dalam mengumpulkan data, mengidentifikasi masalah, membuat diagnosis kerja atau membuat rencana tindakan yang sesuai dengan diagnosis, melaksanakan rencana tindakan dan akhirnya mengevaluasi hasil asuhan atau tindakan yang telah diberikan kepada ibu dan bayi baru lahir.

2) Asuhan sayang ibu dan bayi

Asuhan sayang ibu dan bayi adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan, dan keinginan sang ibu. Tujuan asuhan sayang ibu dan bayi adalah memberikan rasa nyaman pada ibu dalam proses persalinan dan pada pasca persalinan. Salah satu prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga untuk memberikan dukungan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Asuhan tersebut bisa mengurangi jumlah persalinan dengan tindakan.

3) Pencegahan infeksi

a) Pencegahan infeksi pada asuhan persalinan normal

Hal-hal yang harus dilaksanakan dalam pertolongan persalinan adalah pedoman pencegahan infeksi yang terdiri dari cuci tangan, memakai sarung tangan, perlindungan diri, penggunaan antiseptic dan desinfektan, pemrosesan alat (dekontaminasi, cuci bilas, desinfeksi tingkat tinggi atau sterilisasi), penanganan peralatan tajam, pembuangan sampah harus dikelola dengan benar, dan kebersihan lingkungan.

b) Persiapan tempat persalinan

Mempersiapkan ruangan yang hangat, bersih dan nyaman, terdapat sumber air bersih dan mengalir, tersedianya penerangan yang baik, mengatur kebersihan dan kerapian dengan cara pastikan selalu tersedianya satu ember berisi larutan klorin 0,5 % yang belum terpakai, segera bersihkan percikan darah dengan larutan klorin 0,5%, bersihkan lantai, alat, tempat, meja dengan larutan klorin 0,5 %.

c) Persiapan alat

Troli persalinan siap pakai

Perlengkapan pencegahan infeksi

d) Persiapan penolong

Persiapan yang perlu di persiapkan penolong diantaranya, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, memakai alat pelindung diri, menggunakan teknik antisepti memproses alat bekas pakai, menangani peralatan benda tajam dengan aman, menjaga kebersihan dan sanitasi lingkungan.

e) Persiapan ibu

Ibu dalam keadaan bersih dan nyaman, mempersiapkan pendamping ibu dalam persalinan, memilih tempat persalinan, memilih penolong persalinan yang terlatih, mempersiapkan biaya persalinan, mempersiapkan keperluan ibu dan bayi.

4) Pencatatan SOAP dan Partograf

Pendokumentasian adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik dalam memberikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi pendokumentasian dengan SOAP. Partograf merupakan alat bantu untuk membuat keputusan klinik, memantau, mengevaluasi dan menatalaksana persalinan. Partograf dapat dipakai untuk memberikan peringatan awal bahwa suatu persalinan berlangsung lama, adanya gawat ibu dan janin, serta perlunya rujukan. Waktu yang tepat untuk pengisian partograf adalah saat proses persalinan telah berada dalam kala I fase aktif yaitu saat pembukaan serviks dari 4 sampai 10 cm dan berakhir pada pemantauan kala IV.

Partograf dikatakan sebagai data yang lengkap bila seluruh informasi ibu, kondisi janin, kemajuan persalinan, waktu dan jam, kontraksi uterus, kondisi ibu, obat-obatan yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dicatat secara rinci sesuai cara pencatatan partogra. Pencatatan dimulai saat fase aktif yaitu pembukaan serviks 4 cm dan berakhir titik dimana pembukaan lengkap. Pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan adalah 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada. Kondisi ibu dan janin dinilai dan dicatat dengan cara:

a) Denyut jantung janin : setiap 30 menit.

Nilai dan catat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika terdapat tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak menunjukkan waktu 30 menit. Kisaran normal DJJ tertera diantara garis tebal angka 180 dan 100. Bidan harus waspada jika DJJ mengarah di bawah 120 per menit (bradikardi) atau diatas 160 permenit (tachikardi). Beri tanda ‘•’ (tanda titik) pada

kisaran angka 180 dan 100. Hubungkan satu titik dengan titik yang lainnya

- b) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus : setiap 30 menit.
- c) Nadi : setiap 30 menit.
- d) Pembukaan serviks : setiap 4 jam.
- e) Penurunan bagian terbawah janin : setiap 4 jam.
- f) Tekanan darah dan temperatur tubuh : setiap 4 jam30
- g) Produksi urin (2 – 4 Jam), aseton dan protein : sekali

5) Rujukan

Sistem rujukan adalah suatu sistem pelayanan kesehatan di mana terjadi pelimpahan tugas dan tanggung jawab timbale balik atas kasus atau masalah kesehatan yang timbul secara horizontal maupun vertical, baik untuk kegiatan pengiriman penderita, pendidikan, maupun penelitian.

Rujukan dapat dikelompokkan menjadi 2 macam yaitu sebagai berikut:

a) Rujukan Terencana

Rujukan terencana yaitu menyiapkan dan merencanakan rujukan ke rumah sakit jauh-jauh hari bagi ibu resiko tinggi/resti. Ada 2 macam rujukan terencana yaitu sebagai berikut :

- b) Rujukan Dini Berencana (RDB) untuk ibu dengan Ada Potensi Gawat Obstetric (APGO) dan Ada Gawat Obstetri (AGO) ibu resiko tinggi masih sehat belum inpartu, belum ada komplikasi persalinan, ibu berjalan sendiri dengan suami, ke RS naik kendaraan umum dengan tenang, santai, mudah, murah, tidak membutuhkan alat ataupun obat.
- c) Rujukan dalam Rahim (RDR) atau Rujukan In Utero bagi janin ada masalah, janin resiko tinggi masih sehat misalnya kehamilan dengan riwayat obstetrik jelek pada ibu diabetes mellitus, partus prematurus iminens. Bagi janin, selama pengiriman rahim ibu merupakan alat transportasi dan incubator alami yang nyaman,

aman, hangat, steril, murah, mudah, memberi nutrisi, dan oksigen, tetap pada hubungan fisik dan psikis dalam lindungan ibunya.

d) Rujukan Tepat Waktu

Rujukan Tepat Waktu (RTW) untuk ibu dengan gawat darurat obstetrik, perdarahan antepartum dan preeklamsia berat/eklamsia dan ibu dengan komplikasi persalinan dini yang dapat terjadi pada semua ibu hamil.

h. Tanda dan Gejala Persalinan

1) Tanda-tanda persalinan sudah dekat

Sebelum terjadi persalinan, beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki “bulannya” atau “minggunya” atau “harinya” yang di sebut dengan kala pendahuluan. Ini memberikan tanda-tanda sebagai berikut:²¹

a) Lightening

Lightening yang mulai dirasa kira-kira dua minggu sebelum persalinan, adalah penurunan bagian presentasi janin kedalam pelvis minor.²⁶ Pada minggu ke 36 pada primigravida terjadi penurunan fundus karena kepala bayi sudah memasuki pintu atas panggul yang disebabkan oleh: Kontraksi *braxton hicks*, ketegangan otot, ketegangan ligamentum rotundum dan gaya berat janin kepala kearah bawah.²¹

b) Terjadinya his permulaan

Makin tua usia kehamilan pengeluaran progesterone dan estrogen semakin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi, yang lebih sering yang disebut his palsu, sifat his palsu yaitu rasa nyeri ringan dibagian bawah, datangnya tidak teratur, tidak ada perubahan serviks, durasinya pendek, tidak bertambah jika beraktivitas.²⁷

2) Tanda-tanda persalinan²¹

a) Timbulnya kontraksi uterus

Timbulnya his persalinan dengan sifat-sifat sebagai berikut: Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan, pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin lama makin pendek dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan serviks, makin beraktifitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi, kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit), kontraksi yang terjadi dapat menyebabkan pendataran, penipisan dan pembukaan serviks.²¹

b) Penipisan dan pembukaan serviks

Penipisan dan pembukaan serviks ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula.²⁷ Pada akhir bulan ke-IX hasil pemeriksaan serviks menunjukkan bahwa serviks yang tadinya tertutup, panjang dan kurang lunak, kemudian menjadi lebih lembut, dan beberapa menunjukkan telah terjadi pembukaan dan penipisan. Perubahan ini berbeda untuk masing-masing ibu, misalnya pada multipara sudah terjadi pembukaan 2 cm namun pada primipara sebagian besar masih dalam keadaan tertutup.

c) *Bloody show* (lendir disertai darah dari jalan lahir)

Plak lender disekresi serviks sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Plak ini menjadi sawar pelindung dan menutup jalan lahir selama kehamilan. Pengeluaran plak inilah yang dimaksud sebagai *bloody show*. *Bloody show* paling sering terlihat sebagai rabas lendir bercampur darah yang lengket dan harus dibedakan dengan cermat dari perdarahan murni. *Bloody show* merupakan tanda persalinan yang akan terjadi, biasanya dalam 24 sampai 48 jam. 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.²⁸

d) *Ketuban Pecah*

Pada kondisi normal, ketuban pecah pada akhir kala I persalinan. Apabila terjadi sebelum awitan persalian (sebelum umur kehamilan 37 minggu) dan terjadi saat sudah memasuki waktunya tetapi dalam 24 jam tidak terjadi persalinan, keadaan tersebut adalah ketuban pecah dini (KPD). Kurang lebih 80% wanita yang mendekati usia kehamilan cukup bulan dan mengalami KPD mulai mengalami persalinan spontan mereka dalam waktu 24 jam.²⁹

i. Tahapan Persalinan

1) Kala I

Persalinan kala I meliputi fase pembukaan 1-10 cm, yang di tandai dengan penipisan dan pembukaan *serviks*, kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan *serviks* (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit), cairan lendir bercampur darah (*show*) melalui vagina. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler serta *kanalis servikalis* karena pergeseran *serviks* mendatar dan terbuka.²⁷

Kala I dibagi atas 2 fase yaitu:

- a) Fase laten, dimana pembukaan *serviks* berlangsung lambat, dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai 3 cm, berlangsung dalam 7-8 jam. Hal yang perlu dicatat di lembar observasi pada kala I fase laten, yaitu: denyut jantung janin (DJJ) diperiksa setiap 1 jam, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus diperiksa setiap 1 jam, nadi diperiksa setiap 30-60 menit, suhu tubuh diperiksa setiap 4 jam, tekanan darah diperiksa setiap 4 jam, pembukaan serviks dan penurunan kepala diperiksa setiap 4 jam sekali.

- b) Fase aktif (pembukaan *serviks* 4-10 cm), pada fase aktif frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/ memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan bagian terbawah janin. Dari pembukaan 4 hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata per jam (*primipara*) atau lebih 1 cm hingga 2 cm (*multipara*).²⁷ Fase aktif berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase, yaitu:³⁰
 - c) Periode akselerasi: berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
 - d) Periode dilatasi maksimal: berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
 - e) Periode deselerasi: berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan jadi 10 cm atau lengkap.

2) Kala II

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi. Tanda dan gejala kala II yaitu: his semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50-100 detik, menjelang akhir kala I ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.²⁹ Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan/ atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka.¹⁷ Pada waktu his kepala janin mulai terlihat, vulva membuka dan perineum meregang. Dengan his mengedan yang dipimpin akan lahirlah kepala dengan diikuti seluruh badan janin. Kala II pada primi 1½ – 2 jam, pada multi ½ – 1 jam. Pada saat kala II, pendamping persalinan harus menjaga kenyamanan ibu, memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan ibu,

mengatur posisi sesuai kenyamanan ibu, menjaga kandung kemih tetap kosong, memberikan minum yang cukup, memimpin persalinan, memantau DJJ, melahirkan bayi, merangsang bayi.

3) Kala III

Kala III dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Partus kala III disebut juga kala uri. Seluruh prosesnya biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir.¹⁷ Kala III merupakan periode waktu dimana penyusutan volume rongga uterus setelah kelahiran bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlengketan plasenta. Setelah bayi lahir kontraksi rahim istirahat sebentar. Uterus terasa keras dengan fundus uterus setinggi pusat, dan berisi plasenta yang menjadi tebal 2 kali sebelumnya. Beberapa saat kemudian timbul his pelepasan dan pengeluaran uri. Dalam waktu 5-10 menit plasenta terlepas, terdorong ke dalam vagina akan lahir spontan atau sedikit dorongan dari atas simfisis atau fundus uteri.²¹

Penatalaksanaan kala III yaitu dengan manajemen aktif kala III. Manajemen aktif kala III berupa jepit potong tali pusat sedini mungkin, pemberian oksitosin 10 IU sesegera mungkin dengan mengecek janin tunggal, melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT) dan masase fundus setelah plasenta lahir.

4) Kala IV

Dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu. Paling kritis karena proses perdarahan yang berlangsung. Masa 1 jam setelah plasenta lahir. Pemantauan 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran plasenta, 30 menit pada jam kedua setelah persalinan, jika kondisi ibu tidak stabil, perlu dipantau lebih sering. Observasi intensif karena perdarahan yang terjadi pada masa ini. Observasi yang dilakukan yaitu :tingkat kesadaran penderita, pemeriksaan tanda vital, kontraksi uterus, perdarahan, dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc.²¹

Asuhan dan pemantauan pada kala IV:³¹

- a) Kesadaran ibu, mencerminkan kebahagiaan karena tugasnya untuk mengeluarkan bayi telah selesai.
- b) Pemeriksaan yang dilakukan: tekanan darah, nadi, dan pernapasan dan suhu; kontraksi rahim yang keras; perdarahan yang mungkin terjadi dari plasenta rest, luka episiotomi, perlukaan pada serviks; kandung kemih dikosongkan karena dapat mengganggu kontraksi rahim.
- c) Bayi yang telah dibersihkan diletakkan disamping ibunya agar dapat memulai pemberian ASI.
- d) Observasi dilakukan selama 2 jam dengan interval pemeriksaan setiap jam.

j. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan normal adalah gerakan janin menyesuaikan ukuran dirinya dengan ukuran panggul ibu saat kepala melawati panggul yang meliputi gerakan:

1) Engagement

Peristiwa ketika diameter biparietal melewati pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang/oblig di dalam jalan lahir dan sedikit fleksi. penurunan dimulai sebelum inpartu. Penurunan kepala terjadi bersamaan dengan mekanisme lainnya. Kekuatan yang mendukung antara lain tekanan cairan amnion, tekanan langsung fundus pada bokong janin, dan kontraksi otot abdomen.

2) Fleksi

Pada permulaan persalinan kepala janin biasanya berada dalam sikap fleksi. Dengan adanya his dan tahanan dari dasar panggul yang makin besar, maka kepala janin makin turun dan semakin fleksi sehingga dagu janin menekan pada dada dan belakang kepala (oksiput) menjadi bagian bawah. Keadaan ini dinamakan fleksi maksimal. Dengan fleksi maksimal kepala janin dapat menyesuaikan diri dengan ukuran panggul ibu.

3) Rotasi dalam atau putaran paksi dalam

Makin turunnya kepala janin dalam jalan lahir, kepala janin akan berputar sedemikian rupa sehingga diameter terpanjang rongga panggul atau diameter antero posretior kepala janin akan bersesuaian dengan diameter terkecil antero postero pintu bawah panggul. Hal ini karena kepala janin bergerak spiral sewaktu turun dalam jalan lahir. Bahu tidak berputar bersama-sama dengan kepala akan membentuk sudut 45 derajat. Keadaan demikian disebut putaran paksi dalam dan ubun-ubun kecil berada dibawah simpisis.

4) Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai didasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir dari pintu bawah panggul mengarah ke depan dan ke atas.

5) Rotasi luar/putaran paksi luar

Setelah ekstensi kemudian diikuti dengan putaran paksi luar yang pada hakikatnya kepala janin menyesuaikan kembali dengan sumbu panjang bahu, sehingga sumbu panjang bahu dengan sumbu kepala janin berada pada satu garis lurus.

6) Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai di bawah simpisis dan menjadi sumbu putar untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu belakang menyusul dan selanjutnya seluruh tubuh bayi lahir searah dengan paksi jalan lahir.³²

k. Penatalaksanaan

1) Asuhan Persalinan Kala I

a) Dukungan emosional

Dukungan serta anjurkan suami dan anggota keluarga mendampingi ibu selama persalinan dan minta untuk berperan aktif dalam mendukung dan mengenali berbagai upaya yang mungkin sangat membantu kenyamanan ibu.

b) Mengatur posisi nyaman

Anjurkan ibu untuk mencoba posisi-posisi yang nyaman selama persalinan dan melahirkan bayi dan anjurkan suami atau keluarga untuk mendampingi, seperti berjalan, berdiri, duduk, jongkok, berbaring miring, merangkak. Beri tahu ibu untuk tidak berbaring telentang lebih 10 menit (posisi ini dapat menimbulkan tekanan uterus dan isinya menekan vena cava inferior yang berakibat turunnya aliran darah dari sirkulasi ibu ke plasenta dan menyebabkan hipoksia).

c) Memberikan cairan dan nutrisi

Anjurkan ibu mendapatkan asupan (makanan ringan dan minum) selama persalinan dan kelahiran bayi, karena hal ini akan memberikan banyak energi dan mencegah dehidrasi.

d) Monitoring kemajuan persalinan

Monitoring kemajuan persalinan kala I dilakukan dengan lembar observasi untuk fase laten, sedangkan untuk fase aktif menggunakan partograf. Yang perlu dilakukan pencatatannya adalah:

DJJ, Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus, Nadi setiap 30 menit.

Pembukaan servik, penurunan bagian terbawah janin, Tekanan Darah setiap 4 jam.

Produksi urin, aseton dan protein setiap 2 sampai 4 jam.

Persiapan Pertolongan (jika sudah masuk fase aktif)

2) Asuhan persalinan kala II

- a) Mengenali tanda gejala kala II seperti: Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran (doran), tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina (teknus), Perineum tampak menonjol (perjol), Vulva dan singter ani membuka (vulka).

b) Menyiapkan pertolongan persalinan

Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksanakan komplikasi ibu dan BBL.

Pakai celemek plastik

Mencuci tangan (sekitar 15 detik) dan keringkan dengan *tissue*/handuk.

Pakai sarung tangan DDT pada tangan yang digunakan untuk periksa dalam

Masukkan oksitosin kedalam *sput* (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT/steril, pastikan tidak terjadi kontaminasi pada *sput*).

c) Memastikan Pembukaan Lengkap dan Keadaan Janin Baik

Membersihkan *vulva* dan *perineum*, mengusapnya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas DTT.

Lakukan pemeriksaan dalam (PD) untuk memastikan pembukaan lengkap (bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap, lakukan *amniotomi*).

Periksa DJJ setelah kontraksi/saat relaksasi *uterus* bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 kali/menit).

d) Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk Membantu Proses Meneran

Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran (Bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu keposisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran

Memberikan dukungan dan semangat kepada ibu

Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai; Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit meneran (primigravida) atau 60 menit meneran (multigravida).

e) Membantu Pertolongan Kelahiran Bayi

Jika kepala bayi telah terlihat di vulva 5-6 cm letakkan handuk bersih di atas perut dan letakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu. Membantu melahirkan kepala dan badan bayi sesuai dengan langkah APN Saat kepala bayi membuka 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Mengajarkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir

Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi: Jika lilitan melintir leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi Jika lilitan melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya

Menunggu hingga bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan. Setelah kepala melakukan paksi luar, tempatkan dua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Mengajarkan bayi untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul dibawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.

Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada dibawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut.

Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

Setelah tubuh dan lengan lahir, menelusurkan yang ada di atas dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran bayi

Setelah bayi lahir, lakukan pemotongan tali pusat dan melakukan pertolongan bayi baru lahir. Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai

Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI (IMD).

3) Asuhan Persalinan Kala III

- a) Pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir
- b) Melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT), dengan langkah berikut ini.

Pindahkan klem pada tali pusat sekitar 5-10 cm dari vulva, satu tangan ditempatkan di abdomen ibu untuk mendeteksi kontraksi dan tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat. Bila uterus berkontraksi maka tegangkan tali pusat ke arah bawah, lakukan tekanan dorso-kranial hingga tali pusat makin menjulur dan korpus uteri bergerak ke atas menandakan plasenta telah lepas dan dapat dilahirkan.

Setelah plasenta lepas anjurkan ibu untuk meneran agar plasenta terdorong keluar melalui introitus vagina.

Lahirkan plasenta dengan mengangkat tali pusat ke atas dan menopang plasenta dengan tangan lainnya untuk meletakkan dalam wadah penampung.

Pegang plasenta dengan kedua tangan dan secara lembut putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin menjadi satu.

Lakukan penarikan dengan lembut dan perlahan-lahan untuk melahirkan selaput ketuban.

Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit :

Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit IM

Menilai kandung kemih dan dilakukan kateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu

Meminta keluarga untuk menyiapkan rujuk

Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya

Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi

- c) Melakukan massase fundus uteri, dengan meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan massase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras) untuk mencegah perdarahan.

- d) Menilai perdarahan

Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus.

Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai.

Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif dengan anestesi lokal lidocain 1 %.

4) Asuhan Persalinan Kala IV

Melakukan pemantauan tekanan darah, nadi, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan 30 menit pada 1 jam kedua. Tujuan dari pemantauan ini adalah untuk memastikan ibu dan bayi berada dalam kondisi stabil serta mendeteksi dini komplikasi pasca bersalin dan mengambil tindakan yang tepat untuk melakukan stabilisasi.

5) Melakukan Dokumentasi dan melengkapi patograf

4. Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Bayi baru lahir (Neonatus) menurut Marmi (2012) bahwa adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstrauterine) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik.³³

Bayi baru lahir atau neonatus adalah masa kehidupan neonatus pertama di luar rahim sampai dengan usia 28 hari dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim menjadi di luar rahim. Pada masa ini terjadi pematangan organ hampir di semua sistem.³⁴

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram.³⁵

b. Klasifikasi

Bayi baru lahir atau neonatus di bagi dalam beberapa kasifikasi yaitu :³⁶

1) Neonatus menurut masa gestasinya

- a) Kurang bulan (*preterm infant*): < 259 hari (37 minggu)
- b) Cukup bulan (*term infant*): 259-294 hari (37-42 minggu)
- c) Lebih bulan (*postterm infant*): > 294 hari (42 minggu atau lebih)

2) Neonatus menurut berat badan lahir

- a) Berat lahir rendah: < 2500 gram
- b) Berat lahir cukup: 2500-4000 gram

- c) Berat lahir lebih: > 4000 gram
- 3) Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan)
 - a) Neonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
 - b) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)
- c. Karakteristik Bayi Baru Lahir

Ciri-ciri bayi baru lahir normal adalah lahir aterm antara 37 – 42 minggu, berat badan 2500 – 4000 gram, panjang lahir 48 – 52 cm. lingkar dada 30 – 38 cm, lingkar kepala 33 – 35 cm, lingkar lengan 11 – 12 cm, frekuensi denyut jantung 120 – 160 kali/menit, kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup, rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai APGAR >7, gerakan aktif, bayi langsung menangis kuat, genetalia pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang sedangkan genetalia pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uterus yang berlubang labia mayora menutup labia minora, refleks *rooting* (mencari puting susu) terbentuk dengan baik, refleks *sucking* sudah terbentuk dengan baik, refleks *grasping* sudah baik, eliminasi baik, urin dan mekonium keluar dalam 24 jam pertama berwarna hitam kecoklatan.³⁵

d. Penatalaksanaan

Semua bayi diperiksa segera setelah lahir untuk mengetahui apakah transisi dari kehidupan intrauterine ke ekstrauterine berjalan dengan lancar dan tidak ada kelainan. Pemeriksaan medis komprehensif dilakukan dalam 24 jam pertama kehidupan. Pemeriksaan rutin pada bayi baru lahir harus dilakukan, tujuannya untuk mendeteksi kelainan atau anomali kongenital yang muncul pada setiap kelahiran dalam 10-20 per 1000 kelahiran, pengelolaan lebih lanjut dari setiap kelainan yang terdeteksi pada saat antenatal, mempertimbangkan masalah potensial terkait riwayat kehamilan ibu dan kelainan yang diturunkan, dan

memberikan promosi kesehatan, terutama pencegahan terhadap sudden infant death syndrome (SIDS).³⁷ Tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir adalah untuk membersihkan jalan napas, memotong dan merawat tali pusat, mempertahankan suhu tubuh bayi, identifikasi, dan pencegahan infeksi. Asuhan bayi baru lahir meliputi:

- 1) Pencegahan Infeksi (PI)
- 2) Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi Untuk menilai apakah bayi mengalami asfiksia atau tidak dilakukan penilaian sepiantas setelah seluruh tubuh bayi lahir dengan tiga pertanyaan:
 - a) Apakah kehamilan cukup bulan?
 - b) Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?
 - c) Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

Jika ada jawaban “tidak” kemungkinan bayi mengalami asfiksia sehingga harus segera dilakukan resusitasi. Penghisapan lendir pada jalan napas bayi tidak dilakukan secara rutin.³⁸

- 3) Pemotongan dan perawatan tali pusat

Setelah penilaian sepiantas dan tidak ada tanda asfiksia pada bayi, dilakukan manajemen bayi baru lahir normal dengan mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, kemudian bayi diletakkan di atas dada atau perut ibu. Setelah pemberian oksitosin pada ibu, lakukan pemotongan tali pusat dengan satu tangan melindungi perut bayi.

Perawatan tali pusat adalah dengan tidak membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apa pun pada tali pusat. Perawatan rutin untuk tali pusat adalah selalu cuci tangan sebelum memegangnya, menjaga tali pusat tetap kering dan terpapar udara, membersihkan dengan air, menghindari dengan alkohol karena menghambat pelepasan tali pusat, dan melipat popok di bawah umbilicus.³⁷

4) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusui. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusui pertama biasanya berlangsung pada menit ke- 45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusui dari satu payudara.³⁸

Jika bayi belum menemukan puting ibu dalam waktu 1 jam, posisikan bayi lebih dekat dengan puting ibu dan biarkan kontak kulit dengan kulit selama 30-60 menit berikutnya. Jika bayi masih belum melakukan IMD dalam waktu 2 jam, lanjutkan asuhan perawatan neonatal esensial lainnya (menimbang, pemberian vitamin K, salep mata, serta pemberian gelang pengenalan) kemudian dikembalikan lagi kepada ibu untuk belajar menyusui.

Bayi baru lahir mempertahankan suhu dan menghasilkan panas melalui termogulasi tanpa menggigil, begitu sebaliknya panas pada terjadi orang dewasa. Bayi baru lahir mengalami perubahan biologis selama hari pertama kelahiran, akan tetapi kesehatannya tergantung pada perawatan yang diterimanya. Kulit ibu bersalin berfungsi sebagai incubator, karena lebih hangat dari pada kulit ibu yang tidak bersalin. Secara otomatis dapat mempengaruhi suhu bayi baru lahir yang rentan mengalami kehilangan panas. Ini artinya, dengan inisiasi menyusui dini dapat mengurangi resiko kehilangan panas pada bayi baru lahir yang bisa menimbulkan kematian. Bayi baru lahir yang mengalami Hipotermi biasanya terjadi akibat paparan kulit pada udara atau larutan dingin. Hipotermia biasanya menyebabkan peningkatan frekuensi jantung dan pernafasan serta penurunan kadar glukosa.

- 5) Pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama 6 jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi.

- 6) Pemberian salep mata/tetes mata

Pemberian salep atau tetes mata diberikan untuk pencegahan infeksi mata. Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika profilaksis (tetrasiklin 1%, oxytetrasiklin 1% atau 11 antibiotika lain). Pemberian salep atau tetes mata harus tepat 1 jam setelah kelahiran. Upaya pencegahan infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari 1 jam setelah kelahiran

- 7) Pencegahan perdarahan melalui penyuntikan vitamin K1 dosis tunggal di paha kiri

Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (Phytomenadione) 1 mg intramuskuler di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir. Pemberian vitamin K sebagai profilaksis melawan *hemorrhagic disease of the newborn* dapat diberikan dalam suntikan yang memberikan pencegahan lebih terpercaya, atau secara oral yang membutuhkan beberapa dosis untuk mengatasi absorpsi yang bervariasi dan proteksi yang kurang pasti pada bayi.³⁷ Vitamin K dapat diberikan dalam waktu 6 jam setelah lahir

- 8) Pemberian imunisasi Hepatitis B (HB 0) dosis tunggal di paha kanan
Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam di paha kanan setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan Hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati.

- 9) Pemeriksaan Bayi Baru Lahir (BBL)

Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi. Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan dianjurkan tetap berada di fasilitas tersebut selama 24 jam karena risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan. saat

kunjungan tindak lanjut (KN) yaitu 1 kali pada umur 1-3 hari, 1 kali pada umur 4-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari.

10) Pemberian ASI eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berusia 0-6 bulan dan jika memungkinkan dilanjutkan dengan pemberian ASI dan makanan pendamping sampai usia 2 tahun. Pemberian ASI eksklusif mempunyai dasar hukum yang diatur dalam SK Menkes Nomor 450/Menkes/SK/IV/2004 tentang pemberian ASI Eksklusif pada bayi 0-6 bulan. Setiap bayi mempunyai hak untuk dipenuhi kebutuhan dasarnya seperti Inisiasi Menyusu Dini (IMD), ASI Eksklusif, dan imunisasi serta pengamanan dan perlindungan bayi baru lahir dari upaya penculikan dan perdagangan bayi.

5. Konsep Dasar Masa Nifas

a. Definisi Masa Nifas

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil. (1) Periode postpartum adalah masa enam minggu sejak bayi lahir sampai organ-organ reproduksi kembali ke keadaan normal sebelum hamil. Periode ini kadang-kadang disebut juga *puerperium* atau trimester keempat kehamilan. (2) Lama masa nifas yaitu 6-8 minggu. Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu

b. Tahapan Masa Nifas

Tahapan masa nifas dibedakan menjadi beberapa jenis antara lain sebagai berikut:

1) Puerperium Dini

Yaitu kepulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan serta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal lainnya.

2) Puerperium Intermediate

Yaitu suatu kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

3) Remote Puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi

c. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1) Perubahan Sistem Reproduksi

Tubuh ibu berubah setelah persalian, rahimnya mengecil, serviks menutup, vagina kembali ke ukuran normal dan payudaranya mengeluarkan ASI. Masa nifas berlangsung selama 6 minggu. Dalam masa itu, tubuh ibu kembali ke ukuran sebelum melahirkan. Untuk menilai keadaan ibu, perlu dipahami perubahan yang normal terjadi pada masa nifas ini.

a) Involusi Rahim

Setelah placenta lahir, uterus merupakan alat yang keras karena kontraksi dan retraksi otot – ototnya. Fundus uteri $\pm$ 3 jari bawah pusat. Selama 2 hari berikutnya, besarnya tidak seberapa berkurang tetapi sesudah 2 hari, uterus akan mengecil dengan cepat, pada hari ke – 10 tidak teraba lagi dari luar. Setelah 6 minggu ukurannya kembali ke keadaan sebelum hamil. Pada ibu yang telah mempunyai anak biasanya uterusnya sedikit lebih besar daripada ibu yang belum pernah mempunyai anak. Involusi terjadi karena masing – masing sel menjadi lebih kecil, karena sitoplasma nya yang berlebihan dibuang, involusi disebabkan oleh proses autolysis, dimana zat protein dinding rahim dipecah, diabsorbsi dan kemudian dibuang melalui air kencing, sehingga kadar nitrogen dalam air kencing sangat tinggi.

Tabel 1. Proses involusi uterus

Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram
7 hari (minggu 1)	Pertengahan pusat-simpisis	500 gram
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350 gram
6 minggu	Normal	60 gram

b) Involusi tempat plasenta

Setelah persalinan, tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata dan kira – kira sebesar telapak tangan. Dengan cepat luka ini mengecil, pada akhir minggu kedua hanya sebesar 3 – 4 cm dan pada akhir masa nifas 1 -2 cm.

c) Perubahan pembuluh darah Rahim

Dalam kehamilan, uterus mempunyai banyak pembuluh-pembuluh darah yang besar, tetapi karena setelah persalinan tidak diperlukan lagi peredaran darah yang banyak, maka arteri harus mengecil lagi dalam nifas.(1)

d) Perubahan pada serviks dan vagina

Beberapa hari setelah persalinan, ostium extemum dapat dilalui oleh 2 jari, pinggir-pinggirnya tidak rata tetapi retak-retak karena robekan persalinan, Pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui oleh satu jari saja, dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian dari canalis cervikalis.(1)

e) Perubahan pada cairan vagina (lochia)

Dari cavum uteri keluar cairan secret disebut Lochia. Jenis Lochia yakni:

Lochia Rubra (*Cruenta*) : ini berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban , sel-sel desidua (desidua, yakni selaput lendir Rahim dalam keadaan hamil), verniks caseosa (yakni palit bayi, zat seperti salep terdiri atas palit atau semacam noda dan sel-sel

epitel, yang menyelimuti kulit janin) lanugo, (yakni bulu halus pada anak yang baru lahir), dan meconium (yakni isi usus janin cukup bulan yang terdiri dari atas getah kelenjar usus dan air ketuban, berwarna hijau kehitaman), selama 2 hari pasca persalinan.

Lochia Sanguinolenta : Warnanya merah kuning berisi darah dan lendir. Ini terjadi pada hari ke 3-7 pasca persalinan.

Lochia Serosa : Berwarna kuning dan cairan ini tidak berdarah lagi pada hari ke 7-14 pasca persalinan.

Lochia Alba : Cairan putih yang terjadinya pada hari setelah 2 minggu.

d. Perubahan Sistem Pencernaan

Dinding abdominal menjadi lunak setelah proses persalinan karena perut yang meregang selama kehamilan. Ibu nifas akan mengalami beberapa derajat tingkat diastatis recti, yaitu terpisahnya dua parallel otot abdomen, kondisi ini akibat peregangan otot abdomen selama kehamilan. Tingkat keparahan diastatis recti bergantung pada kondisi umum wanita dan tonus ototnya, apakah ibu berlatih kontinyu untuk mendapat kembali kesamaan otot abdominalnya atau tidak. Pada saat postpartum nafsu makan ibu bertambah. Ibu dapat mengalami obstipasi karena waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan, pengeluaran cairan yg berlebih, kurang makan, haemoroid, laserasi jalan lahir, pembengkakan perineal yg disebabkan episiotomi. Supaya buang air besar kembali normal, dapat diatasi dengan diet tinggi serat, peningkatan asupan cairan, dan ambulasi awal. Bila tidak berhasil, dalam 2-3 hari dapat diberikan obat laksansia.

e. Perubahan Sistem Perkemihan

Kandung kencing dalam masa nifas kurang sensitif dan kapasitasnya akan bertambah, mencapai 3000 ml per hari pada 2 – 5 hari post partum. Hal ini akan mengakibatkan kandung kencing penuh. Sisa urine dan trauma pada dinding kandung kencing waktu persalinan memudahkan

terjadinya infeksi. Lebih kurang 30 – 60 % wanita mengalami inkontinensial urine selama periode post partum. Bisa trauma akibat kehamilan dan persalinan, Efek Anestesi dapat meningkatkan rasa penuh pada kandung kemih, dan nyeri perineum terasa lebih lama, Dengan mobilisasi dini bisa mengurangi hal diatas. Dilatasi ureter dan pyelum, normal kembali pada akhir postpartum minggu ke empat. Sekitar 40% wanita postpartum akan mempunyai proteinuria non patologis sejak pasca salin hingga hari kedua postpartum. Mendapatkan urin yang valid harus diperoleh dari urin dari kateterisasi yang tidak terkontaminasi lochea.

f. Musculoskeletal

Otot – otot uterus berkontraksi segera setelah partus. Pembuluh pembuluh darah yang berada diantara anyaman-anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta diberikan. Pada wanita berdiri dihari pertama setelah melahirkan, abdomennya akan menonjol dan membuat wanita tersebut tampak seperti masih hamil. Dalam 2 minggu setelah melahirkan, dinding abdomen wanita itu akan rileks. Diperlukan sekitar 6 minggu untuk dinding abdomen kembali ke keadaan sebelum hamil. Kulit memperoleh kembali elastisitasnya, tetapi sejumlah kecil stria menetap.

g. Endokrin

Hormon Plasenta menurun setelah persalinan, HCG menurun dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke tujuh sebagai omset pemenuhan mammae pada hari ke- 3 post partum. Pada hormon pituitary prolaktin meningkat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH meningkat pada minggu ke- 3. Lamanya seorang wanita mendapatkan menstruasi juga dapat dipengerahui oleh factor menyusui. Sering kali menstruasi pertama ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesterone. Setelah persalinan terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktifitas prolactin

juga sedang meningkat dapat mempengaruhi kelenjar mammae dalam menghasilkan ASI.

h. Kardiovaskuler

Pada keadaan setelah melahirkan perubahan volume darah bergantung beberapa faktor, misalnya kehilangan darah, curah jantung meningkat serta perubahan hematologi yaitu fibrinogen dan plasma agak menurun. Selama minggu-minggu kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma, leukositosis serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun dan faktor pembekuan darah meningkat.

i. Perubahan tanda- tanda vital yang terjadi masa nifas:

1) Suhu badan

Dalam 24 jam postpartum, suhu badan akan meningkat sedikit ($37,5 - 38^{\circ}\text{C}$) sebagai akibat kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila dalam keadaan normal suhu badan akan menjadi biasa. Biasanya pada hari ke-3 suhu badan naik lagi karena adanya pembekuan ASI.

2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa adalah 60-80 kali permenit. Denyut nadi setelah melahirkan biasanya akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100x/menit adalah abnormal dan hal ini menunjukkan adanya kemungkinan infeksi.

3) Tekanan Darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena adanya perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat postpartum dapat menandakan terjadinya preeklampsia postpartum.

4) Hematologi

Leukositosis, yang meningkatkan jumlah sel darah yang putih hingga 15.000 selama proses persalinan, tetap meningkat untuk sepasang hari pertama postpartum. Jumlah sel darah putih dapat menjadi lebih

meningkat hingga 25.000 atau 30.000 tanpa mengalami patologi jika wanita mengalami proses persalinan diperlama. Meskipun demikian, berbagai tipe infeksi mungkin dapat dikesampingkan dalam temuan tersebut. Jumlah normal kehilangan darah dalam persalinan pervaginam 500 ml, seksio secaria 1000 ml, histerektomi secaria 1500 ml. Total darah yang hilang hingga akhir masa postpartum sebanyak 1500 ml, yaitu 200-500 ml pada saat persalinan, 500-800 ml pada minggu pertama postpartum $\pm$ 500 ml pada saat puerperium selanjutnya. Total volume darah kembali normal setelah 3 minggu postpartum. Jumlah hemoglobin normal akan kembali pada 4-6 minggu postpartum. (5)

j. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Periode kehamilan, persalinan, dan pascanatal merupakan masa terjadinya stress yang hebat, kecemasan, gangguan emosi, dan penyesuaian diri. Intervensi mendengarkan pada saat antenatal dapat menjadi strategi yang berguna untuk mencegah morbiditas psikologis. Asuhan yang supportif dan holistik membantu meningkatkan kesejahteraan emosi ibu dan mengurangi angka morbiditas psikologis pada periode pascanatal. Informasi yang adekuat dapat mengurangi tingkat kecemasan ibu dan kemungkinan distress emosi. Setelah persalinan ibu perlu waktu untuk menyesuaikan diri, menjadi dirinya lagi, dan merasa terpisah dengan bayinya sebelum dpt menyentuh bayinya. Perasaan ibu oleh bayinya bersifat kompleks dan kontradiktif. Banyak ibu merasa takut disebut sebagai ibu yang buruk, emosi yang menyakitkan mungkin dipendam sehingga sulit dalam koping dan tidur. Periode ini dieskpresikan oleh Reva Rubin yang terjadi pada tiga tahap berikut ini:

1) *Taking in Period* (Masa ketergantungan)

Terjadi pada 1-2 hari setelah persalinan, ibu masih pasif dan sangat bergantung pada orang lain, fokus perhatian terhadap tubuhnya, ibu

lebih mengingat pengalaman melahirkan dan persalinan yang dialami, serta kebutuhan tidur dan nafsu makan meningkat.

2) *Taking hold period*

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

3) *Letting go period*

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

k. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

1) Nutrisi dan cairan

Nutrisi dan cairan sangat penting karena berpengaruh pada proses laktasi dan involusi. Makan dengan diet seimbang, tambahan kalori 500-800 kal/ hari. Makan dengan diet seimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter/ hari, pil zat besi (Fe) diminum untuk menambah zat besi setidaknya selama 40 hari selama persalinan, Kapsul vitamin A (200.000 IU) agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.(1)

2) Mobilisasi

Segera mungkin membimbing klien keluar dan turun dari tempat tidur, tergantung kepada keadaan klien, namun dianjurkan pada persalinan normal klien dapat melakukan mobilisasi 2 jam pp . Pada persalinan dengan anestesi miring kanan dan kiri setelah 12 jam, lalu tidur ½ duduk, turun dari tempat tidur setelah 24 jam. Mobilisasi pada ibu berdampak positif bagi, ibu merasa lebih sehat dan kuat, Faal usus dan kandung kemih lebih baik, Ibu juga dapat merawat anaknya(1)

3) Eliminasi

Pengisian kandung kemih sering terjadi dan pengosongan spontan terhambat → retensi urin → distensi berlebihan → fungsi kandung kemih terganggu, Infeksi. Miksi normal dalam 2-6 jam PP dan setiap 3-4 jam. Jika belum berkemih OK penekanan sfingter, spasme karena iritasi Spincter ani, edema KK, hematoma traktus genetalis → ambulasi ke kandung kemih. Tidak B.A.K dalam 24 jam → kateterisasi (resiko ISK >> Bakteriuri 40 %) BAB harus dilakukan 3-4 hari PP. Jika tidak → laksan atau parafin/suppositoria. Ambulasi dini dan diet dapat mencegah konstipasi. Agar BAB teratur : diet teratur, pemberian cairan yang banyak, latihan dan olahraga.(1)

4) Personal hygiene

Ibu nifas rentan terhadap infeksi, untuk itu personal hygiene harus dijaga, yaitu dengan:

- a) Mencuci tangan setiap habis genital hygiene, kebersihan tubuh, pakaian, lingkungan, tempat tidur harus selalu dijaga.
- b) Membersihkan daerah genital dengan sabun dan air bersih
- c) Mengganti pembalut setiap 6 jam minimal 2 kali sehari
- d) Menghindari menyentuh luka perineum
- e) Menjaga kebersihan vulva perineum dan anus(1)(3)

5) Seksual

Hanya separuh wanita yang tidak kembali tingkat energi yang biasa pada 6 minggu PP, secara fisik, aman, setelah darah dan dapat memasukkan 2-3 jari kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Penelitian pada 199 ibu multipara hanya 35 % ibu melakukan hubungan seks pada 6 minggu dan 3 bln, 40% nya rasa nyeri dan sakit.

6) Senam nifas

Tujuan dari senam nifas adalah untuk :

- a) Rehabilitasi jaringan yang mengalami penguluran akibat kehamilan dan persalinan.
- b) Mengembalikan ukuran rahim ke bentuk semula.

- c) Melancarkan peredaran darah.
 - d) Melancarkan BAB dan BAK.
 - e) Melancarkan produksi ASI.
 - f) Memperbaiki sikap baik.
- 7) Permasalahan yang sering terjadi pada masa nifas
- a) Nyeri luka jahitan perineum
 - b) Bendungan ASI
 - c) Puting susu lecet
 - d) Gangguan psikologis ibu
6. Manajemen Laktasi

Manajemen laktasi merupakan segala daya upaya yang dilakukan untuk membantu ibu mencapai keberhasilan dalam menyusui bayinya. Usaha ini dilakukan terhadap ibu dalam 3 tahap, yaitu pada masa kehamilan (antenatal), sewaktu ibu dalam persalinan sampai keluar rumah sakit (perinatal), dan pada masa menyusui selanjutnya sampai anak berumur 2 tahun (postnatal). Laktasi adalah produksi dan pengeluaran ASI, dimana calon ibu harus sudah siap baik secara psikologis dan fisik. Jika laktasi baik maka bayi cukup sehat menyusu. Produksi ASI disesuaikan dengan kebutuhan bayi, volume ASI 500 – 800 ml/hari (3000 ml/hari).

Periode dalam manajemen laktasi:

- a. Pada masa kehamilan (antenatal)

Hal-hal yang perlu dilakukan pada masa kehamilan:

- 1) Memberikan komunikasi, informasi dan edukasi tentang keunggulan ASI, manfaat menyusui bagi ibu dan bayi, serta dampak negative pemberian susu formula.
- 2) Ibu memeriksakan kesehatan tubuh pada saat kehamilan, kondisi puting payudara dan memantau kenaikan berat badan saat hamil.
- 3) Ibu melakukan perawatan payudara sejak kehamilan berumur 6 bulan hingga ibu siap untuk menyusui, ini bermaksud agar ibu mampu memproduksi dan memberikan ASI yang mencukupi kebutuhan bayi.

- 4) Ibu senantiasa mencari informasi tentang gizi dan makanan tambahan sejak kehamilan trimester ke-2. Makanan tambahan saat hamil sebanyak 1 1/3 kali dari makanan yang dikonsumsi sebelum hamil.

b. Pada masa segera setelah melahirkan

Hal yang dilakukan segera setelah melahirkan :

- 1) Dalam waktu 30 menit setelah melahirkan, ibu dibantu dan dimotivasi agar mulai kontak dengan bayi (skin to skin contact) dan mulai menyusui bayi. Karena pada saat ini bayi dalam keadaan paling peka terhadap rangsangan, selanjutnya bayi akan mencari payudara ibu secara alamiah.
- 2) Ibu nifas diberi kapsul vitamin A dosis tinggi (200.000 IU) dalam waktu 2 minggu setelah melahirkan
- 3) Bayi harus disusui dengan cara yang benar, baik posisi maupun cara perlekatan bayi pada payudara ibu

c. Masa menyusui (Postnatal)

Hal yang harus diperhatikan dalam manajemen laktasi setelah melahirkan:

- 1) Bayi hanya diberi ASI saja (Secara eksklusif) selama 6 bulan pertama usia bayi
- 2) Menyusui tanpa dijadwal atau setiap bayi meminta (on demand)
- 3) Bila bayi terpaksa dipisah dari ibu karena indikasi medik, bayi harus tetap mendapat ASI dengan cara pemerah ASI untuk mempertahankan produksi ASI tetap lancar
- 4) Mempertahankan kecukupan gizi dalam makanan ibu menyusui sehari-hari. Ibu menyusui harus makan 1 ½ kali lebih banyak dari biasanya dan minum minimal 10 gelas air per hari
- 5) Cukup istirahat, menjaga ketenangan pikiran dan menghindarkan kelelahan fisik yang berlebihan agar produksi ASI tidak terhambat.

d. Anatomi Kelenjar Mammae

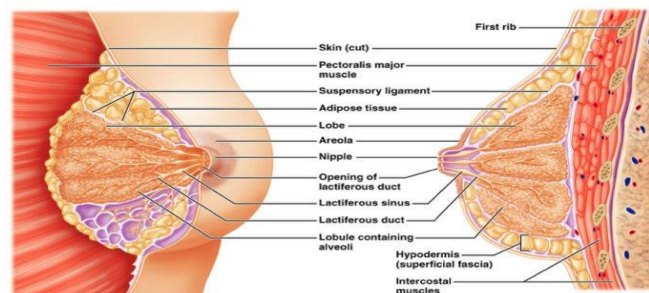
Payudara (buah dada) atau kelenjar mammae adalah salah satu organ reproduksi pada wanita yang berfungsi mengeluarkan air susu. Payudara terdiri dari lobules-lobulus yaitu kelenjar yang menghasilkan ASI, tubulus atau duktus yang menghantarkan ASI dari kelenjar sampai pada puting susu (*nipple*). Kelenjar Mammae terletak pada hermithoraks kanan dan kiri dengan batas-batas yang tampak dari sebagai berikut

Batas Superior : iga II atau III

Batas Inferior : iga VI atau VII

Batas Medial : pinggir sternum

Batas Lateral : garis aksillars anterior.



Gambar 1. Kelenjar Mammae

Pada Kelenjar mammae terdapat tiga bagian utama yaitu:

1) Korpus

- a) Mengandung alveolus, yaitu unit terkecil yang memproduksi susu. Bagian dari alveolus adalah sel Aciner, jaringan lemak, sel plasma, sel otot polos dan pembuluh darah
- b) Lobulus, yaitu kumpulan dari alveolus
- c) Lobus, yaitu beberapa lobulus yang berkumpul menjadi 15-20 lobus pada tiap payudara. ASI dsalurkan dari alveolus ke dalam saluran kecil (duktulus), kemudian beberapa duktulus bergabung membentuk saluran yang lebih besar (duktus laktiferus)

2) Areola

Terdapat sinus laktiferus, yaitu saluran di bawah areola yang besar melebar, akhirnya memusat ke dalam puting dan bermuara ke luar. Di dalam dinding alveolus maupun saluran-saluran terdapat otot

polos yang bila berkontraksi dapat memompa ASI keluar. Kulit pada areola juga banyak mengandung pigmen, tetapi berbeda dengan kulit puting susu, ia kadang-kadang mengandung folikel rambut. Kelenjar sebaceous biasanya terlihat sebagai nodulus kecil pada permukaan areola dan disebut kelenjar Montgomery. Kelenjar ini mengeluarkan cairan berminyak yang melindungi kulit puting dan areola selama menyusui, dan menghasilkan aroma individual ibu yang menarik bayinya ke payudara. Saluran di bawah areola terisi dengan susu dan menjadi lebih lebar saat menyusui, ketika refleks oksitosin aktif

3) Papilla

Kulit papilla banyak mengandung pigmen tetapi tidak berambut.

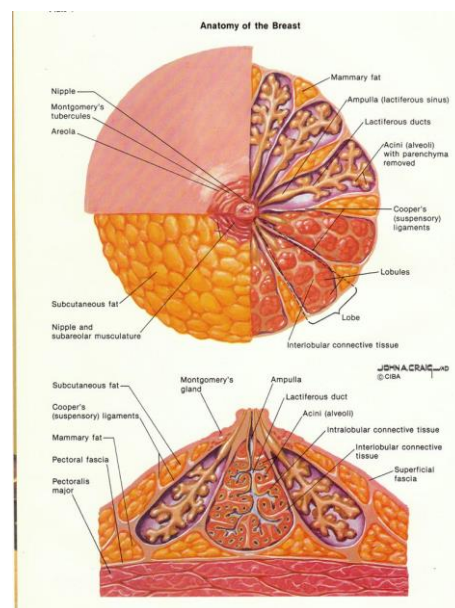
Papilla dermis banyak mengandung kelenjar sebaceous.

Kelenjar mammae dibagi menjadi empat kuadran yaitu kuadran superolateral, kuadran superomedial, kuadran inferolateral, dan kuadran inferomedial. Kuadran superolateral ini mengandung masa jaringan kelenjar mammae yang lebih banyak atau langsung di belakang areola dan sering menjadi tempat neoplasia. Pada kuadran superomedial atas dan lateral bawah, jaringan kelenjarnya lebih sedikit jumlahnya, dan yang paling minimal adalah yang di kuadran medial bawah.

Jaringan kelenjar terdiri dari 15-25 lobus yang tersebar radial mengelilingi papilla. Tiap-tiap segmen mempunyai satu aliran yang akan berdilatasi, sesampainya di belakang areola. Pada retro areolar ini, duktus yang berdilatasi itu, menjadi lembut, kecuali saat dan selama ibu menyusui, duktus ini akan mengalami distensi. Masing-masing duktus ini tak berisi, dan mempunyai satu bukaan ke arah puting (duktus ekskretoris). Tiap lobus dibagi menjadi 50-57 lobulus, yang bermuara ke dalam suatu duktus yang mengalirkan isinya ke dalam duktus ekskretoris lobulus itu. Setiap lobulus terdiri atas sekelompok alveolus yang bermuara ke dalam laktiferus (saluran air susu) yang bergabung dengan duktus-duktus lainnya, untuk membentuk saluran yang lebih

besar dan berakhir ke dalam saluran sekretorik. Ketika saluran-saluran ini mendekati puting, saluran-saluran ini akan membesar, untuk menjadi tempat penampungan air susu (yang disebut sinus laktiferus), kemudian saluran-saluran tersebut menyempit lagi dan menembus puting dan bermuara di atas permukaannya.

Di antara kelenjar laktiferus dan fasia pektrolis, juga di antara kulit dan kelenjar tersebut mungkin terdapat jaringan lemak. Di antara lobulus tersebut, ada jaringan ikat yang disebut Ligamentum Cooper yang merupakan tonjolan jaringan payudara, yang bersatu dengan lapisan luar fasia superfisial yang berfungsi sebagai struktur penyokong dan memberi rangka untuk payudara.



Gambar 2. Mammæ pada potongan transversal

e. Fisiologi Laktasi

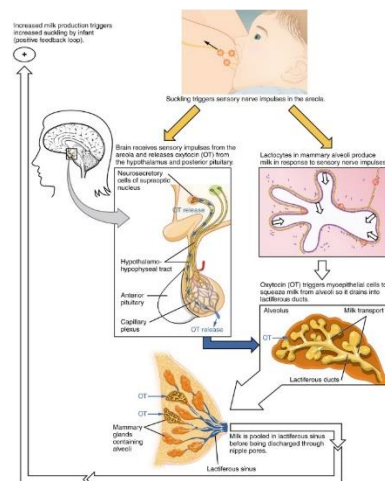
Tahapan *laktogenesis* terdiri dari *mammogenesis*, *laktogenesis I*, *laktogenesis II*, *galaktopoiesis* dan *involution*. *Mammogenesis* yaitu pembentukan kelenjar payudara yang sudah terbentuk saat ibu hamil trimester III. Pada masa ini ditandai pembesaran payudara, disebabkan proliferasi duktus laktiferus, peningkatan yang jelas dari duktus yang baru, percabangan dan lobus yang dipengaruhi oleh hormon plasenta dan korpus luteum. Pada masa ini pengeluaran kolostrum masih

dihambat oleh estrogen dan progesterone. (Amalina, 2016) Selama kehamilan, wanita akan mengalami pembesaran payudara, warna kulit di area payudara menjadi lebih gelap, pembuluh darah vena disekitar payudara tampak menonjol, dan ukuran areola menjadi lebih lebar. Kadar prolaktin saat kehamilan ini sangat tinggi karena menjelang minggu kelima kehamilan, tingkat prolaktin yang bersirkulasi mulai meningkat, akhirnya meningkat menjadi sekitar 10-20 kali konsentrasi pra-kehamilan. sehingga terjadilah produksi ASI. Selama kehamilan, prolaktin dan hormon-hormon lain mempersiapkan payudara secara anatomis untuk mengeluarkan susu. Namun, estrogen, progesteron, dan hormon plasenta lainnya menghambat sintesis susu yang dimediasi prolaktin selama kehamilan. Tidak sampai plasenta dikeluarkan sehingga hambatan ini diangkat dan produksi susu dimulai.

Pada masa kehamilan ini nutrisi, konsumsi suplemen vitamin dan psikologis mempengaruhi tahapan awal *laktogenesis* yaitu proses pembentukan atau produksi Air Susu Ibu. (Amalina, 2016) Setelah melahirkan, tahapan *laktogenesis* berkembang menjadi *lactogenesis*. Produksi ASI yang sudah dimulai saat kehamilan bergerak melalui membrana sel dan masuk ke duktus. Air susu ini dapat mengalir dengan bantuan hormon oksitosin yang mulai muncul setelah terlepasnya plasenta. Tingkat prolaktin awalnya turun tajam, tetapi dipulihkan selama lonjakan 1 jam selama setiap pemberian susu untuk merangsang produksi susu untuk pemberian berikutnya. Dengan setiap lonjakan prolaktin, estrogen dan progesteron juga sedikit meningkat.

Ketika bayi menyusu, serabut saraf sensorik di areola memicu refleksi neuroendokrin yang menghasilkan sekresi susu dari laktosit ke dalam alveoli. Hipofisis posterior melepaskan oksitosin, yang menstimulasi sel-sel mioepitel untuk memeras susu dari alveoli sehingga dapat mengalir ke saluran laktiferosa, berkumpul di sinus laktiferosa, dan keluar melalui pori-pori puting. Dibutuhkan kurang dari 1 menit dari

saat bayi mulai menyusui (periode laten) sampai ASI dikeluarkan (*let-down*).



Gambar 3. Refleks Let-Down. Lingkaran umpan balik positif memastikan produksi ASI berlanjut selama bayi terus menyusui

Laktogenesis I ini berlangsung setelah proses persalinan sampai hari ke dua yang memproduksi kolostrum. Setelah memproduksi kolostrum, tahapan selanjutnya adalah *laktogenesis II* yang terjadi pada hari ke 3 sampai hari ke 8. Pada masa ini ASI mulai lancar karena penurunan cepat hormon progesterone dan meningkatnya hormon oksitosin. Kelelahan, mobilisasi yang kurang dan adanya *afterpain* dapat mempengaruhi sekresi hormon oksitosin. Ibu memerlukan intervensi yang dapat merangsang produksi hormon oksitosin. (Amalina, 2016)

Sintesis susu yang dimediasi prolaktin berubah seiring waktu. Pengeluaran ASI yang sering dengan menyusui (atau memompa) akan mempertahankan kadar prolaktin yang bersirkulasi tinggi selama beberapa bulan. Namun, bahkan dengan menyusui terus, prolaktin awal akan menurun dari waktu ke tingkat sebelum kehamilan. Selain prolaktin dan oksitosin, hormon pertumbuhan, kortisol, hormon paratiroid, dan insulin berkontribusi terhadap laktasi, sebagian dengan memfasilitasi transportasi asam amino ibu, asam lemak, glukosa, dan kalsium ke ASI.

Produksi ASI juga dikontrol di payudara oleh zat yang disebut penghambat umpan balik laktasi, atau FIL (*feedback inhibitor of lactation*), yang terdapat dalam ASI.(Wilde dkk, 1995). Terkadang satu payudara berhenti membuat ASI sementara payudara lainnya berlanjut, misalnya jika bayi menyusu hanya pada satu sisi. Ini karena kontrol lokal terhadap produksi susu secara independen di dalam setiap payudara. Jika ASI tidak dikeluarkan, inhibitor mengumpulkan dan menghentikan sel dari mensekresi lagi, membantu melindungi payudara dari efek berbahaya karena terlalu penuh. Jika ASI dikeluarkan, inhibitor juga dikeluarkan, dan sekresi dilanjutkan. Jika bayi tidak bisa menyusu, maka ASI harus dikeluarkan dengan ekspresi.

FIL memungkinkan jumlah ASI yang diproduksi ditentukan oleh berapa banyak yang dibutuhkan bayi, dan oleh karena itu seberapa banyak kebutuhan bayi. Mekanisme ini sangat penting untuk peraturan dekat yang sedang berlangsung setelah laktasi didirikan. Pada tahap ini, prolaktin diperlukan untuk memungkinkan sekresi susu terjadi, tetapi tidak mengontrol jumlah susu yang diproduksi.

Refleks bayi penting untuk pemberian ASI yang tepat. Refleks utama adalah *rooting*, menyusu dan menelan. Ketika sesuatu menyentuh bibir atau pipi bayi, bayi itu berbalik untuk menemukan rangsangan, dan membuka mulutnya, meletakkan lidahnya ke bawah dan ke depan. Ini adalah refleks *rooting* dan ada pada sekitar minggu ke-32 kehamilan. Ketika sesuatu menyentuh langit-langit bayi, ia mulai mengisapnya. Ini adalah refleks mengisap. Ketika mulut bayi penuh dengan susu, dia menelan. Ini adalah refleks menelan. Bayi prematur dapat memegang puting susu dari usia kehamilan sekitar 28 minggu, dan mereka dapat menyusu dan mengeluarkan susu dari sekitar 31 minggu. Koordinasi menyusui, menelan dan bernapas muncul antara 32 dan 35 minggu kehamilan. Bayi hanya bisa menyusu dalam waktu singkat pada usia itu, tetapi mereka dapat mengambil makanan tambahan dengan cangkir.

Mayoritas bayi dapat menyusui sepenuhnya pada usia kehamilan 36 minggu.

Ketika mendukung seorang ibu dan bayi untuk memulai dan menetapkan pemberian ASI eksklusif, penting untuk mengetahui tentang refleksi ini, karena tingkat kedewasaan mereka akan memandu apakah bayi dapat menyusui secara langsung atau sementara membutuhkan metode pemberian makan lain.

Dua faktor yang mempengaruhi pemeliharaan laktasi adalah rangsangan dan pengosongan payudara secara sempurna:

- 1) Rangsangan, yaitu sebagai respon dari pengisapan yang memacu pembentukan air susu yang lebih banyak. Dan apabila bayi tidak dapat menyusu sejak awal maka ibu dapat memeras air susu dari payudaranya dengan tangan atau menggunakan pompa payudara. Akan tetapi, pengisapan oleh bayi akan memberikan rangsangan yang jauh lebih besar dibandingkan dengan kedua cara tersebut.
- 2) Pengosongan sempurna payudara Bayi sebaiknya mengosongkan payudara sebelum diberikan payudara yang lain. Apabila payudara tidak mengosongkan yang kedua, maka pada pemberian air susu yang berikutnya payudara kedua ini yang diberikan pertama kali. Apabila diinginkan agar bayi benar-benar puas (kenyang), maka bayi perlu diberikan air susu pertama (fore-milk) dan air susu kedua (hind-milk) untuk sekali minum. Hal ini hanya dapat dicapai dengan pengosongan sempurna pada satu payudara.

f. Perubahan Komposisi ASI

Pada minggu-minggu terakhir kehamilan, alveoli membengkak dengan kolostrum, zat kental, kekuningan yang tinggi protein tetapi mengandung lebih sedikit lemak dan glukosa daripada ASI dewasa (Tabel 1). Sebelum melahirkan, beberapa wanita mengalami kebocoran kolostrum dari puting susu. Sebaliknya, ASI dewasa tidak bocor selama kehamilan dan tidak dikeluarkan sampai beberapa hari setelah melahirkan.

Tabel 2. Komposisi Colostrum Manusia, ASI Matang dan Susu Sapi (g/l)

	Kolostrum manusia	ASI	Susu sapi
Total protein	23	11	31
Imunoglobulin	19	0,1	1
Lemak	30	45	38
Laktosa	57	71	47
Kalsium	0,5	0,3	1,4
Fosfor	0,16	0,14	0,90
Sodium	0,50	0,15	0,41

Kolostrum dikeluarkan selama 48-72 jam pertama pascapersalinan. Hanya sedikit volume kolostrum yang diproduksi — kira-kira 3 ons dalam periode 24 jam — tetapi itu cukup untuk bayi baru lahir dalam beberapa hari pertama kehidupan. Kolostrum kaya dengan imunoglobulin, yang memberikan kekebalan saluran pencernaan, dan juga kekebalan sistemik karena bayi baru lahir menyesuaikan diri dengan lingkungan yang tidak steril. Setelah sekitar hari ketiga pascapersalinan, ibu mengeluarkan ASI peralihan yang mewakili perantara antara ASI matang dan kolostrum. Ini diikuti oleh susu matang dari sekitar postpartum hari 10 (lihat Tabel 1). Seperti yang dapat Anda lihat di tabel terlampir, ASI bukan pengganti ASI. Ini mengandung lebih sedikit laktosa, lebih sedikit lemak, dan lebih banyak protein dan mineral. Selain itu, protein dalam susu sapi sulit bagi sistem pencernaan bayi yang belum matang untuk melakukan metabolisme dan penyerapan.

Beberapa minggu pertama menyusui mungkin melibatkan kebocoran, rasa sakit, dan periode pembengkakan ASI saat hubungan antara pasokan susu dan permintaan bayi menjadi mapan. Setelah periode ini selesai, ibu akan menghasilkan sekitar 1,5 liter susu per hari untuk satu bayi, dan lebih banyak lagi jika ia memiliki anak kembar atau kembar tiga. Saat bayi mengalami pertumbuhan, pasokan susu terus-menerus menyesuaikan diri untuk mengakomodasi perubahan permintaan. Seorang wanita dapat terus menyusui selama bertahun-tahun, tetapi

begitu menyusui dihentikan selama sekitar 1 minggu, susu yang tersisa akan diserap kembali; dalam banyak kasus, tidak akan diproduksi lagi, bahkan jika menyusui atau memompa dilanjutkan.

Susu matang berubah dari awal hingga akhir menyusui. Susu awal, disebut *foremilk*, berair, tembus cahaya, dan kaya akan laktosa dan protein. Tujuannya adalah untuk menghilangkan dahaga bayi. *Hindmilk* dikirim menjelang akhir menyusui. Ini buram, lembut, dan kaya lemak, dan berfungsi untuk memuaskan nafsu makan bayi.

Selama hari-hari pertama kehidupan bayi baru lahir, penting bagi meconium untuk dikeluarkan dari usus dan agar bilirubin tetap rendah dalam sirkulasi. Ingat bahwa bilirubin, produk pemecahan eritrosit, diproses oleh hati dan dikeluarkan dalam empedu. Memasuki saluran pencernaan dan keluar dari tubuh di bangku. ASI memiliki sifat pencerna yang membantu mengeluarkan mekonium dari usus dan membersihkan bilirubin melalui ekskresi empedu. Konsentrasi bilirubin yang tinggi dalam darah menyebabkan penyakit kuning. Beberapa derajat ikterus normal pada bayi baru lahir, tetapi kadar bilirubin yang tinggi — yang bersifat neurotoksik — dapat menyebabkan kerusakan otak. Bayi baru lahir, yang belum memiliki sawar darah-otak yang berfungsi penuh, sangat rentan terhadap bilirubin yang bersirkulasi dalam darah. Memang, hiperbilirubinemia, suatu tingkat bilirubin sirkulasi yang tinggi, adalah kondisi yang paling umum yang memerlukan perhatian medis pada bayi baru lahir. Bayi baru lahir dengan hiperbilirubinemia diobati dengan fototerapi karena sinar UV membantu memecah bilirubin dengan cepat.

Komposisi zat protektif dalam ASI diantaranya:

1) Laktobasilus Bifidus

Laktobasilus bifidus berfungsi mengubah laktosa menjadi asam laktat dan asam asetat. Kedua asam ini menjadikan saluran pencernaan bersifat asam sehingga menghambat mikroorganisme seperti bakteri *E.coli* yang sering menyebabkan diare pada bayi,

shigela dan jamur. Laktobasilus mudah tumbuh cepat dalam usus bayi yang mendapat ASI, karena ASI mengandung polisakarida yang berkaitan dengan nitrogen yang diperlukan untuk pertumbuhan laktobasilus bifidus.

2) Laktoferin

Laktoferin adalah protein yang berkaitan dengan zat besi. Konsentrasinya dalam ASI sebesar 100 mg/100 ml tertinggi diantara semua cairan biologis. Dengan meningkat zat besi, maka laktoferin bermanfaat untuk menghambat pertumbuhan kuman tertentu, yaitu stafilokokus dan E.coli yang juga memerlukan zat besi untuk pertumbuhannya.

3) Lisozim

Lisozim adalah enzim yang dapat memecah dinding bakteri (bakteriosidal) dan antiinflamatori. Konsentrasinya dalam ASI sangat banyak (400 mg/ml), dan merupakan komponen terbesar dan fraksi whey ASI.

4) Antibodi

Antibodi dalam ASI dapat bertahan didalam saluran pencernaan dan membuat lapisan pada mukosanya, sehingga mencegah bakteri patogen dan enterovirus masuk ke alam mukosa usus. Mekanisme antibodi pada ASI adalah sebagai berikut : apabila ibu mendapat infeksi, maka tubuh ibu akan membentuk antibodi dan akan disalurkan dengan bantuan jaringan limfosit.

g. Faktor – faktor yang mempengaruhi produksi ASI

1) Status Kesehatan Ibu

Kondisi fisik yang sehat akan menunjang kepada produksi ASI yang optimal baik kualiti maupun kuantiti. Ibu yang cemas dan stres dapat mengganggu laktasi sehingga mempengaruhi produksi ASI karena menghambat pengeluaran ASI. Kekhawatiran dan rasa stres menyebabkan terjadinya pelepasan adrenalin yang menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah pada alveolus. Akibatnya terjadi

hambatan dari let down reflex sehingga air susu tidak mengalir dan mengalami bendungan ASI. Hormon prolaktin dan oksitosin berperan untuk memproduksi serta menjaga persediaan ASI. Prolaktin merupakan hormon terpenting untuk kelangsungan dan kecukupan pengeluaran ASI. Tinggi rendahnya kadar prolaktin dipengaruhi oleh kondisi ibu seperti tingkat kebugaran, keadaan stress, jumlah jam tidur, dan gairah seksual.

Untuk menyiapkan kondisi psikologis ibu diperlukan dukungan dari keluarga dan suami. Keterlibatan suami memberi dukungan moral dan emosional dalam pemberian ASI. Hal tersebut akan mendorong refleksi kimiawi tubuh untuk terus memproduksi ASI sehingga bayi mendapatkan ASI dalam jumlah yang cukup. (12)

2) Nutrisi dan asupan cairan

Jumlah dan kualitas ASI dipengaruhi oleh nutrisi dan masukan cairan ibu. Selama menyusui ibu memerlukan banyak karbohidrat, lemak, protein, vitamin dan mineral. Jumlah tambahan kalori yang dibutuhkan oleh ibu menyusui pada enam bulan pertama adalah 700 kalori per hari. Untuk menjaga produksi ASI dibutuhkan juga asupan cairan yang memadai. Kebutuhan air ibu menyusui 8-12 gelas (2-3 liter) per hari. Makanan yang dimakan oleh ibu tidak secara langsung mempengaruhi jumlah dan kualitas ASI. Dalam tubuh ibu terdapat berbagai zat makanan yang diperlukan untuk produksi ASI. Akan tetapi apabila ibu kekurangan nutrisi dalam jangka waktu yang cukup lama maka produksi ASI akan berkurang dan akhirnya terhenti.

3) Pemakaian Kontrasepsi

Penggunaan pil kontrasepsi kombinasi estrogen dan progestin juga berkaitan dengan penurunan volume dan durasi ASI. Jika pil hanya mengandung progestin maka tidak ada dampak terhadap volume ASI. Berdasarkan hal ini, WHO merekomendasikan pil progestin untuk ibu menyusui yang menggunakan pil kontrasepsi. Ibu yang

menyusui baiknya memperhatikan penggunaan alat kontrasepsi karena pemakaian kontrasepsi yang tidak tepat dapat mempengaruhi produksi ASI. Contohnya penggunaan kontrasepsi kombinasi oral (estrogenprogestin) akan menghambat produksi ASI.

4) Hubungan Perawatan Payudara dengan Kecukupan ASI

Merawat payudara yang baik selama masa kehamilan maupun setelah bersalin akan memperlancar keluarnya ASI. Dampak tidak melakukan perawatan payudara antara lain: ASI tidak lancar, puting susu tidak menonjol sehingga bayi sulit mengisap, produksi ASI sedikit sehingga tidak cukup dikonsumsi bayi. Perawatan payudara sangat penting untuk produksi ASI, karena kegiatan perawatan payudara berguna untuk meningkatkan produksi ASI, dapat melenturkan dan menguatkan puting susu sehingga memudahkan bayi untuk menyusui pada ibu. Kebiasaan ibu yang baik dalam melakukan perawatan payudara akan memberikan dampak yang baik terhadap kelancaran ASI. Sebaliknya ibu yang tidak melakukan perawatan payudara akan memberikan dampak yang buruk terhadap kecukupan ASI untuk bayinya.

h. Anatomis Buah Dada

Bentuk puting tidak selalu berpengaruh pada proses laktasi. Pada ujung puting susu terdapat 15-20 muara lobus (duktus laktiferus), sedangkan areola mengandung sejumlah kelenjar lemak. Kelenjar lemak merupakan kelenjar *Montgomery* yang berfungsi sebagai kelenjar minyak yang mengeluarkan cairan agar puting tetap lunak dan lentur. Di bawah areola saluran yang besar melebar, disebut *sinus laktiferus*. Di dalam dinding alveolus maupun saluran-saluran, terdapat otot polos yang bila berkontraksi memompa ASI keluar. Bila payudara terlalu penuh hingga mengeras, puting susu akan melesak masuk sehingga bayi tidak dapat mengisap secara benar. Ibu harus menyusui bayinya sesering mungkin atau tanpa menetapkan jadwal khusus sehingga dapat mencegah terjadinya pembengkakan payudara. Bentuk puting inverted

dan flat pula menyebabkan kesulitan untuk bayi menghisap sehingga prolaktin tidak dapat dilepaskan.

i. Faktor Istirahat dengan Kecukupan ASI

Menurut kajian oleh Indrawara, ibu menyusui perlu istirahat cukup untuk menekan stress yang akan menghambat produksi ASI. Relaks dan percaya diri akan melancarkan produksi ASI. Faktor lain yang mempengaruhi produksi ASI yaitu status pekerjaan. Ibu yang tidak bekerja mempunyai waktu yang banyak untuk beristirahat, sehingga ibu tidak terlalu capek dan akan mempengaruhi pada pengeluaran hormon oksitosin dan prolaktin.

j. Frekuensi Isapan dengan Kecukupan ASI

Pelepasan ASI berada di bawah kendali neuroendokrin. Rangsangan sentuhan pada payudara sehingga semakin sering bayi menyusui semakin banyak prolaktin yang diproduksi sehingga makin banyak produksi ASI. Kemampuan isapan dan menelan dapat merangsang produksi ASI sehingga membantu bayi mendapatkan ASI yang cukup.

k. Obat-obatan

Pemakaian obat-obatan selama masa laktasi harus terukur dan hati-hati. Obat yang dikonsumsi ibu dapat diekskresikan dalam cairan ASI, meskipun yang akan termakan oleh bayi hanya 0,001-0,5% dari dosis obat yang dimakan ibu. Obat-obatan yang merupakan kontraindikasi selama menyusui seperti :antineoplastik & antimetabolit, bromokriptin, kloramfenikol, simetidin, klemastin, ergotamin, etil biskoumasetat, metimazol, isotretinoin. Sedangkan obat-obatan yang diperbolehkan untuk ibu menyusui adalah seperti asetaminofen, asiklovir, laksatif, diuretic, ibuprofen, antikoagulan, antikonvulsan, antihistamin, kortison vaksin dan vitamin yang merupakan obat-obatan dengan penggunaan jangka pendek.

l. Gaya Hidup

Pada ibu yang merokok, asap rokok menghambat kerja prolaktin dan oksitosin sehingga mengganggu produksi ASI. Menurut kajian dalam

waktu tiga bulan berat badan bayi yang menyusu dari ibu yang merokok tidak meningkat dengan optimal. Pada ibu yang mengonsumsi alkohol, etanol yang terkandung bisa menghambat kerja oksitosin.(12)

7. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Inisiasi Menyusu Dini atau Permulaan Menyusu Dini adalah bayi mulai menyusu sendiri segera setelah lahir. Sebenarnya bayi manusia juga seperti mamalia lain mempunyai kemampuan untuk menyusu sendiri asalkan dibiarkan kontak kulit bayi dengan kulit ibunya, setidaknya selama satu jam segera setelah lahir. Cara melakukan inisiasi menyusu dini ini dinamakan *the breast crawl* atau merangkak mencari payudara sendiri.

Pada hari pertama sebenarnya bayi belum memerlukan cairan atau makanan, tetapi pada usia 30 menit harus di susukan pada ibunya, bukan untuk pemberian nutrisi tetapi untuk belajar menyusu atau membiasakan menghisap puting susu dan juga guna mempersiapkan ibu untuk mulai memproduksi ASI. Apabila bayi tidak menghisap puting susu pada setengah jam setelah persalinan, Prolaktin (hormon pembuat ASI) akan turun dan sulit merangsang prolaktin sehingga ASI baru akan keluar pada hari ketiga atau lebih dan memperlambat pengeluaran kolostrum.

Inisiasi menyusu dini berperan dalam pencapaian tujuan *Sustainable Development Goals* (SDGS), khususnya pada tujuan keempat, yakni membantu mengurangi angka kematian bayi. Menurut *The World Health Report* pada 2005, angka kematian bayi baru lahir di Indonesia adalah 20 per 1000 kelahiran hidup. Berdasarkan penelitian WHO pada 2000 di enam negara berkembang yakni Brazil, Ghana, India, Oman Norwegia dan Amerika Serikat, resiko kematian bayi antara 9-12 bulan meningkat 40% jika bayi tersebut tidak disusui. Untuk bayi berusia dibawah dua bulan, angka kematian ini meningkat menjadi 48%. Sekitar 40% kematian balita terjadi di usia bayi baru lahir (di bawah satu bulan). Jika bayi menyusu sejak dini, maka akan mengurangi 22% kematian bayi 28 hari. Hal ini berarti inisiasi menyusu dini mampu mengurangi 8,8% angka kematian balita.

a. Manfaat IMD

Manfaat Inisiasi menyusui dini bagi bayi adalah: memenuhi kebutuhan nutrisi bayi karena ASI merupakan makanan dengan kualitas dan kuantitas yang optimal; memberi kekebalan pasif kepada bayi melalui kolostrum sebagai imunisasi pertama bagi bayi; meningkatkan kecerdasan; membantu bayi mengkoordinasikan hisap, telan dan nafas; meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dan bayi; mencegah kehilangan panas; serta merangsang kolostrum segera keluar. Sedangkan manfaat inisiasi menyusui dini bagi ibu adalah: merangsang produksi oksitosin dan prolaktin; meningkatkan keberhasilan produksi ASI; dan meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dan bayi.

Manfaat kontak kulit antara ibu dan bayi adalah dada ibu mampu menghangatkan bayi dengan tepat selama bayi merangkak mencari payudara sehingga akan menurunkan kematian karena kedinginan (*hypothermia*), baik ibu maupun bayi akan merasa lebih tenang, pernapasan dan detak jantung bayi lebih stabil dan bayi akan jarang menangis sehingga mengurangi pemakaian energi. Saat merangkak mencari payudara, bayi memindahkan bakteri dari kulit ibunya melalui jilatan dan menelan bakteri menguntungkan dikulit ibu sehingga bakteri ini akan berkembang biak membentuk koloni disusu dan kulit bayi, menyaingi bakteri yang merugikan.

Bonding (ikatan kasih sayang) antara ibu dan bayi akan lebih baik karena pada 1-2 jam pertama, bayi dalam keadaan siaga dan setelah itu bayi akan tidur dalam waktu yang lama; makanan yang diperoleh bayi dari ASI sangat diperlukan bagi pertumbuhan bayi dan kemungkinan bayi menderita alergi dapat dihindari lebih awal; bayi yang diberi kesempatan menyusui dini lebih berhasil menyusui eksklusif dan lebih lama disusui, hentakan kepala bayi ke dada ibu, sentuhan tangan bayi di puting susu ibu dan sekitarnya, emutan dan jilatan bayi pada puting ibu merangsang pengeluaran hormon oksitosin. Bayi mendapat ASI / kolostrum yang pertama kali keluar, cairan ini kaya akan zat yang

meningkatkan daya tahan tubuh, penting untuk ketahanan infeksi, penting untuk pertumbuhan, bahkan kelangsungan hidup bayi. Kolostrum akan membuat lapisan yang melindungi usus bayi yang masih belum matang sekaligus mematangkan dinding usus. (23)

b. Tahapan Perilaku Bayi Saat Inisiasi Menyusu Dini

Saat inisiasi menyusu dini, dimana bayi baru lahir langsung dikeringkan, diletakkan di perut ibu (kontak kulit) kemudian dibiarkan setidaknya satu jam/sampai bayi berhasil menyusu, semua bayi akan mengalami beberapa tahapan perilaku (*pre-feeding behaviour*). Perilaku bayi saat inisiasi menyusu dini terdiri dari 5 tahap.

1) Dalam 30 menit pertama

Periode ini yang dikenali dengan stadium istirahat atau diam dan siaga. Bayi diam tidak bergerak sesekali matanya terbuka lebar melihat ibunya. Masa tenang yang istimewa ini merupakan penyesuaian peralihan dari keadaan dalam kandungan ke keadaan diluar kandungan. *Bonding* (hubungan kasih sayang) ini merupakan dasar pertumbuhan bayi dalam suasana aman. Hal ini meningkatkan kemampuan menyusui dan mendidik bayinya.

2) Antara 30 – 40 menit

Periode dimana bayi mulai mengeluarkan suara, gerakan mulut seperti mau minum, mencium dan menjilat tangan.. Bayi mencium dan merasakan cairan ketuban yang ada ditangannya. Bau ini sama dengan bau cairan yang dikeluarkan dari payudara ibu. Bau dan rasa ini akan membimbing bayi untuk payudara puting susu ibu.

3) Pengeluaran air liur.

Saat menyadari bahwa ada makanan disekitarnya, bayi mengeluarkan air liurnya. Bayi mulai mencari arah ke payudara yang mengeluarkan cairan dengan bau yang sama dengan bau ditangannya.

Bayi mulai bergerak kearah payudara ibu, dengan kaki menekan perut ibu. menoleh kekanan dan kekiri, serta menyentuh dan

meremas daerah puting susu dan sekitarnya dengan tangannya yang mungil. Sese kali bayi akan menjilat kulit ibunya yang mengandung bakteri baik yang bagus untuk sistem pencernaan bayi.

4) Bayi mulai menemukan puting ibu

Bayi menjilat, mengulum dan membuka mulut lebar sehingga melekat dengan baik.

c. Tatalaksana Inisiasi Menyusu Dini

1) Tatalaksana Inisiasi Menyusu Dini secara umum

Pelaksanaan inisiasi menyusui dini dimulai dengan memberitahu ibu dan keluarga tentang asuhan yang akan diberikan, suami atau keluarga dianjurkan untuk mendampingi ibu saat persalinan, biarkan ibu menentukan cara melahirkan yang diinginkan (normal, dengan posisi jongkok atau melahirkan di dalam air) dan hindari penggunaan obat kimiawi saat persalinan dapat diganti dengan cara non-kimiawi (pijat, aroma terapi, gerakan atau *hypnobirthing*).

Setelah bayi lahir, keringkan seluruh badan dan kepala bayi (kecuali kedua tangan) secepatnya, biarkan lemak putih (*vernix*) karena dapat menyamankan kulit bayi. Lakukan pemotongan dan pengikatan talipusat kemudian tengkurapkan bayi di dada atau perut ibu dan biarkan kulit bayi melekat diperut ibu, posisi kontak kulit dengan kulit ini dipertahankan minimal satu jam atau setelah menyusui awal selesai. Selimuti ibu dan bayi, jika perlu gunakan topi bayi. Biarkan bayi mencari sendiri puting ibu, ibu dapat merangsang bayi dengan sentuhan lembut, tetapi tidak boleh memaksakan bayi ke puting susu. Hal ini dapat berlangsung selama beberapa menit atau satu jam, bahkan lebih.

Selanjutnya, anjurkan suami/keluarga untuk mendukung ibu dan membantu ibu untuk mengenali tanda-tanda atau perilaku bayi sebelum menyusui, karena dukungan ini akan meningkatkan rasa percaya diri ibu. Biarkan bayi dalam posisi kulit bersentuhan dengan kulit ibunya setidaknya selama satu jam, walaupun ia telah berhasil

menyusu pertama sebelum satu jam. Jika belum menemukan puting payudara ibunya dalam waktu satu jam, biarkan kulit bayi tetap bersentuhan dengan kulit ibunya sampai berhasil menyusu pertama. Kesempatan kontak kulit dengan kulit juga dianjurkan pada ibu yang melahirkan dengan tindakan, misalnya operasi caesar.

Bayi hanya boleh dipisahkan dari ibu untuk ditimbang, diukur dan dicap setelah satu jam atau menyusu awal selesai. Prosedur yang invasif, misalnya suntikan vitamin K dan tetesan mata bayi dapat ditunda. Rawat gabung ibu dan bayi dalam satu kamar selama satu jam, bayi tidak dipisahkan dan bayi selalu dalam jangkauan ibu. Hindari pemberian minuman pre-laktal (cairan yang diberikan sebelum ASI keluar).

d. Tatalaksana Inisiasi Menyusu Dini pada Operasi Caesar

- 1) Usaha bayi merangkak mencari payudara secara standar pasti tidak dapat dilakukan pada persalinan operasi caesar. Namun, jika diberikan anastesi spinal atau epidural, ibu dalam keadaan sadar sehingga dapat segera memberi respon pada bayi. Bayi dapat segera diposisikan sehingga terjadi kontak kulit ibu dan kulit bayi. Usahakan menyusu pertama dilakukan dikamar operasi. Jika keadaan ibu dan bayi belum memungkinkan, bayi diberikan pada ibu pada kesempatan yang tercepat. Jika dilakukan anestesi umum, kontak dapat terjadi diruang pulih saat ibu sudah dapat merespon walaupun masih mengantuk atau dalam pengaruh obat bius.
- 2) Inisiasi menyusu dini tetap dapat dilakukan pada persalinan *caesar*, namun perlu dukungan ekstra, yaitu harus ada tenaga dan pelayanan kesehatan yang suportif. Jika mungkin, diusahakan suhu ruangan 20-50 °C, sediakan selimut untuk menutupi punggung bayi dan badan ibu, siapkan topi bayi untuk mengurangi hilangnya panas dari kepala bayi. Bayi dibiarkan mencari puting susu ibu. Ibu dapat merangsang bayi dengan sentuhan lembut, tetapi tidak memaksakan

bayi ke puting susu. Biarkan bayi dalam posisi sulit, bersentuhan dengan kulit ibunya setidaknya selama satu jam.

- 3) Jika inisiasi menyusui dini belum terjadi di kamar bersalin atau kamar operasi, atau bayi harus dipindah sebelum satu jam maka bayi tetap diletakkan di dada ibu, ketika dipindahkan ke kamar perawatan ibu atau kamar pulih.

e. Inisiasi Menyusui Dini Yang Kurang Tepat

Menurut Roesli, praktek inisiasi menyusui dini selama ini kurang tepat, dimana penanganan bayi baru lahir sebagai berikut: begitu lahir bayi diletakkan diperut ibu yang sudah dialasi kain kering; bayi segera dikeringkan dengan kain kering, tali pusat dipotong lalu diikat; karena takut kedinginan, bayi dibungkus (dibedong) dengan selimut bayi, kemudian diletakkan di dada ibu (tidak terjadi kontak kulit antara bayi dan ibu). Bayi dibiarkan di dada ibu (*bonding*) untuk beberapa lama (10-15 menit) atau sampai tenaga kesehatan selesai menjahit perineum. Selanjutnya diangkat dan disusukan pada ibu dengan cara memasukkan puting ibu ke mulut bayi; setelah itu bayi dibawa ke kamar transisi, atau kamar pemulihan (*recovery room*) untuk ditimbang, diukur, dicap, diazankan oleh ayah, diberi suntikan vitamin K dan diberi tetes mata.

f. Inisiasi Menyusui Dini yang Dianjurkan

Keberhasilan inisiasi menyusui dini, sangat tergantung pada petugas kesehatan yang menanganinya. Karena petugaslah yang akan membimbing ibu dan bayi melakukan langkah-langkah yang tepat. Untuk itu, Roesli menganjurkan petugas melakukan langkah –langkah sebagai berikut: begitu lahir bayi diletakkan diperut ibu yang sudah dialasi kain kering; keringkan seluruh tubuh bayi termasuk kepala secepatnya, kecuali kedua tangannya; vernix (zat lemak putih) yang melekat di tubuh bayi sebaiknya tidak dibersihkan, karena zat ini membuat nyaman kulit bayi; tali pusat dipotong lalu diikat; tanpa dibedong, bayi langsung ditengkurapkan di dada atau perut ibu dengan

kontak kulit bayi dan kulit ibu. Jika perlu, bayi diberi topi untuk mengurangi pengeluaran panas dari kepalanya. (24)

g. Kontra Indikasi Inisiasi Menyusu Dini

Ada beberapa kondisi yang tidak memungkinkan untuk pelaksanaan inisiasi menyusu dini, baik kondisi ibu maupun kondisi bayi. Namun biasanya kondisi seperti ini hanya ditemui di Rumah Sakit karena kondisi ini merupakan kondisi kegawatdaruratan yang penanganan persalinannya pun hanya dapat dilakukan oleh dokter-dokter yang ahli dibidangnya :

1) Kontra Indikasi Ibu

a) Ibu dengan fungsi kardio respiratorik yang tidak baik, penyakit jantung klasifikasi II Dianjurkan untuk sementara tidak menyusu sampai keadaan jantung cukup baik. Bagi pasien jantung klasifikasi III tidak dibenarkan untuk menyusu. Penilaian akan hal ini harus dilakukan dengan hati-hati. Jika penyakit jantungnya tergolong berat, tak dianjurkan memberi ASI. Mekanisme oksitosin dapat merangsang otot polos. Sementara organ jantung bekerja dibawah pengaruh otot polos. Jadi, menyusu dapat memunculkan kontraksi karena kelenjar tersebut terpacu hingga kerja jantung jadi lebih keras sehingga bisa timbul gagal jantung.

b) Ibu dengan eklamsia dan pre-eklamsia berat

Keadaan ibu biasanya tidak baik dan dipengaruhi obat-obatan untuk mengatasi penyakit. Biasanya menyebabkan kesadaran menurun sehingga ibu belum sadar betul. Tidak diperbolehkan ASI dipompa dan diberikan pada bayi. Sebaiknya pemberian ASI dihentikan meski tetap perlu dimonitor kadar gula darahnya. Konsultasikan pada dokter mengenai boleh-tidaknya pemberian ASI pada bayi dengan mempertimbangkan kondisi ibu serta jenis obat-obatan yang dikonsumsi.

c) Ibu dengan penyakit infeksi akut dan aktif.

Bahaya penularan pada bayi sangat dikhawatirkan. Tuberkulosis paru yang aktif dan terbuka merupakan kontra indikasi mutlak. Namun, pengidap tuberkulosis aktif tetap boleh menyusui karena kuman penyakit ini tak akan menular lewat ASI, agar tak menyebarkan kuman ke bayi selama menyusui, ibu harus menggunakan masker. Tentu saja ibu harus menjalani pengobatan secara tuntas. Pada sepsis keadaan ibu biasanya buruk dan tidak akan mampu menyusui. Banyak perdebatan mengenai penyakit infeksi apakah dibenarkan menyusui atau tidak. Ibu yang positif mengidap AIDS belum tentu bayinya juga positif AIDS.

d) Ibu dengan karsinoma payudara

IMD harus dicegah karena bisa mempersulit penilaian penyakitnya. Apabila menyusui, ditakutkan adanya sel - sel karsinoma yang terminum si bayi. Kalau semasa menyusui ibu ternyata harus menjalani pengobatan kanker, disarankan menghentikan pemberian ASI. Obat-obatan antikanker yang dikonsumsi, bersifat sitostatik yang prinsipnya mematikan sel. Jika obat-obatan ini sampai terserap ASI lalu diminumkan ke bayi, dikhawatirkan mengganggu pertumbuhan sel-sel bayi

e) Ibu dengan gangguan psikologi

Keadaan jiwa si ibu tidak dapat dikontrol bila menderita psikosis. Meskipun pada dasarnya ibu sayang pada bayinya, tetapi selalu ada kemungkinan penderita psikosis membuat cedera pada bayinya.

f) Ibu dengan gangguan hormon

Bila ibu menyusui mengalami gangguan hormon dan sedang menjalani pengobatan dengan mengonsumsi obat-obatan hormon, sebaiknya pemberian ASI dihentikan. Dikhawatirkan

obat yang menekan kelenjar tiroid ini akan masuk ke ASI lalu membuat kelenjar tiroid bayi jadi terganggu

g) Ibu dengan Hepatitis

Bila ibu terkena hepatitis selama hamil, biasanya kelak begitu bayi lahir akan ada pemeriksaan khusus yang ditangani dokter anak. Bayi akan diberi antibodi untuk meningkatkan daya tahan tubuhnya agar tidak terkena penyakit yang sama. Sedangkan untuk ibunya akan ada pemeriksaan laboratorium tertentu berdasarkan hasil konsultasi dokter penyakit dalam. Dari hasil pemeriksaan tersebut baru bisa ditentukan, boleh-tidaknya ibu memberi ASI. Bila hepatitisnya tergolong parah, umumnya tidak dibolehkan memberi ASI karena dikhawatirkan bisa menularkan pada si bayi. (26)

2) Kontra Indikasi Bayi

a) Bayi Kejang

Kejang - kejang pada bayi akibat cedera persalinan atau infeksi tidak memungkinkan untuk menyusui. Ada bahaya aspirasi, bila kejang timbul saat bayi menyusui. Kesadaran bayi yang menurun juga tidak memungkinkan bayi untuk menyusui

b) Bayi dengan sakit berat

Bayi dengan penyakit jantung atau paru-paru atau penyakit lain yang memerlukan perawatan intensif tidak memungkinkan untuk menyusui, namun setelah keadaan membaik tentu dapat disusui. Misalnya bayi dengan kelainan lahir dengan Berat Badan Lahir Sangat Rendah (*Very Low Birth Weight*) . Refleks menghisap dan refleksi lain pada BBLSR belum baik sehingga tidak memungkinkan untuk menyusui

c) Bayi dengan cacat bawaan

Diperlukan persiapan mental si ibu untuk menerima keadaan bahwa bayinya cacat. Cacat bawaan yang mengancam jiwa si bayi merupakan kontra indikasi mutlak. Cacat ringan seperti

labioskhis, palatoskhis bahkan labiopalatoskhis masih memungkinkan untuk menyusu

h. Penghambat Inisiasi Menyusu Dini

1) Bayi Kedinginan

Bergman pernah menjelaskan bahwa suhu dada ibu yang melahirkan satu derajat lebih panas daripada suhu dada ibu yang tidak melahirkan. Jika bayi yang diletakkan didada ibu ini kepanasan, suhu dada ibu akan turun satu derajat dan jika bayi kedinginan, suhu dada ibu akan meningkat dua derajat untuk menghangatkan bayi.

2) Suntikan Vigtamin K

Menurut *American College of Obstetrics and Gynecology* dan *Academy Breastfeeding Medicine*, tindakan pencegahan ini dapat ditunda setidaknya selama satu jam sampai bayi menyusu sendiri tanpa membahayakan bayi.

3) Bayi harus segera dibersihkan

Hakikatnya, menunda memandikan bayi berarti menghindarkan hilangnya panas badan bayi. Selain itu kesempatan *vernix* meresap, melunakkan dan melindungi kulit bayi lebih besar. Bayi dapat dikeringkan segera setelah lahir. Penimbangan dan pengukuran dapat ditunda sampai menyusu awal selesai.

4) Bayi masih kurang siaga

Pada 1-2 jam pertama kelahirannya, bayi sangat siaga (*alert*). Setelah itu bayi tidur dalam waktu yang lama. Jika bayi mengantuk akibat obat yang di asup ibu, kontak kulit akan lebih penting lagi karena bayi memerlukan bantuan lebih untuk *bonding*.

5) Ibu terlalu Lelah menyusui bayinya

Hal ini tidak benar, seorang ibu jarang terlalu lelah untuk memeluk bayinya segera setelah lahir karena keluarnya oksitosin saat kontak kulit ke kulit serta saat bayi menyusu dini boleh membantu menenangkan ibu

6) Ibu harus dijahit

7) Tenaga kesehatan yang terbatas

Hal tidak jadi masalah, karena saat bayi di dada ibu, penolong persalinan dapat melanjutkan tugasnya, bayi dapat menemukan sendiri payudara ibu. Libatkan ayah atau keluarga terdekat untuk menjaga bayi sambil memberi dukungan pada ibu. (28)

8. Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas

- a. Anjurkan ibu untuk melakukan kontrol/kunjungan masa nifas setidaknya 4 kali, yaitu:
 - 1) 6-8 jam setelah persalinan (sebelum pulang)
 - 2) 6 hari setelah persalinan
 - 3) 2 minggu setelah persalinan
 - 4) 6 minggu setelah persalinan
- b. Periksa tekanan darah, perdarahan pervaginam, kondisi perineum, tanda infeksi, kontraksi uterus, tinggi fundus, dan temperatur secara rutin.
- c. Nilai fungsi berkemih, fungsi cerna, penyembuhan luka, sakit kepala, rasa lelah dan nyeri punggung.
- d. Tanyakan ibu mengenai suasana emosinya, bagaimana dukungan yang didapatkannya dari keluarga, pasangan, dan masyarakat untuk perawatan bayinya.
- e. Tatalaksana atau rujuk ibu bila ditemukan masalah.
- f. Lengkapi vaksinasi tetanus toksoid bila diperlukan.
- g. KIE tanda bahaya nifas dan minta ibu segera menghubungi tenaga kesehatan bila ibu menemukan salah satu tanda berikut:
 - 1) Perdarahan berlebihan
 - 2) Sekret vagina berbau
 - 3) Demam
 - 4) Nyeri perut berat
 - 5) Kelelahan atau sesak nafas
 - 6) Bengkak di tangan, wajah, tungkai atau sakit kepala atau pandangan kabur.
 - 7) Nyeri payudara, pembengkakan payudara, luka atau perdarahan

h. Berikan informasi tentang perlunya melakukan hal-hal berikut.

1) Kebersihan diri

- a) Membersihkan daerah vulva dari depan ke belakang setelah buang air kecil atau besar dengan sabun dan air.
- b) Mengganti pembalut minimal dua kali sehari, atau sewaktu-waktu terasa basah atau kotor dan tidak nyaman.
- c) Mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelamin.
- d) Menghindari menyentuh daerah luka episiotomi atau laserasi.

2) Istirahat

- a) Beristirahat yang cukup, mengatur waktu istirahat pada saat bayi tidur, karena terdapat kemungkinan ibu harus sering terbangun pada malam hari karena menyusui.
- b) Kembali melakukan rutinitas rumah tangga secara bertahap.

3) Latihan (exercise)

4) Gizi

- a) Mengonsumsi tambahan 500 kalori/hari
- b) Diet seimbang (cukup protein, mineral dan vitamin)
- c) Minum minimal 3 liter/hari
- d) Suplemen besi diminum setidaknya selama 3 bulan pascalin, terutama di daerah dengan prevalensi anemia tinggi.
- e) Suplemen vitamin A sebanyak 1 kapsul 200.000 IU diminum segera setelah persalinan dan 1 kapsul 200.000 IU diminum 24 jam kemudian.

5) Menyusui dan merawat payudara

- a) Jelaskan kepada ibu mengenai cara menyusui dan merawat payudara.
- b) Jelaskan kepada ibu mengenai pentingnya ASI eksklusif.
- c) Jelaskan kepada ibu mengenai tanda-tanda kecukupan ASI dan tentang manajemen laktasi.
- d) Menjelaskan cara memperbanyak ASI

- e) Berikan ASI sesering mungkin, dan durasi lama meskipun ASI tidak begitu banyak akan tetapi dengan cara merangsang produksi ASI maka akan meningkat.
 - f) Berikan ASI bergantian sehingga bayi tidak bosan dengan bagian kiri atau kanan saja.
 - g) Pijatan oksitosin dengan benar dapat membantu dalam memperbanyak ASI.
 - h) Memompa ASI setelah selesai menyusui apabila ASI masih banyak
 - i) Buatlah suasana yang tenang dan rileks sehingga bayi lebih lama menyusui.
 - j) Hindari perasaan cemas akan ASI yang tidak lancar
- 6) Senggama
- a) Senggama aman dilakukan setelah darah tidak keluar dan ibu tidak merasa nyeri ketika memasukkan jari ke dalam vagina.
 - b) Keputusan tentang senggama bergantung pada pasangan yang bersangkutan.

7) Kontrasepsi dan KB

Jelaskan kepada ibu mengenai pentingnya kontrasepsi dan keluarga berencana setelah bersalin.

9. Kontrasepsi dan Keluarga berencana (KB)

KB merupakan tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang menginginkan, mengatur interval antara kelahiran. Sasaran KB, secara langsung pasangan usia subur yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan menggunakan kontrasepsi.³⁹

Kontrasepsi berasal dari kata kontra dan sepsi yang berarti mencegah pertemuan sel telur yang matang dengan sperma. Sasaran pemakaian kontrasepsi antarlain pasangan yang aktif melakukan hubungan seksual dan keduanya memiliki kesuburan normal tetapi tidak menghendaki

kehamilan. Kontrasepsi terbagi atas dua yaitu secara alami dan bantuan alat. Kontrasepsi alami merupakan metode kontrasepsi tanpa menggunakan bantuan alat apapun, caranya adalah dengan tidak melakukan hubungan seksual pada masa subur, cara ini lebih dikenal dengan metode kalender. Kelebihannya adalah memperkecil kemungkinan terjadinya efek samping karena tidak menggunakan alat sedangkan kelemahannya adalah kurang efektif karena kadar perhitungan masa subur bisa meleset dan tidak akurat.

Alat kontrasepsi di bagi menjadi dua, yaitu non hormonal dan hormonal. Alat kontrasepsi non hormonal terdiri dari alat kontrasepsi dalam rahi (AKDR), kontrasepsi mantap (tubektomi dan vasektomi), kondom. Sedangkan untuk alat kontrasepsi hormonal terdiri dari kontrasepsi berisi hormon progestin dalam bentuk pil, injeksi dan implant, kontrasepsi yang berisi kombinasi hormon berupa pil dan injeksi.

a. Implant

Implant adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga sampai lima tahun, metode ini dikembangkan oleh *The Population Council*, yaitu suatu organisasi internasional yang didirikan tahun 1952 untuk mengembangkan metode kontrasepsi. Implant merupakan alat kontrasepsi yang dipasangkan di bawah kulit lengan atas yang berbentuk kapsul silastik yang lentur dimana di dalam setiap kapsul berisi hormon levonorgestrel yang dapat mencegah terjadinya kehamilan. Kontrasepsi implant ini memiliki cara kerja menghambat terjadinya ovulasi, menyebabkan selaput lendir endometrium tidak siap dalam menerima pembuahan (nidasi), mengentalkan lendir dan menipiskan lapisan endometrium dengan efektivitas keberhasilan kontrasepsi implant sebesar 97-99% .³

Menurut Saifuddin (2010) kontrasepsi implant ini dapat bekerja efektif selama 5 tahun untuk jenis norplan dan 3 tahun untuk jenis jadana, indoplant, dan implanton. Kontrasepsi implant ini dapat digunakan oleh semua ibu dalam usia reproduksi serta tidak mempengaruhi masa

laktasi, pencabutan serta pemasangan implant perlu pelatihan, kemudian setelah dilakukan pencabutan implant maka kesuburan dapat segera kembali, kontrasepsi implant memiliki efek samping utama terjadinya perdarahan bercak dan amenorrhea.

1) Jenis – jenis Implant ¹⁶

a) Norplant

Terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, dengan diameter 2,4 mm, yang diisi dengan 36 mg Levonorgestrel dan lama kerjanya 5 tahun.

b) Implanon

Terdiri dari satu batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm, dan diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg 3- Keto-desogestrel dan lama kerjanya 3 tahun.

c) Jadena dan Indoplant

Terdiri dari 2 batang yang diisi dengan 75 mg. Levonorgestrel dengan lama kerja 3 tahun.

2) Patofisiologi

Farmakologi : dari batang implan dilepas kan levonorgestrel 0,050-0,080 mg/hari kedalam tubuh pada tahun pertama kemudian menjadi 0,030- 0,035 pada tahun selanjutnya. Kadar rata-rata didalam plasma sebesar 0,030 nanogram/ml ini cukup untuk mencegah konsepsi dan dicapai pada 24 jam setelah insersi. Implan memberikan progestin dalam dosis yang rendah dan kadar yang konstan dan bila implan dilepas, dalam waktu singkat levonorgestrel akan hilang dari dalam tubuh.¹⁶

3) Cara kerja implant

Cara kerja dan efektifitas implant adalah mengentalkan lendir serviks yang dapat mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga terjadi implantasi, mengurangi transportasi sperma, menekan ovulasi, serta efektif dalam mencegah kehamilan yaitu dengan kegagalan 0,3 per 100 tahun. Disini lender serviks menjadi

kental dan sedikit sehingga menghambat pergerakan spermatozoa, implant kemungkinan besar juga menekan proliferasi siklus endometrium yang dipicu oleh estrogen sehingga endometrium tetap dalam keadaan atrofi.¹⁶

Dimana pada kedua jenis implant norplan, hormon levonorgestrel berdistribusi melalui membran silastik dengan kecepatan yang lambat dan konstan. Dalam 24 jam setelah insersi, kadar hormon dalam plasma darah sudah cukup tinggi untuk mencegah ovulasi, kadar levonorgestrel yang dipertahankan dalam tubuh klien dengan sistem norplant secara parsial menekan lonjakan LH dan menghambat ovulasi. Sekresi FSH dan LH tetap berada pada kadar normal.³

4) Keuntungan Kontrasepsi implant

Kontrasepsi implant memiliki keuntungan adalah memiliki daya guna yang tinggi, perlindungan dalam jangka waktu yang panjang, pengembalian kesuburan yang cepat setelah dilakukan pencabutan, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, bebas dari pengaruh estrogen, tidak mengganggu dalam kegiatan seks, tidak mengganggu produksi ASI, klien hanya perlu kembali untuk kontrol bila terdapat keluhan selama pemakaian kontrasepsi, dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan. Pemakaian kontrasepsi implant ini juga memiliki keuntungan non kontrasepsi diantaranya (Saifuddin, 2010) adalah mengurangi rasa nyeri, mengurangi jumlah darah haid, mengurangi atau memperbaiki anemia, melindungi dari terjadinya kanker endometrium, menurunkan angka kejadian kanker payudara, melindungi diri dari beberapa penyebab radang panggul, menurunkan angka kejadian endometritis.¹⁶

5) Kekurangan kontrasepsi implant

Ada beberapa kekurangan dari alat kontrasepsi Implan adalah sebagai berikut: Pada kebanyakan pemakai, dapat menyebabkan perubahan pola haid berupa perdarahan bercak/spotting,

hipermenorea, atau meningkatnya jumlah darah haid serta amenorea, Timbul keluhan-keluhan seperti: nyeri kepala, nyeri dada, perasaan mual, pening/pusing, dan peningkatan/penurunan berat badan., Membutuhkan tindak pembedahan minor. ¹⁶

b. Kontrasepsi hormonal suntik

Kontrasepsi hormonal merupakan salah satu metode kontrasepsi yang paling efektif dan reversibel untuk mencegah terjadinya konsepsi. Kontrasepsi hormonal merupakan kontrasepsi dimana estrogen dan progesteron memberikan umpan balik terhadap kelenjar hipofisis melalui hipotalamus sehingga terjadi hambatan terhadap folikel dan proses ovulasi. Hormon estrogen dan progesteron memberikan umpan balik, terhadap kelenjar hipofisis melalui hipotalamus sehingga terjadi hambatan terhadap perkembangan folikel dan proses ovulasi. Melalui hipotalamus dan hipofisis, estrogen dapat menghambat pengeluaran Folicle Stimulating Hormone (FSH) sehingga perkembangan dan kematangan Folicle De Graaf tidak terjadi. Di samping itu progesteron dapat menghambat pengeluaran Hormone Luteinizing (LH). Estrogen mempercepat peristaltik tuba sehingga hasil konsepsi mencapai uterus endometrium yang belum siap untuk menerima implantasi. ¹⁶

Adapun efek samping akibat kelebihan hormon estrogen, efek samping yang sering terjadi yaitu rasa mual, retensi cairan, sakit kepala, nyeri pada payudara, dan fluor albus atau keputihan. Rasa mual kadang-kadang disertai muntah, diare, dan rasa perut kembung. Retensi cairan disebabkan oleh kurangnya pengeluaran air dan natrium, dan dapat meningkatkan berat badan. Sakit kepala disebabkan oleh retensi cairan. ¹⁶

1) Terdapat dua jenis kontrasepsi suntikan yaitu : ¹⁶

a) Suntik progestin

Terdapat dua jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu: Depo Mendroksi Progesteron (DMPA), mengandung 150 mg DMPA yang diberikan setiap tiga bulan

dengan cara di suntik intramuscular (di daerah pantat) dan Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat), mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap dua bulan dengan cara di suntik intramuscular (di daerah pantat atau bokong).

b) Suntik kombinasi hormon progesteron dan estrogen

Kontrasepsi suntik kombinasi ada dua sediaan KSK yang dibahas dalam rekomendasi: Cyclofem = medroxyprogesterone acetate 25 mg plus estradiol cypionate 5 mg 2 dan Mesigyna = norethisterone enanthate 50 mg plus estradiol valerate 5 mg.

2) Cara kerja kontrasepsi suntik

- a) Kadar FSH dan LH menurun dan tidak terjadi LH surge respon kelenjar hipofise terhadap gonadotropin releasing hormon eksogeneus tidak berubah, sehingga memberi kesan proses terjadi di hipotalamus dari pada di kelenjar hipofise (menghalangi pengeluaran FSH dan LH sehingga tidak terjadi ovulasi).
- b) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
- c) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi
- d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba fallopii
- e) Mencegah ovulasi

3) Kontraindikasi kontrasepsi suntik

Kontra indikasi secara mutlak terdapatnya tromboflebitis/riwayat tromboflebitis, kelainan serebro vaskular, fungsi hati tidak / kurang baik adanya keganasan pada kelenjar payudara dan alat reproduksi, varices berat dan adanya kehamilan. Sedangkan kontrasepsi relative meliputi : Kontra Indikasi secara relative hipertensi, diabetes, perdarahan abnormal pervaginam, fibromioma uterus, penyakit jantung dan ginjal.¹⁵

4) Keuntungan

Keuntungan pengguna KB suntik yaitu sangat efektif, pencegah kehamilan jangka panjang, tidak berpengaruh pada hubungan seksual, tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah, tidak mempengaruhi ASI, efek samping sangat kecil, klien tidak perlu menyimpan obat suntik, dapat digunakan oleh perempuan usia lebih 35 tahun sampai perimenopause, membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik, menurunkan kejadian tumor jinak payudara, dan mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul.¹⁵

5) Kekurangan

Adapun keterbatasan dari kontrasepsi suntik yaitu:¹⁵

- a) Gangguan haid
- b) Leukorhea atau Keputihan
- c) Galaktorea
- d) Jerawat
- e) Rambut Rontok
- f) Perubahan Berat Badan
- g) Perubahan libido

c. Intra Uterine Device (IUD)

1) Pengertian

Pengertian AKDR atau IUD atau Spiral adalah suatu alat kontrasepsi yang terbuat dari plastic yang lentur, mempunyai lilitan tembaga atau juga mengandung hormone dan di masukkan ke dalam rahim melalui vagina dan mempunyai benang.⁴⁰ alat kontrasepsi yang dipasang dalam rahim dengan menjepit kedua saluran yang menghasilkan indung telur sehingga tidak terjadi pembuahan, terdiri dari bahan plastik polietilena, ada yang dililit dengan tembaga ada yang tidak.⁴¹ IUD sangat efektif reversible dan berjangka panjang, dapat menyebabkan haid lama dan lebih banyak, dapat dipakai oleh

semua usia reproduksi, tidak boleh dipakai oleh perempuan yang terpapar infeksi menular seksual (IMS)^{42,43}

2) Macam- Macam IUD

a) Lippes loop

Lippes loop pertama kali dikembangkan oleh Dr Lippes pada tahun 1960, dengan bentuk kontrasepsi double-S. Lippes loop terbuat dari plastik polietilen fleksibel dengan bentuk trapesium yang dianggap sangat cocok dengan kontur rongga rahim, untuk mengurangi risiko lepas. Lippes loop pertama kali didistribusikan pada tahun 1962 dan dengan cepat menjadi IUD yang paling banyak yang diresepkan di Amerika Serikat. Lippes loop dimaksudkan untuk penggunaan jangka panjang sampai menopause. Tingkat kehamilan menurun dengan menambah durasi penggunaan. Penelitian yang dilakukan Aniuliene & Aniulis (2014) menjelaskan penggunaan Lippes loop selama lima puluh tahun dalam jangka waktu lama tidak berpengaruh terhadap kesehatan wanita. Selama lima puluh tahun pasien dalam keadaan sehat, tidak terjangkit penyakit apapun, pelvic inflammatory disease atau pembedahan.²



b) Multiload

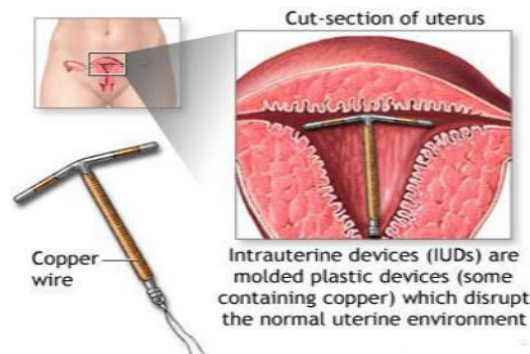
Multiload adalah alat kontrasepsi berbentuk seperti tapal kuda, dilapisi oleh tembaga pada permukaan 375 mm². Lengannya fleksibel dan meminimalkan risiko terlepas. Terbuat dari

polietilen densitas tinggi. Peran lengan yang fleksibel adalah yang beradaptasi sejauh di dalam rongga rahim, mengurangi risiko mempengaruhi integritas dari dinding rahim. Perangkat tersebut terbuat dari plastik buritan, dibentuk dari campuran polietilen, etilen vinil asetat dan barium sulfat dengan rasio 44/36/20. Benang tembaga dililitkan di sekitar buritan. Nilon berkepala dua melekat pada ujung inferior buritan. Tergantung pada jumlah tembaga yang terkandung, ada dua jenis perangkat multiload yaitu multiload 275 (3 tahun kontrasepsi efektif) dan multiload 375 (5 tahun kontrasepsi yang efektif).²



c) Copper T

Copper merupakan IUD berbentuk T atau U terbuat dari plastik dengan lapisan tembaga di permukaannya, copper bekerja dengan melepaskan ion tembaga. Jenis copper antara lain Cu 7, Cu-T 200, Cu 250, Cu 375 dan generasi terbaru adalah Cu-380 A T. Pemakaian copper disarankan agar diperbarui setiap 5 tahun.²



d) Copper 7

Progestasert IUD (melepaskan progesteron) hanya efektif untuk 1 tahun dan dapat digunakan untuk kontrasepsi darurat Copper-7. IUD ini berbentuk angka 7 dengan maksud untuk memudahkan pemasangan. Jenis ini mempunyai ukuran diameter batang vertikal 32 mm dan ditambahkan gulungan kawat tembaga luas permukaan 200 mm², fungsinya sama dengan lilitan tembaga halus pada IUD Copper-T.²



3) Cara kerja dan efektifitas IUD

Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ketuba falopi, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri. AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk kedalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi. memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam

uterus. Keefektifitasan IUD sangat efektif yaitu 0,5 – 1 kehamilan per 100 perempuan selama 1 tahun pertama penggunaan. Berikut ini adalah cara kerja IUD : ¹⁴

- a) Timbulnya reaksi radang lokal di dalam cavum uteri sehingga implantasi sel telur yang telah dibuahi terganggu. Disamping itu, dengan munculnya leukosit, makrofag, dan sel plasma yang dapat mengakibatkan lisis dari spermatozoa atau ovum dan blastocyt.
 - b) Produksi lokal prostaglandin yang meninggi, yang menyebabkan terhambatnya implantasi.
 - c) Gangguan atau terlepasnya blastocyt telah berimplantasi didalam endometrium
 - d) Pergerakan ovum yang bertambah cepat di dalam tuba fallopii.
 - e) Imobilisasi spermatozoa saat melewati cavum uteri.
 - f) Pematatan endometrium oleh leukosit, makrofag, dan limfosit menyebabkan blastokis dirusak oleh makrofag dan blastokis tidak dapat melakukan nidasi.
 - g) Ion Cu yang dikeluarkan IUD dengan Cupper menyebabkan gangguan gerak spermatozoa sehingga mengurangi kemampuan untuk melakukan konsepsi.
- 4) Keuntungan pemasangan IUD

Sebagai kontrasepsi, efektifitasnya tinggi. Sangat efektif mencapai 0,6 - 0,8 kehamilan / 100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125 – 170 kehamilan). AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan. metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT – 380A dan tidak perlu diganti). Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat –ingat, tidak mempengaruhi hubungan seksual meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil.⁴⁴

Selain itu ada beberapa keuntungan kontrasepsi IUD :

- a) Efektif dengan proteksi jangka panjang.

- b) Tidak mengganggu hubungan suami istri.
- c) Tidak berpengaruh terhadap produksi ASI.
- d) Kesuburan segera kembali sesudah IUD dilepas.
- e) Mengurangi nyeri haid.
- f) Dapat dipasang langsung saat ostium masih terbuka setelah plasenta lahir sehingga mengurangi rasa sakit
- g) Dapat membantu mencegah kehamilan diluar kandungan
- h) Dilakukan satu kali pemasangan dan ekonomis dalam jangka waktu maksimal 8-10 tahun
- i) Tidak ada interaksi dengan obat-obatan lain
- j) Tidak menimbulkan ada efek sistemik dan efek samping hormonal

5) Kontra indikasi

Adapun kontraindikasi pengguna IUD diantaranya yaitu hamil atau diduga hamil, infeksi leher rahim atau rongga panggul, termasuk penderita penyakit kelamin, pernah menderita radang rongga panggul, penderita perdarahan pervaginam yang abnormal, riwayat kehamilan ektopik, penderita kanker alat kelamin. Kontraindikasi yang lain yaitu alergi terhadap tembaga (hanya untuk alat yang mengandung tembaga), dan ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm.²

6) Kekurangan Kontrasepsi IUD

IUD bukanlah alat kontrasepsi yang sempurna, sehingga masih terdapat beberapa kerugian antara lain :¹⁵

- a) Pemeriksaan dalam dan penyaringan infeksi saluran genitalia diperlukan sebelum pemasangan IUD.
- b) Dapat meningkatkan resiko penyakit radang panggul.
- c) Memerlukan prosedur pencegahan infeksi sewaktu memasang dan mencabutnya.
- d) Bertambah darah haid dan rasa sakit selama beberapa bulan pertama pemakaian IUD.
- e) Klien tidak dapat mencabut sendiri IUD-nya.

f) Tidak dapat melindungi klien terhadap PMS (penyakit menular seksual), AIDS/HIV.

g) IUD dapat keluar rahim melalui kanalis hingga keluar vagina

7) Efektifitas

Efektifitas metode IUD yaitu 0,6 – 0,8 kehamilan per 100 perempuan selama satu tahun pertama penggunaan. Efektifitas dari IUD dinyatakan dalam rangka kontinuitas yaitu beberapa lama IUD tetap berada di dalam uterus tanpa ekspulsi spontan, terjadinya kehamilan, dan pengangkatan/pengeluaran karena alasan-alasan medis atau pribadi. Efektifitas dari bermacam-macam IUD tergantung pada IUD-nya yaitu ukuran, bentuk, mengandung Cu atau Progesterone. Akseptor yaitu umur, paritas, frekuensi senggama. Dari faktor-faktor yang berhubungan dengan akseptor yaitu umur, dan paritas, diketahui : makin tua usia, makin rendah angka kehamilan, ekspulsi dan pengangkatan/pengeluaran IUD. Makin muda usia, terutama pada nulligravida, makin tinggi angka ekspulsi dan pengangkatan/pengeluaran IUD. Dari uraian di atas, maka efektifitas dari IUD tergantung pada pasien dan medis, termasuk kemudahan insersi, pengalaman pemasang, kemungkinan ekspulsi dari pihak akseptor, kemampuan akseptor untuk mengetahui terjadinya ekspulsi.¹⁴

8) Efek samping pemasangan IUD

Efek samping yang ringan pada akseptor KB IUD antara lain :¹⁵

a) Nyeri pada waktu pemasangan. Kalau nyeri sekali, dapat dilakukan anestesi paraservikal.

b) Kejang rahim, terutama pada bulan-bulan pertama. Hal ini dapat diatasi dengan memberikan spasmolitikum atau pemakaian IUD lebih kecil ukurannya.

c) Nyeri pelvic. Pemberian spasmolitikum dapat mengurangi keluhan ini.

d) Perdarahan di luar haid.

- e) Darah haid lebih banyak.
- f) Sekret vagina lebih banyak.

9) Waktu pemasangan IUD

Berdasarkan Peraturan Kepala BKKBN Nomor 24 Tahun 2017 tentang Pelayanan KB Pasca Persalinan dan Pasca Keguguran waktu pemasangan AKDR adalah :

- a) Pasca placenta yakni di pasang dalam 10 menit setelah placenta lahir (persalinan normal) sedangkan pada persalinan Caesar dipasang pada waktu operasi Caesar.
- b) Pasca persalinan yakni AKDR sebaiknya dipasangkan pada peserta KB sebelum 48 (empat puluh delapan) jam atau diatas 4 (empat) minggu pasca persalinan; dan AKDR tidak mengganggu produksi ASI, sehingga dapat digunakan bagi ibu yang akan menyusui bayinya
- c) Setiap waktu dalam siklus haid, yang dapat dipastikan klien tidak hamil, hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid dan setelah mengalami abortus (segera dalam waktu 7 hari).
- d) Apabila menggunakan Metode amenorea laktasi, pemasangan setelah 6 bulan.

10) Hal yang perlu diketahui oleh akseptor KB IUD

Hal-hal yang harus diketahui oleh akseptor IUD adalah :

- a) Cara memeriksa sendiri benang ekor IUD.
- b) Efek samping yang sering timbul misalnya perdarahan haid yang bertambah banyak atau lama, rasa sakit atau kram.
- c) Segera mencari pertolongan medis bila timbul gejala-gejala infeksi.
- d) Jenis IUD yang dipakai jangka waktu pemasangan.
- e) Pertimbangan pemakaian metode kontrasepsi tambahan seperti kondom atau spermisid selama tiga bulan pasca pemasangan.

- f) Mengetahui tanda bahaya IUD : terlambat haid, perdarahan abnormal, nyeri abdomen, dispareunia, keputihan abnormal, demam/menggigil, benang ekor IUD hilang/bertambahpendek/bertambah panjang.
- g) Bila mengalami keterlambatan haid segera periksa ke petugas kesehatan.
- h) Sebaiknya tunggu tiga bulan untuk hamil kembali setelah pelepasan IUD dan gunakan metode kontrasepsi lain. Ini dapat mencegah kehamilan ektopik.
- i) Bila berobat apapun, beritahu dokter bahwa akseptor menggunakan IUD.
- j) IUD tidak memberi perlindungan terhadap virus AIDS

10. Kontrasepsi KB Pasca Persalinan untuk Ibu Menyusui ^{23,24,25}

Menyusui memberikan dampak bagi kesehatan ibu dan bayi sehingga dalam pemilihan metode kontrasepsi KB Pasca Persalinan harus menggunakan kontrasepsi yang tidak mengganggu ASI.

- a. Jika menggunakan MAL (syarat terpenuhi) dapat proteksi sekurangnya sampai usia 6 bulan, setelah itu menggunakan kontrasepsi lain.
- b. Jika menyusui tidak penuh, bisa menggunakan kondom, pil progestin, suntik progestin, AKDR, atau kontap (MOW/MOP).²³

Macam macam kontrasepsi pasca salin ibu menyusui yaitu:

- a. Metode Amenorhe Laktasi (MAL)

1) Definisi

MAL adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa makanan dan minuman tambahan lainnya.

2) Syarat

Menyusui secara penuh (full breast feeding) >8 kali sehari

3) Cara Kerja

Menunda ovulasi

b. Kondom

1) Definisi

Kondom atau jaswadi adalah alat kontrasepsi atau alat untuk mencegah kehamilan atau penularan penyakit kelamin pada saat bersanggama. Kondom biasanya dibuat dari bahan karet *latex* dan dipakaikan pada alat kelamin pria atau wanita pada keadaan ereksi sebelum bersanggama (bersetubuh) atau berhubungan suami-istri. Kondom tidak hanya mencegah kehamilan, tetapi juga mencegah IMS dan HIV AIDS. Efektif jika dipakai dengan benar.

2) Cara Kerja

Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang di penis sehingga sperma tersebut tidak curah ke dalam saluran reproduksi perempuan. Mencegah penularan mikroorganisme dari satu pasangan ke pasangan yang lain

3) Efektifitas

Kondom cukup efektif bila dipakai secara benar pada setiap kali berhubungan seksual. Angka kegagalan kontrasepsi kondom sangat sedikit yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun.

4) Manfaat

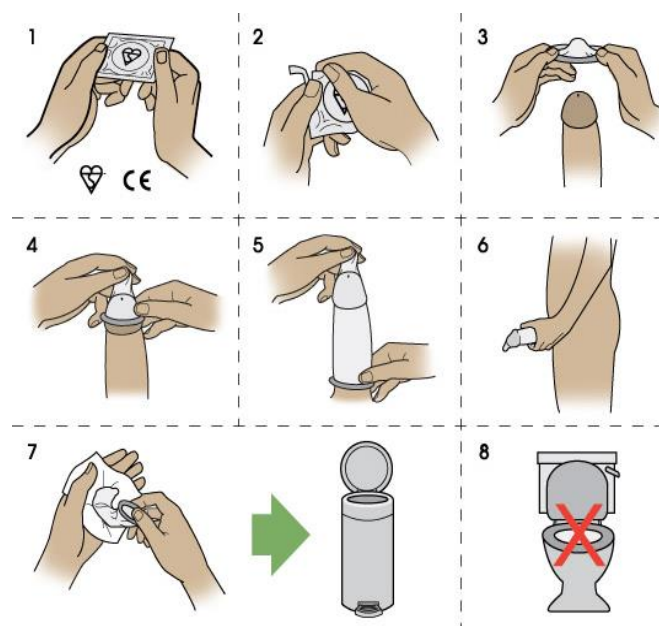
- a) Tidak mengganggu produksi ASI
- b) Tidak mengganggu kesehatan klien
- c) Murah dan dapat dibeli secara umum

5) Petunjuk penggunaan kondom

- a) Tahap 1 : Kondom dipasang saat penis ereksi, dan sebelum melakukan hubungan badan.
- b) Tahap 2 : Buka kemasan kondom secara hati-hati dari tepi, dan arah robekan ke arah tengah. Jangan menggunakan gigi, benda tajam saat membuka kemasan.

- c) Tahap 3 : Tekan ujung kondom dengan jari dan jempol untuk menghindari udara masuk kedalam kondom. Pastikan gulungan kondom berada di sisi luar.
- d) Tahap 4 : Buka gulungan kondom secara perlahan ke arah pangkal penis, sambil menekan ujung kondom. Pastikan posisi kondom tidak berubah selama coitus, jika kondom menggulung, tarik kembali gulungan ke pangkal penis.
- e) Tahap 5 : Setelah ejakulasi, lepas kondom saat penis masih ereksi. Hindari kontak penis dan kondom dari pasangan Anda.
- f) Tahap 6 : Buang dan bungkus kondom bekas pakai ke tempat yang aman.

Gambar 3. Cara Pemakaian Kondom



c. PIL KB untuk ibu menyusui

Hanya ada 1 macam pil KB yang dibuat untuk ibu menyusui yakni minipil (progesteron only), tidak mengandung estrogen. Pil ini mempunyai efek KB seperti suntikan KB karena tidak mengandung estrogen, sehingga tidak mengganggu laktasi baik kualitas maupun kuantitas ASI (air susu ibu).

1) Siapa saja yang dapat menggunakan Pil KB:

- a) Dapat digunakan oleh semua wanita usia produktif
- b) Dapat digunakan oleh wanita yang belum pernah hamil
- 2) Cara Kerja:
 - a) Mencegah ovulasi
 - b) Lendir mulut rahim menjadi lebih kental sehingga sperma sulit masuk
 - c) Pil KB tidak mengugurkan kehamilan yang telah terjadi.
- 3) Efektifitas Pil KB

Bila digunakan dengan teratur dan benar resiko kegagalan pil KB sangat kecil sekitar 1:1000. Kegagalan dapat meningkat hingga 6% jika ibu sering lupa mengkonsumsinya.
- 4) Cara konsumsi Pil KB

Pil diminum setiap hari secara teratur. Usahakan diminum pada jam yang sama, dianjurkan pada malam hari.
- 5) Efek samping pil KB
 - a) Mual pada pemakaian 3 bulan pertama
 - b) Muncul pendarahan di antara masa haid bila lupa mengkonsumsi pil KB
 - c) Dapat menimbulkan sakit kepala ringan
 - d) Dapat mengalami nyeri payudara
 - e) Dapat meningkatkan berat badan
 - f) Tidak mengalami menstruasi
 - g) Bila lupa meminumnya dapat meningkatkan resiko kehamilan
 - h) Tidak untuk wanita yang memiliki riwayat tekanan darah tinggi dan perokok berat
- d. Kontrasepsi Suntik Depo Medroksi Progesterone Acetat ^{26,27,28,29}
 - 1) Pengertian

Kontrasepsi suntik DMPA berisi hormon progesteron saja dan tidak mengandung hormone esterogen. Dosis yang diberikan 150 mg/ml depot medroksiprogesteron asetat yang disuntikkan secara intramuscular (IM) setiap 12 minggu.

2) Mekanisme Kerja

a) Primer : Mencegah ovulasi Kadar Folikel Stimulating Hormone (FSH) dan Luteinizing hormone (LH) menurun serta tidak terjadi lonjakan LH. Pada pemakaian DMPA, endometrium menjadi dangkal dan atrofis dengan kelenjar-kelenjar yang tidak aktif. Dengan pemakaian jangka lama endometrium bisa menjadi semakin sedikit sehingga hampir tidak didapatkan jaringan bila dilakukan biopsi, tetapi perubahan tersebut akan kembali normal dalam waktu 90 hari setelah suntikan DMPA berakhir.

b) Sekunder

- Lendir servik menjadi kental dan sedikit sehingga merupakan barier terhadap spermatozoa.
- Membuat endometrium menjadi kurang baik untuk implantasi dari ovum yang telah dibuahi.
- Mungkin mempengaruhi kecepatan transportasi ovum dalam tuba falopi.

3) Efektivitas

DMPA memiliki efektivitas yang tinggi dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan dalam satu tahun pemakaian (BKKBN, 2003). Kegagalan yang terjadi pada umumnya dikarenakan oleh ketidakpatuhan akseptor untuk datang pada jadwal yang telah ditetapkan atau teknik penyuntikan yang salah, injeksi harus benar-benar intragluteal.

4) Kelebihan

Kelebihan penggunaan suntik DMPA:

- a) Sangat efektif.
- b) Pencegahan kehamilan jangka panjang.
- c) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.
- d) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah.

- e) Tidak mempengaruhi ASI.
- f) Sedikit efek samping.
- g) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
- h) Dapat digunakan oleh perempuan usia lebih dari 35 tahun sampai perimenopause.
- i) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.
- j) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.
- k) Mencegah beberapa penyakit radang panggul.

5) Keterbatasan

Keterbatasan penggunaan suntik DMPA⁴⁵ :

- a) Sering ditemukan gangguan haid.
- b) Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian.
- c) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan.
- d) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering.
- e) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B dan virus HIV.
- f) Pada penggunaan jangka panjang dapat terjadi perubahan lipid serum.

6) Indikasi

Indikasi pada pengguna suntik DMPA :

- a) Wanita usia reproduktif.
- b) Wanita yang telah memiliki anak.
- c) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan memiliki efektifitas tinggi.
- d) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai.
- e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui.
- f) Setelah abortus dan keguguran.

g) Memiliki banyak anak tetapi belum menghendaki tubektomi.h.Masalah gangguan pembekuan darah.

h) Menggunakan obat epilepsydan tuberculosis.

7) Kontra Indikasi

Kontra indikasi pada pengguna suntik DMPA yaitu :

- a) Hamil atau dicurigai hamil.
- b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- c) Wanita yang tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid.
- d) Penderita kanker payudara atau ada riwayat kanker payudara.
- e) Penderita diabetes mellitusdisertai komplikasi.

8) Waktu Mulai Menggunakan

Waktu mulai menggunakan kontrasepsi DMPA yaitu ^{26,27}:

- a) Setiap saat selama siklus haid, asal tidak hamil.
Mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid.
- b) Pada ibu yang tidak haid atau dengan perdarahan tidak teratur, injeksi dapat diberikan setiap saat, asal tidak hamil. Selama 7 hari setelah penyuntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.
- c) Ibu yang telah menggunakan kontrasepsi hormonal lain secara benar dan tidak hamil kemudian ingin mengganti dengan kontrasepsi DMPA, suntikan pertama dapat segera diberikan tidak perlu menunggu sampai haid berikutnya.
- d) Ibu yang menggunakan kontrasepsi nonhormonal dan ingin mengganti dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama dapat segera diberikan, asal ibu tidak hamil dan pemberiannya tidak perlu menunggu haid berikutnya. Bila ibu disuntik setelah hari ke-7 haid, selama 7 hari penyuntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.

9) Cara Penggunaan

Cara penggunaan kontrasepsi DMPA:

- a) Kontrasepsi suntikan DMPA diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuscular(IM) dalam daerah pantat. Apabila suntikan diberikan terlalu dangkal penyerapan kontrasepsi suntikan akan lambat dan tidak bekerja segera dan efektif. Suntikan diberikan tiap 90 hari.
- b) Bersihkan kulit yang akan disuntik dengan kapas alkohol yang dibasahi etil/ isopropyl alcohol 60-90%. Biarkan kulit kering sebelum disuntik, setelah kering baru disuntik.
- c) Kocok dengan baik dan hindarkan terjadinya gelembung-gelembung udara. Kontrasepsi suntik tidak perlu didinginkan. Bila terjadi endapan putih pada dasar ampul, upayakan menghilangkannya dan dengan menghangatkannya.

10) Efek Samping

- a) Efek samping yang sering:
- b) Mengalami gangguan haid seperti amenore, spotting, menorarghia, metrorarghia.
- c) Penambahan berat badan.
- d) Mual.
- e) Sakit kepala.
- f) Penurunan libido.
- g) Vagina kering.

11) Penatalaksanaan akseptor KB dengan efek samping

- a) Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) dengan menjelaskan sebab terjadinya, bahwa gejala atau keluhan tersebut dalam rangka penyesuaian diri, bersifat sementara dan individu.
- b) Melakukan Konseling secara intensif.
- c) Tindakan Medis
 - Amenore. Jangan berikan terapi hormonal untuk menimbulkan perdarahan karena tidak akan berhasil. Tunggu 3-6 bulan, bila tidak terjadi perdarahan juga rujuk ke klinik. Bila klien tidak menerima gangguan tersebut, suntikan jangan dilanjutkan.

Anjurkan pemakaian kontrasepsi yang lain. Bila terjadi kehamilan, rujuk klien dan jelaskan bahwa hormone progestin tidak akan menimbulkan kelainan.

- Spotting dan metrorrhagia

Bila ringan atau tidak terlalu mengganggu tidak perlu diberi obat. Bila cukup mengganggu dapat diberikan pil KB 3x1 tablet selama 7 hari (Depkes, 1999). 1 siklus pil kontrasepsi kombinasi (30-35 µg etinilestradiol), 40 ibuprofen (sampai 800mg, 3x/hari untuk 5 hari) atau obat sejenis lain.

- Menorrhagia

Bila terjadi perdarahan banyak selama penyuntikan ditangani dengan pemberian 2 tablet pil kontrasepsi kombinasi/hari selama 3-7 hari dilanjutkan dengan 1 siklus pil kontrasepsi hormonal, atau diberi 50 µg etinilestradiol atau 1,25 mg estrogen equin konjugasi untuk 14-21 hari. Untuk mencegah anemia perlu preparat besi atau makanan yang mengandung banyak zat besi (Saifuddin, 2003). Diberi tablet sulfas ferosus (Fe) 3x1 tablet antara 5-7 hari sampai keadaan membaik.

e. Implant

1) Pengertian

Kontrasepsi implant adalah alat kontrasepsi bawah kulit (Hanafi, 2004). Implant adalah suatu alat kontrasepsi yang mengandung levonorgestrel yang dibungkus dalam kapsul silastik silikon polidimetri silikon dan disusukkan di bawah kulit. Jumlah kapsul yang disusukkan di bawah kulit sebanyak 2 kapsul masing-masing kapsul panjangnya 44mm masing-masing batang diisi dengan 70 mg levonorgestrel, dilepaskan ke dalam darah secara difusi melalui dinding kapsul levonorgestrel adalah suatu progestin yang dipakai juga dalam pil KB seperti mini pil atau pil kombinasi (Prawirohardjo, 2009)

2) Cara kerja

- a) Lendir serviks menjadi kental
- b) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi.
- c) Mengurangi transportasi sperma.
- d) Menekan ovulasi.

3) Efek samping

- a) Peningkatan/penurunan berat badan
- b) Nyeri payudara
- c) Perasaan mual
- d) Pening/pusing kepala
- e) Perubahan perasaan (mood) atau kegelisahan (nervousness).
- f) Membutuhkan tindak pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan
- g) Tidak memberikan efek protektif terhadap infeksi menular seksual termasuk AIDS.
- h) Klien tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi ini sesuai dengan keinginan, akan tetapi harus pergi ke klinik untuk pencabutan.
- i) Efektifitasnya menurun bila menggunakan obat-obat tuberkulosis (rifampisin) atau obat epilepsy (fenitoin dan barbiturat).
- j) Terjadinya kehamilan ektopik sedikit lebih tinggi (1,3 per 100.000 perempuan per tahun).

f. Intra Uteri Devices (IUD/AKDR)

1) Pengertian

AKDR adalah suatu alat untuk mencegah kehamilan yang efektif, aman, dan reversibel yang terbuat dari plastik atau logam kecil yang dimasukkan dalam uterus melalui kanalis servikalis (WHO, 2007). AKDR merupakan suatu alat kontrasepsi yang dimasukkan dalam rahim terbuat dari bahan polyethylene dilengkapi dengan benang

nylon sehingga mudah dikeluarkan dari dalam rahim. AKDR adalah alat kontrasepsi yang dimasukan ke dalam rahim yang terbuat dari plastik (polyethylene).

2) Mekanisme kerja AKDR

- a) Mekanisme kerja yang pasti dari AKDR belum diketahui.
- b) Timbulnya reaksi radang lokal yang nonspesifik di dalam cavum uterisehingga implantasi sel telur yang telah dibuahi terganggu.
- c) Produksi lokal prostaglandin yang meninggi yang menyebabkan terhambatnya implantasi.
- d) Gangguan/terlepasnya blastocyst yang telah berimplantasi di dalam endometrium.
- e) Pergerakan ovum yang bertambah cepat di dalam tuba fallopii.
- f) Immobilisasi spermatozoa saat melewati cavum uteri.
- g) AKDR juga mencegah spermatozoa membuahi sel telur (mencegah fertilisasi).

3) Efek samping dan komplikasi

- a) Bercak darah dan kram abdomen sesaat setelah pemasangan AKDR
- b) Kram, nyeri punggung bagian bawah, atau kedua keadaan tersebut terjadi bersamaan selama beberapa hari setelah pemasangan AKDR.
- c) Nyeri berat yang berlanjut akibat kram perut.
- d) Disminorhoe, terutama yang terjadi selama 1-3 bulan pertama setelah pemasangan AKDR.
- e) Perubahan/gangguan menstruasi (menorrhagia, metroragia, amenoroe, oligomenorea).
- f) Perdarahan berat atau berkepanjangan.
- g) Anemia.
- h) Benang AKDR hilang, terlalu panjang, terlalu pendek.
- i) AKDR tertanam dalam endometrium atau miometrium.
- j) AKDR terlepas spontan.

- k) Kehamilan, baik AKDR masih tertanam dalam endometrium atau setelah AKDR terlepas spontan tanpa diketahui.
- l) Kehamilan ektopik.
- m) Aborsi sespsis spontan.
- n) Perforasi servik atau uterus.
- o) Kista ovarium hanya pada pengguna AKDR hormonal.

11. Teori Kewenangan Bidan

- a. Undang undang No 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan ³⁰

1) Pasal 46

Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan bertugas memberikan pelayanan yang meliputi:

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

2) Pasal 49

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (1) huruf a, Bidan berwenang:

- a) memberikan Asuhan Kebidanan pada masa sebelum hamil;
- b) memberikan Asuhan Kebidanan pada masa kehamilan normal;
- c) memberikan Asuhan Kebidanan pada masa persalinan dan menolong persalinan normal;
- d) memberikan Asuhan Kebidanan pada masa nifas;
- e) melakukan pertolongan pertama kegawatdaruratan ibu hamil, bersalin, nifas, dan rujukan; dan
- f) melakukan deteksi dini kasus risiko dan komplikasi pada masa kehamilan, masa persalinan, pascapersalinan, masa nifas, serta asuhan pascakeguguran dan dilanjutkan dengan rujukan.

3) Pasal 50

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1) huruf b, Bidan berwenang:

- a) memberikan Asuhan Kebidanan pada bayi baru lahir, bayi, balita, dan anak prasekolah;
- b) memberikan imunisasi sesuai program Pemerintah Pusat;
- c) melakukan pemantauan tumbuh kembang pada bayi, balita, dan anak prasekolah serta deteksi dini kasus penyulit, gangguan tumbuh kembang, dan rujukan; dan
- d) memberikan pertolongan pertama kegawatdaruratan pada bayi baru lahir dilanjutkan dengan rujukan.

Pelayanan Kesehatan Reproduksi Perempuan dan Keluarga Berencana

4) **Pasal 51**

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1) huruf c, Bidan berwenang melakukan komunikasi, informasi, edukasi, konseling, dan memberikan pelayanan kontrasepsi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

Permenkes Republik Indonesia No 28 Tahun 2017 tentang Izin Penyelenggaraan Praktik Bidan ³¹

5) **Pasal 18**

Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan:

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

6) **Pasal 19**

- a) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf a diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa

persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.

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

konseling pada masa sebelum hamil;
antenatal pada kehamilan normal;
persalinan normal; d.ibu nifas normal;
ibu menyusui; dan

konseling pada masa antara dua kehamilan.

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

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

7) Pasal 20

- a) Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf b diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak prasekolah.
- b) Dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bidan berwenang melakukan:
- c) pelayanan neonatal esensial;
- d) penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan;

- e) pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah; dan
- f) konseling dan penyuluhan.
- g) Pelayanan neonatal esensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a meliputi inisiasi menyusui dini, pemotongan dan perawatan tali pusat, pemberian suntikan Vit K1, pemberian imunisasi B0, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pemantauan tanda bahaya, pemberian tanda identitas diri, dan merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil dan tepat waktu ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang lebih mampu.
- h) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b meliputi:
 - penanganan awal asfiksia bayi baru lahir melalui pembersihan jalan nafas, ventilasi tekanan positif, dan/atau kompresi jantung;
 - penanganan awal hipotermia pada bayi baru lahir dengan BBLR melalui penggunaan selimut atau fasilitasi dengan cara menghangatkan tubuh bayi dengan metode kangguru
 - penanganan awal infeksi tali pusat dengan mengoleskan alkohol atau povidon iodine serta menjaga luka tali pusat tetap bersih dan kering; dan
 - membersihkan dan pemberian salep mata pada bayi baru lahir dengan infeksi gonore (GO).
- i) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c meliputi kegiatan penimbangan berat badan, pengukuran lingkar kepala, pengukuran tinggi badan, stimulasi deteksi dini, dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang balita dengan menggunakan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP)
- j) Konseling dan penyuluhan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d meliputi pemberian komunikasi, informasi, edukasi (KIE) kepada ibu dan keluarga tentang perawatan bayi baru

lahir, ASI eksklusif, tanda bahaya pada bayi baru lahir, pelayanan kesehatan, imunisasi, gizi seimbang, PHBS, dan tumbuh kembang.

8) Pasal 21

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

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