

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

1. Kehamilan

Pada tanggal 9 Maret 2026 dilakukan pengkajian asuhan kebidanan kehamilan pada Ny. F usia 30 tahun G2P1Ab0Ah1 usia kehamilan 40 minggu 2 hari di Poli KIA Puskesmas Tegalrejo Yogyakarta. Kehamilan ini merupakan kehamilan kedua yang diinginkan oleh ibu dan keluarga. Saat kunjungan, ibu mengeluhkan mulai merasakan kenceng-kenceng namun masih hilang timbul dan merasa khawatir karena telah melewati Hari Perkiraan Lahir (HPL) tanggal 7 Maret 2026 tetapi belum muncul tanda-tanda persalinan yang jelas. Berdasarkan data kehamilan, HPHT ibu adalah 31 Mei 2025 dan HPL 7 Maret 2026. Ibu telah melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur sejak usia kehamilan 10 minggu di Puskesmas, klinik, dan rumah sakit dengan frekuensi ANC trimester I sebanyak 2 kali, trimester II sebanyak 6 kali, dan trimester III sebanyak 5 kali. Gerakan janin pertama kali dirasakan pada usia kehamilan 18 minggu dan hingga saat ini gerakan janin masih aktif dirasakan oleh ibu.

Selama kehamilan, ibu mengeluhkan mual pada trimester I, kaki terasa linu-linu pada trimester II, dan nyeri pinggang pada trimester III. Pola nutrisi ibu cukup baik dengan frekuensi makan 3–4 kali sehari terdiri dari nasi, sayur, dan lauk serta minum air putih 8–10 gelas per hari. Pola eliminasi dalam batas normal dengan BAB 1 kali sehari dan BAK 4–6 kali sehari, meskipun warna urin tampak agak keruh. Aktivitas sehari-hari ibu meliputi mengurus suami dan anak, menyapu, memasak, serta mengepel rumah. Pola istirahat cukup dengan tidur siang 1–2 jam dan tidur malam 6–8 jam. Personal hygiene ibu baik, ditandai dengan kebiasaan mandi dua kali sehari, membersihkan genetalia setiap selesai BAK dan BAB, serta mengganti pakaian dalam ketika lembab.

Riwayat obstetri menunjukkan bahwa ibu pernah melahirkan satu kali pada tahun 2022 secara spontan ditolong bidan, dengan bayi perempuan berat lahir 2.600 gram, tanpa komplikasi pada ibu maupun bayi. Masa nifas sebelumnya berlangsung normal dan ibu berhasil memberikan ASI kepada bayinya. Riwayat kesehatan ibu dan keluarga tidak menunjukkan adanya komplikasi yang bermakna selama kehamilan sebelumnya.

Hasil pemeriksaan antenatal menunjukkan keadaan umum ibu baik dan janin dalam kondisi baik. Namun, berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium urin ditemukan bakteri positif (+2) dan leukosit positif (+1) sehingga ibu didiagnosis mengalami infeksi saluran kemih (ISK) pada kehamilan. Ibu diberikan penjelasan bahwa infeksi saluran kemih pada kehamilan perlu segera ditangani karena dapat meningkatkan risiko komplikasi seperti persalinan preterm, ketuban pecah dini, maupun infeksi yang lebih berat apabila tidak mendapatkan terapi yang adekuat.

Asuhan yang diberikan meliputi edukasi mengenai ketidaknyamanan trimester III, penjelasan mengenai kontraksi palsu (*Braxton Hicks*), tanda-tanda persalinan, pemenuhan nutrisi selama kehamilan, serta pentingnya meningkatkan konsumsi cairan untuk membantu memperlancar pengeluaran urin dan mengurangi gejala infeksi saluran kemih. Ibu juga dianjurkan untuk tetap mengonsumsi vitamin kehamilan, tablet Fe, kalsium, vitamin C, dan antibiotik amoksisilin sesuai resep yang diberikan. Selain itu, ibu diberikan konseling mengenai persiapan persalinan meliputi kesiapan pendonor darah, kendaraan, biaya persalinan, perlengkapan ibu dan bayi, serta perencanaan kontrasepsi pasca persalinan.

Pada tanggal 10 Maret 2026 dilakukan kunjungan pemantauan di rumah Ny. F. Ibu mengatakan masih merasakan kenceng-kenceng yang hilang timbul, belum ada pengeluaran lendir darah maupun air ketuban, dan gerakan janin masih aktif. Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, tekanan darah 115/62 mmHg, nadi 86 kali per menit, dan respirasi 20 kali per menit. Berdasarkan hasil pengkajian, ibu

didiagnosis sebagai Ny. F usia 30 tahun G2P1Ab0Ah1 usia kehamilan 40 minggu 3 hari dengan infeksi saluran kemih. Pada kunjungan ini dilakukan edukasi ulang mengenai pemantauan gerakan janin minimal 10 kali dalam 12 jam, tanda-tanda persalinan, pemenuhan nutrisi seimbang, konsumsi cairan minimal 2 liter per hari, serta kepatuhan minum obat yang telah diberikan. Ibu juga menyatakan telah mempersiapkan persalinan dan berencana menggunakan kontrasepsi IUD setelah melahirkan.

2. Persalinan

Pada tanggal 11 Maret 2026, dilakukan pengkajian asuhan kebidanan persalinan melalui kunjungan/komunikasi daring (WhatsApp), wawancara ibu, serta telaah catatan perkembangan persalinan. Ny. F usia 30 tahun mengatakan mengeluarkan cairan ketuban dari jalan lahir sejak pukul 06.00 WIB yang terus merembes dan tidak dapat ditahan, disertai bau sedikit amis. Ibu juga mengeluh keluar lendir bercampur darah sejak pukul 03.00 WIB. Kontraksi rahim (kenceng-kenceng) sudah dirasakan namun masih belum teratur, serta gerak janin masih aktif.

Berdasarkan riwayat kehamilan, Ny. F merupakan G2P1A0Ah1 dengan usia kehamilan 40 minggu 5 hari. Ibu memiliki riwayat infeksi saluran kemih (ISK) selama kehamilan yang menjadi faktor risiko terjadinya komplikasi kehamilan, termasuk peningkatan risiko ketuban pecah dini (KPD). Kondisi ini perlu mendapatkan pemantauan ketat karena ISK pada kehamilan dapat berhubungan dengan meningkatnya risiko infeksi intrauterin dan persalinan prematur atau KPD.

Hasil pemeriksaan yang dilakukan di fasilitas kesehatan pada pukul 20.30 WIB menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran composmentis, tekanan darah 127/77 mmHg, nadi 84 x/menit, pernapasan 20 x/menit, suhu 36,7°C, SpO₂ 98%, dan denyut jantung janin 148 x/menit. Pemeriksaan dalam menunjukkan vulva uretra tenang, dinding vagina licin, portio lunak, pembukaan serviks 1 cm, air ketuban (+), lakmus (+), serta STLD negatif. His belum adekuat pada saat pemeriksaan tersebut.

Berdasarkan data tersebut, Ny. F didiagnosis G2P1A0Ah1 usia kehamilan 40 minggu 5 hari inpartu kala I fase laten dengan ketuban pecah dini (KPD) dengan durasi $\pm 14,5$ jam. Kondisi KPD dengan riwayat ISK pada kehamilan menjadi indikasi rujukan untuk mencegah risiko infeksi maternal dan neonatal serta komplikasi persalinan lebih lanjut.

Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu pemberian informasi kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan bahwa kondisi umum ibu dalam batas normal, namun terjadi KPD yang memerlukan penanganan lebih lanjut di fasilitas kesehatan rujukan. Ibu diberikan edukasi terkait kondisi KPD dan risiko yang dapat terjadi. Selanjutnya dilakukan rujukan oleh bidan dan dokter Puskesmas ke RS Sakina Idaman atas indikasi KPD. Ibu menyetujui tindakan rujukan tersebut. Di rumah sakit, dilakukan penatalaksanaan persalinan dengan induksi oleh tenaga kesehatan serta pemantauan persalinan kala I sampai dengan kala IV sesuai standar pelayanan kebidanan.

3. Bayi Baru Lahir

Pada tanggal 12 Maret 2026, dilakukan pengkajian asuhan kebidanan bayi baru lahir melalui komunikasi daring (WhatsApp), wawancara ibu, serta telaah catatan perkembangan bayi baru lahir. Bayi Ny. F lahir pada tanggal 12 Maret 2026 pukul 09.33 WIB secara spontan di RS Sakina Idaman. Bayi segera menangis kuat setelah lahir, dengan warna kulit kemerahan dan tonus otot baik. Jenis kelamin bayi adalah perempuan. Berdasarkan penilaian awal, bayi memiliki APGAR score 8/9/10 yang menunjukkan kondisi adaptasi neonatal yang baik pada menit pertama hingga menit kesepuluh setelah kelahiran.

Bayi lahir dari ibu Ny. F usia 30 tahun dengan riwayat kehamilan G2P1A0Ah1 usia kehamilan cukup bulan. Kehamilan ibu sebelumnya diketahui memiliki riwayat infeksi saluran kemih (ISK), sehingga pada masa kehamilan dilakukan pemantauan ketat karena ISK dapat meningkatkan risiko komplikasi seperti infeksi neonatus, ketuban pecah

dini, serta risiko infeksi pada bayi baru lahir. Namun, pada proses persalinan saat ini tidak ditemukan kelainan bawaan maupun tanda infeksi pada bayi.

Hasil pemeriksaan antropometri menunjukkan berat badan lahir 3100 gram, panjang badan 52 cm, lingkar kepala 32 cm, lingkar dada 31 cm, lingkar perut 30 cm, dan lingkar lengan atas 11 cm. Tidak ditemukan kelainan kongenital maupun kecacatan fisik. Berdasarkan hasil tersebut, bayi termasuk bayi cukup bulan (aterm) dengan berat badan sesuai masa kehamilan (SMK/appropriate for gestational age).

Berdasarkan data pemeriksaan, bayi Ny. F berusia 2 jam dalam kondisi umum baik, lahir spontan, cukup bulan, dan sehat. Adaptasi awal kehidupan berjalan normal tanpa tanda distress pernapasan maupun gangguan neurologis. Refleks neonatal juga dalam batas normal, meliputi refleks Moro (+), rooting (+), sucking (+), swallowing (+), grasping (+), dan Babinski (+), yang menunjukkan fungsi neurologis bayi dalam keadaan baik.

Penatalaksanaan yang diberikan meliputi inisiasi menyusui dini (IMD) dalam satu jam pertama kehidupan, pemberian vitamin K 1 mg secara intramuskular pada paha kiri untuk mencegah perdarahan, pemberian salep mata antibiotik gentamicin 1% pada kedua mata untuk mencegah infeksi, serta pemberian imunisasi Hepatitis B (HB 0) pada paha kanan satu jam setelah vitamin K. Seluruh tindakan dilakukan dengan persetujuan ibu.

Selanjutnya bayi dilakukan rawat gabung bersama ibu untuk mendukung bonding attachment dan keberhasilan pemberian ASI eksklusif. Ibu juga diberikan edukasi mengenai pentingnya pemberian ASI saja (ASI eksklusif), menjaga kehangatan bayi, serta memantau tanda bahaya bayi baru lahir seperti lemah menyusui, demam, atau perubahan warna kulit. Kondisi bayi saat ini stabil dan tidak ditemukan tanda kegawatdaruratan neonatal.

4. Neonatus

Pada tanggal 14 Maret 2026 dan 5 April 2026, dilakukan pengkajian asuhan kebidanan neonatus melalui kunjungan rumah serta wawancara ibu

Ny. F. Bayi Ny. F merupakan bayi perempuan yang lahir secara spontan pada tanggal 12 Maret 2026 di RS Sakina Idaman, cukup bulan, dengan riwayat persalinan tanpa komplikasi neonatal yang bermakna. Pengkajian dilakukan pada masa neonatus awal (KN II) dan neonatus lanjut (KN III) untuk memantau adaptasi kehidupan luar uterus, pertumbuhan, serta perkembangan bayi.

Pada KN II tanggal 14 Maret 2026, bayi berusia 3 hari. Ibu mengatakan bayi tidak memiliki keluhan, menyusu dengan baik, dan hisapan kuat. Payudara ibu terasa kosong setelah menyusui yang menunjukkan proses menyusui berjalan efektif. Namun, ibu menyampaikan kesulitan dalam memandikan bayi. Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum bayi baik, kesadaran composmentis, dengan berat badan 3055 gram, panjang badan 52 cm, lingkar kepala 32 cm, frekuensi napas 41 x/menit, dan frekuensi nadi 121 x/menit. Tali pusat masih belum puput, dalam keadaan bersih dan kering tanpa tanda infeksi. Bayi tidak tampak ikterik dan mampu menyusu dengan baik.

Berdasarkan hasil pengkajian, bayi Ny. F usia 3 hari dalam kondisi neonatus normal, lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, dan sehat. Permasalahan utama yang ditemukan adalah kurangnya pengetahuan ibu mengenai perawatan bayi, khususnya teknik memandikan bayi baru lahir. Oleh karena itu, diberikan edukasi mengenai personal hygiene bayi, cara memandikan bayi yang aman, serta pemahaman tentang tanda bahaya neonatus seperti tidak mau menyusu, demam, kejang, ikterus, dan sianosis. Selain itu, ibu juga diberikan konseling mengenai ASI eksklusif serta pentingnya pemberian ASI minimal setiap 2 jam untuk mendukung pertumbuhan optimal bayi. Keterlibatan keluarga juga ditekankan dalam membantu perawatan ibu dan bayi di rumah.

Pada KN III tanggal 5 April 2026, bayi Ny. F berusia 25 hari. Ibu mengatakan bayi dalam keadaan sehat tanpa keluhan, menyusu dengan baik, serta telah mendapatkan imunisasi BCG pada tanggal 2 April 2026. Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum bayi baik dengan kesadaran

composmentis, frekuensi napas 35 x/menit, nadi 111 x/menit, suhu 36,7°C. Tali pusat telah puput, kering, dan tidak terdapat tanda infeksi.

Berdasarkan pengkajian, bayi Ny. F dalam kondisi neonatus lanjut yang sehat dengan perkembangan sesuai usia. Tidak ditemukan masalah medis pada bayi, namun tetap diperlukan pemantauan tumbuh kembang serta kepatuhan imunisasi lanjutan. Edukasi yang diberikan meliputi pentingnya menjaga kebersihan bayi, melanjutkan ASI eksklusif selama 6 bulan, serta pemahaman mengenai imunisasi BCG sebagai pencegahan tuberkulosis. Ibu juga diberikan penjelasan bahwa reaksi lokal seperti munculnya bisul kecil di tempat suntikan merupakan respon normal tubuh dan tidak perlu dikhawatirkan.

Secara keseluruhan, hasil pengkajian KN II dan KN III menunjukkan bahwa bayi Ny. F dalam kondisi sehat, mengalami adaptasi neonatus yang baik, serta tidak ditemukan tanda infeksi maupun gangguan pertumbuhan. Fokus asuhan lebih diarahkan pada edukasi ibu dan keluarga dalam perawatan bayi, pemberian ASI eksklusif, serta pemantauan tanda bahaya neonatus untuk mencegah komplikasi pada masa bayi awal.

5. Nifas

Pada tanggal 14 Maret 2026 dan 5 April 2026, dilakukan pengkajian asuhan kebidanan masa nifas pada Ny. F melalui kunjungan rumah serta wawancara ibu. Ny. F merupakan seorang ibu usia 30 tahun dengan status P2A0Ah2 postpartum spontan hari ke-3 pada KF II dan hari ke-25 pada KF III. Pengkajian dilakukan untuk menilai proses involusi uterus, pemulihan ibu pasca persalinan, produksi ASI, serta adaptasi ibu dalam perawatan diri dan bayi.

Pada KF II tanggal 14 Maret 2026, ibu mengatakan tidak ada keluhan serius. Ibu masih merasakan nyeri ringan pada luka jahitan namun masih dapat ditoleransi. Ibu tidak mengalami demam, pusing, maupun perdarahan banyak. Ibu sudah mulai dapat beraktivitas ringan di rumah, BAK dan BAB lancar, serta pola istirahat menyesuaikan dengan waktu tidur bayi. Ibu juga mengatakan ASI sudah keluar dan bayi menyusu dengan baik.

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran composmentis, tekanan darah 115/75 mmHg, nadi 84 x/menit, pernapasan 18 x/menit, suhu 36,5°C, serta tidak tampak anemia. Pengeluaran ASI lancar, kontraksi uterus baik, tinggi fundus uteri (TFU) berada pada pertengahan antara pusat dan simpisis, serta terdapat lochea rubra yang masih dalam batas normal masa nifas awal. Luka jahitan dalam kondisi baik dan tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi.

Berdasarkan hasil pengkajian tersebut, Ny. F dalam kondisi nifas hari ke-3 yang fisiologis dengan proses involusi uterus normal dan tidak ditemukan komplikasi. Masalah yang ditemukan lebih mengarah pada kebutuhan edukasi mengenai perawatan diri, nutrisi, serta pencegahan komplikasi masa nifas. Oleh karena itu, diberikan KIE mengenai personal hygiene, cara menjaga kebersihan daerah genital, penggantian pembalut secara teratur, serta perawatan luka jahitan. Ibu juga diberikan edukasi mengenai pemenuhan nutrisi tinggi protein dan cairan yang cukup untuk mempercepat pemulihan dan meningkatkan produksi ASI. Selain itu, ibu dimotivasi untuk memberikan ASI secara on demand serta diberikan konseling mengenai tanda bahaya masa nifas seperti perdarahan banyak, demam, infeksi luka, dan gangguan psikologis postpartum.

Pada KF III tanggal 5 April 2026, ibu mengatakan tidak ada keluhan serius. Luka jahitan sudah kering, tidak ada perdarahan, tidak demam, dan ibu sudah dapat beraktivitas seperti biasa. Ibu juga menyatakan ASI lancar dan bayi menyusu dengan baik. BAK dan BAB dalam batas normal, serta pola istirahat sudah lebih stabil.

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, tekanan darah 118/70 mmHg, nadi 70 x/menit, pernapasan 20 x/menit, suhu 36,5°C. Tidak ditemukan tanda anemia, konjungtiva merah muda, pengeluaran ASI lancar, serta tinggi fundus uteri sudah tidak teraba. Luka jahitan sudah kering dan tidak ada tanda infeksi.

Berdasarkan hasil pengkajian, Ny. F pada masa nifas hari ke-25 berada dalam kondisi fisiologis normal dengan proses involusi uterus yang

baik dan pemulihan postpartum yang optimal. Tidak ditemukan komplikasi baik fisik maupun psikologis. Asuhan difokuskan pada penguatan edukasi mengenai perawatan diri, pemenuhan nutrisi, dukungan menyusui, serta konseling tanda bahaya masa nifas agar ibu tetap mampu menjaga kesehatannya dan mendukung tumbuh kembang bayi secara optimal.

6. Keluarga Berencana

Pada tanggal 14 Maret 2026 dan 5 April 2026, dilakukan pengkajian asuhan kebidanan keluarga berencana pada Ny. F melalui kunjungan rumah serta wawancara langsung. Ny. F merupakan seorang ibu usia 30 tahun dengan status P2A0Ah2 postpartum spontan hari ke-3 pada kunjungan pertama (KF KB awal) dan hari ke-25 pada kunjungan lanjutan. Pengkajian ini dilakukan untuk memberikan konseling serta pendampingan dalam pemilihan metode kontrasepsi pascapersalinan yang sesuai dengan kondisi ibu dan kebutuhan keluarga.

Pada kunjungan pertama tanggal 14 Maret 2026, ibu mengatakan sebelumnya menggunakan metode kontrasepsi suntik namun merasa kurang cocok sehingga beralih menggunakan kondom sebagai metode sementara. Ibu juga menyampaikan belum memiliki pengetahuan yang cukup mengenai berbagai jenis alat kontrasepsi lain. Hal ini menunjukkan adanya kebutuhan informasi yang komprehensif mengenai pilihan kontrasepsi agar ibu dapat menentukan metode yang paling sesuai dengan kondisi kesehatannya.

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran composmentis, tekanan darah 115/75 mmHg, nadi 84 x/menit, pernapasan 18 x/menit, dan suhu 36,5°C. Tidak ditemukan kelainan pada tanda vital maupun kondisi kesehatan ibu. Berdasarkan hasil tersebut, ibu dalam kondisi postpartum hari ke-3 yang stabil sehingga dapat diberikan konseling KB secara aman.

Berdasarkan pengkajian, Ny. F berada pada fase awal pemilihan metode kontrasepsi dengan riwayat ketidakcocokan terhadap KB suntik sebelumnya. Oleh karena itu, asuhan difokuskan pada pemberian edukasi

mengenai manfaat KB, jenis-jenis alat kontrasepsi, cara kerja, keuntungan, kekurangan, serta efek samping masing-masing metode. Ibu juga diberikan motivasi untuk berdiskusi dengan suami dalam menentukan metode KB yang akan digunakan agar sesuai dengan rencana keluarga.

Pada kunjungan kedua tanggal 5 April 2026, ibu mengatakan telah berdiskusi dengan suami dan mantap memilih kontrasepsi jangka panjang berupa IUD karena merasa jumlah anak sudah cukup, yaitu dua orang anak. Hal ini menunjukkan adanya kesiapan ibu secara psikologis serta dukungan keluarga dalam pengambilan keputusan KB.

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, tekanan darah 118/70 mmHg, nadi 70 x/menit, pernapasan 20 x/menit, suhu 36,5°C, konjungtiva merah muda, tidak pucat, pengeluaran ASI lancar, TFU tidak teraba, serta luka jahitan sudah kering tanpa tanda infeksi. Kondisi ini menunjukkan ibu dalam masa nifas akhir yang fisiologis dan telah siap untuk penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang.

Berdasarkan pengkajian, Ny. F termasuk dalam fase pemantapan pilihan kontrasepsi dengan metode IUD. Edukasi yang diberikan meliputi penjelasan mengenai cara kerja IUD, yaitu mencegah terjadinya pembuahan dengan menghambat pertemuan sperma dan ovum serta mengubah kondisi endometrium sehingga tidak terjadi implantasi. Selain itu, dijelaskan pula keuntungan IUD seperti efektivitas tinggi, tidak mempengaruhi produksi ASI, bersifat jangka panjang, serta dapat segera kembali subur setelah dilepas. Kekurangan dan efek samping seperti perubahan pola menstruasi juga disampaikan agar ibu memahami secara menyeluruh.

Ibu juga diinformasikan bahwa pemasangan IUD dilakukan setelah masa nifas selesai, yaitu sekitar 6–8 minggu postpartum. Ibu menyatakan memahami dan bersedia mengikuti anjuran tersebut. Hasil pemantauan menunjukkan bahwa Ny. F kemudian telah melakukan pemasangan IUD pada tanggal 4 Mei 2026 di Klinik Zam-Zam sebagai tindak lanjut rencana keluarga berencana yang telah disepakati bersama. Secara keseluruhan,

proses konseling KB pada Ny. F berjalan baik dan keputusan yang diambil sesuai dengan kondisi kesehatan serta kebutuhan reproduksi ibu.

B. Kajian Teori

1. *Continuity Of Care* (COC)

Continuity of Care (COC) atau asuhan berkesinambungan adalah asuhan yang diberikan secara komprehensif pada ibu nifas, bayi baru lahir, dan KB, serta diberikan di tempat yang berkesinambungan mencakup kunjungan rumah, komunitas, puskesmas serta tempat rujukan. Tujuan dengan adanya asuhan *Continuity of Care* yaitu untuk menganalisis atau mendeteksi sedini mungkin adanya komplikasi yang dialami oleh ibu serta memberikan asuhan yang berkesinambungan kepada ibu nifas, neonatus dan KB. Jadi, perawatan berkesinambungan adalah strategi kesehatan yang efektif primer memungkinkan perempuan untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan tentang kesehatan mereka dan perawatan kesehatan mereka⁸.

Continuity of care dalam kebidanan merupakan serangkaian kegiatan pelayanan berkesinambungan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, serta keluarga berencana⁹. Kemenkes RI menyatakan bahwa Asuhan Kebidanan Berkelanjutan terdiri dari Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual diselenggarakan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara menyeluruh terpadu dan berkesinambungan. *Continuity of care* yang dilakukan oleh bidan pada umumnya berorientasi untuk meningkatkan kesinambungan pelayanan dalam suatu periode⁹.

Continuity of care memiliki 3 jenis pelayanan yaitu manajemen, informasi dan hubungan. Kesinambungan manajemen melibatkan komunikasi antar perempuan dan bidan. Kesinambungan informasi menyangkut ketersediaan waktu yang relevan. Kedua hal tersebut penting untuk mengatur dan memberikan pelayanan kebidanan.⁹ Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan dari bidan hampir delapan kali lipat

lebih besar untuk melakukan persalinan di bidan yang sama. Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan oleh bidan melaporkan kepuasan lebih tinggi terkait informasi, saran, penjelasan, tempat persalinan, persiapan persalinan, pilihan untuk menghilangkan rasa sakit dan pengawasan oleh bidan. Penelitian di Denmark memiliki kesamaan hasil penelitian bahwa dengan *Continuity of care* mendapatkan pengalaman yang membaik, mengurangi morbiditas maternal, mengurangi penggunaan intervensi pada saat persalinan, meningkatkan jumlah persalinan normal dibandingkan dengan perempuan yang merencanakan persalinan dengan tindakan. Hasil yang signifikan secara *continuity of care* secara women center meliputi dukungan, partisipasi dalam pengambilan keputusan, perhatian terhadap psikologis, kebutuhan dan harapan pada saat akan melahirkan, informasi dan menghargai perempuan¹⁰.

2. Kehamilan

a. Pengertian

Kehamilan adalah suatu kondisi di mana sel telur dibuahi oleh sel sperma, dan hasilnya (embrio) tertanam (berimplantasi) di dinding rahim, lalu berkembang menjadi janin hingga waktu kelahiran. Proses ini melibatkan pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim, dimulai dari konsepsi hingga persalinan, dan biasanya berlangsung selama sekitar 40 minggu (280 hari). Kehamilan adalah suatu masa yang dimulai dari kontrasepsi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal adalah 280 hari (9 bulan 7 hari, atau 40 minggu) dihitung dari hari pertama haid terakhir.¹ Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan menurut kalender internasional (Pudiastuti, 2021)¹¹.

Kehamilan terbagi menjadi beberapa tahapan yang di hitung per Trimester I yang terjadi pada minggu ke 0-12, Trimester II yang terjadi

pada minggu ke 13-28 dan terakhir menjelang persalinan Trimester III yang terjadi pada minggu ke 29-42.

Selama proses kehamilan terdiri dari beberapa proses yaitu fertilisasi, migrasi, implantasi dan terakhir plasentasi, yang pertama fertilisasi merupakan proses pembuahan yang terjadi di rahim tepatnya di tuba fallopi yang disebabkan terjadinya pertemuan antara sel telur dan sel sperma sehingga sel sperma memasuki sel telur dan berfertilisasi dan mengalami penetrasi sehingga sel telur membentuk zigot¹².

Setelah terjadinya proses fertilisasi, fase kehamilan selanjutnya akan berlanjut menuju fase migrasi dimana migrasi sendiri adalah suatu proses dimana morula yang sudah dibuahi akan berjalan menuju tuba fallopi dengan tujuan menuju uterus¹³. Selanjutnya terjadinya proses penempelan sel telur atau implantasi pada uterus akan mengalami fase sekresi yaitu masa pasca menstruasi yang dipengaruhi oleh hormon *progesteron* yang menyebabkan banyak kelenjar selaput pada endometrium dan membentuk EPF (*Early Egnancy Factor*) untuk mencegah terjadinya konsepsi¹². Proses akhir dari kehamilan adalah plasentasi yang merupakan proses akhir terjadinya kehamilan yang dimana plasenta adalah bagian terpenting untuk janin yang terbentuk pada 2 minggu setelah pembuahan¹⁴.

b. Klasifikasi kehamilan

Kehamilan berdasarkan perkembangan terbagi menjadi 3 trimester, yaitu:

- 1) Kehamilan Trimester I usia kehamilan minggu pertama sampai usia 12 minggu.
- 2) Kehamilan Trimester II usia kehamilan 13-27 minggu.
- 3) Kehamilan Trimester III usia kehamilan 28-40 minggu¹⁵.

c. Kehamilan Trimester III

Kehamilan trimester III merupakan kehamilan dengan usia 28-40 minggu dimana merupakan waktu mempersiapkan kelahiran dan

kedudukan sebagai orang tua, seperti terpusatnya perhatian pada kehadiran bayi, sehingga disebut juga sebagai periode penantian¹¹.

1) Ketidaknyamanan Trimester III

Ketidaknyamanan pada Ibu Hamil Trimester III. Kehamilan menyebabkan berbagai perubahan dan penyesuaian pada wanita. Perubahan sistem tubuh ibu selama kehamilan memerlukan penyesuaian, baik fisik maupun mental. Tekad ibu untuk menanggung ketidaknyamanan yang terkait dengan perubahan ini memerlukan penyediaan terapi atau obat. Jika ketidaknyamanan ini tidak ditangani dengan baik dapat menimbulkan kecemasan pada ibu hamil, sehingga diperlukan sumber yang jelas tentang cara mengatasi ketidaknyamanan selama kehamilan. Sembelit, oedema atau bengkak, susah tidur, nyeri pinggang, sering buang air kecil, wasir, mulas (panas di perut), sakit kepala, sulit bernafas, dan varises adalah beberapa ketidaknyamanan yang dialami ibu hamil trimester ketiga. Menurut (Fitriani et al., 2022), adapun penyebab dan penanganan ketidaknyamanan pada trimester III, sebagai berikut:

a. Konstipasi

Pada kehamilan trimester III kadar progesteron tinggi. Rahim yang semakin membesar akan menekan rectum dan usus bagian bawah sehingga terjadi konstipasi. Konstipasi semakin berat karena gerakan otot dalam usus diperlambat oleh tingginya kadar progesterone. Peningkatan jumlah hormon progesteron menyebabkan masalah peristaltik usus pada ibu hamil pada trimester ketiga. Konsumsi tablet FE, serta kurangnya mobilitas dan gerakan tubuh, dapat menyebabkan sembelit. Wanita hamil harus minum setidaknya 6-8 gelas air setiap hari, makan banyak sayuran dan buah-buahan yang kaya serat, melakukan latihan kehamilan, dan berjalan-jalan pagi secara teratur.

b. Edema

Edema merupakan pembengkakan di tungkai bawah dan pergelangan kaki, berkembang selama kehamilan sebagai akibat dari berkurangnya aliran balik vena dari ekstremitas bawah. Berdiri atau duduk untuk waktu yang lama memperburuk edema. Anjurkan kepada ibu untuk menghindari makanan yang terlalu asin, makan makanan berprotein tinggi, dan menghindari penggunaan pakaian ketat. Jika ibu berdiri atau duduk untuk waktu yang lama, dia harus mengangkat kakinya selama 20 menit setiap 2 sampai 3 jam dan mengubah posisi. Duduk dengan kaki dalam posisi dorsofleksi meningkatkan sirkulasi dan membantu mengontraksikan otot kaki (Fitriani et al., 2022)

c. Insomnia

Insomnia adalah masalah tidur yang mempengaruhi ibu hamil ketika mereka cemas atau memiliki banyak pikiran negatif tentang kehamilan mereka (Fitriani et al., 2022)

d. Nyeri pinggang

Nyeri punggung bawah pada ibu hamil trimester ketiga disebabkan oleh pergeseran pusat gravitasi dan postur wanita. Berat rahim yang lebih besar, membungkuk berlebihan, berjalan tanpa henti, dan mengangkat beban semuanya berkontribusi pada perubahan ini (Ziya & Putri Damayanti, 2021).

e. Sering BAK

Frekuensi kemih meningkat pada trimester ketiga sering dialami wanita primigravida setelah lightening terjadi efek lightening yaitu bagian presentasi akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. Peningkatan frekuensi berkemih disebabkan oleh tekanan uterus karena turunnya bagian bawah janin sehingga kandung kemih tertekan, kapasitas kandung kemih berkurang dan mengakibatkan frekuensi berkemih meningkat (Ziya & Putri Damayanti, 2021)

f. Kram pada kaki

Terjadi karena asupan kalsium tidak adekuat, atau ketidakseimbangan rasio dan fosfor. Selain itu uterus yang membesar memberi tekanan pembuluh darah panggul sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf yang melewati foramen doturator dalam perjalanan menuju ekstremitas bawah .

g. Sakit kepala

Kontraksi atau kejang otot (leher, bahu, dan tekanan kepala) serta kelelahan adalah penyebab dari sakit kepala. Ketegangan mata juga disebabkan oleh kelainan okular dan perubahan dinamika cairan otak. Santai, berikan pijatan ringan pada otot leher dan bahu, gunakan kompres hangat pada leher, istirahat yang cukup pada posisi yang nyaman, mandi dengan air hangat, dan hindari penggunaan obat-obatan tanpa berkonsultasi terlebih dahulu dengan dokter (Ziya & Putri Damayanti, 2021)

2) Tanda bahaya kehamilan Trimester III

Tanda bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil trimester III, yaitu:

a) Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan setelah 22 minggu sampai sebelum bayi dilahirkan disebut sebagai perdarahan pada kehamilan lanjut atau perdarahan antepartum.

b) Solusio Plasenta

Solusio plasenta adalah terlepasnya plasenta yang letaknya normal pada korpus uteri sebelum janin lahir. Biasanya terjadi pada trimester ketiga, walaupun dapat pula terjadi setiap saat dalam kehamilan. Bila plasenta yang terlepas seluruhnya disebut solusio plasenta totalis. Bila hanya sebagian disebut solusio plasenta parsialis atau bisa juga hanya sebagian kecil pinggir plasenta yang lepas disebut rupture sinus marginalis.

c) Plasenta Previa

Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruhnya pembukaan jalan lahir. Pada keadaan normal plasenta terletak pada bagian atas uterus.

d) Keluar cairan pervaginam

Pengeluaran cairan pervaginam pada kehamilan lanjut merupakan kemungkinan mulainya persalinan lebih awal. Bila pengeluaran berupa mucus bercampur darah dan mungkin disertai mules, kemungkinan persalinan akan dimulai lebih awal. Bila pengeluaran berupa cairan, perlu diwaspadai terjadinya ketuban pecah dini (KPD). Menegakkan diagnosis KPD perlu diperiksa apakah cairan yang keluar tersebut adalah cairan ketuban. Pemeriksaan dilakukan dengan menggunakan speculum untuk melihat darimana asal cairan, kemudian pemeriksaan reaksi Ph basa.

e) Gerakan janin tidak terasa

Apabila ibu hamil tidak merasakan gerakan janin sesudah usia kehamilan 22 minggu atau selama persalinan, maka waspada terhadap kemungkinan gawat janin atau bahkan kematian janin dalam uterus. Gerakan janin berkurang atau bahkan hilang dapat terjadi pada solusio plasenta dan ruptur uteri.

f) Nyeri perut yang hebat

Nyeri perut kemungkinan tanda persalinan preterm, ruptur uteri, solusio plasenta. Nyeri perut hebat dapat terjadi pada ruptur uteri disertai shock, perdarahan intra abdomen dan atau pervaginam, kontur uterus yang abnormal, serta gawat janin atau DJJ tidak ada.

g) Keluar Air Ketuban Sebelum Waktunya

Keluarnya cairan berupa air dari vagina setelah

kehamilan 22 minggu, ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan preterm sebelum kehamilan 37 minggu maupun kehamilan aterm¹¹.

3) Kebutuhan ibu hamil Trimester III

Kebutuhan Ibu hamil Trimester III, yaitu sebagai berikut:

a) Kebutuhan Nutrisi

Gizi pada waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori perhari, ibu hamil seharusnya mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi dan minum cukup cairan (menu seimbang), yaitu:

(1) Kalori

Sumber kalori utama adalah hidrat arang dan lemak. Bahan makanan yang banyak mengandung hidrat arang adalah golongan padi-padian (misalnya beras dan jagung), golongan umbi-umbian (misalnya ubi dan singkong) dan sagu.

(2) Protein

Protein adalah zat utama untuk membangun jaringan bagian tubuh. Kekurangan protein dalam makanan ibu hamil mengakibatkan bayi akan lahir lebih kecil dari normal. Sumber zat protein yang berkualitas tinggi adalah susu. Sumber lain meliputi sumber protein hewani (misalnya daging, ikan, unggas, telur dan kacang) dan sumber protein nabati (misalnya kacang-kacangan seperti kedelai, kacang tanah, kacang tolo dan tahu tempe).

(3) Mineral

Semua mineral dapat terpenuhi dengan makan-makanan sehari-hari yaitu buah-buahan, sayur-sayuran dan susu. Hanya zat besi yang tidak bisa terpenuhi dengan makanan sehari-hari. Untuk memenuhi kebutuhan ini

dibutuhkan suplemen besi 30 mg sebagai ferrous, ferofumarat atau feroglukonat perhari dan pada kehamilan kembar atau pada wanita yang sedikit anemia dibutuhkan 60-100 mg/hari. Kebutuhan kalsium umumnya terpenuhi dengan minum susu. Satu liter susu sapi mengandung kira-kira 0,9 gram kalsium.

(4) Vitamin

Vitamin sebenarnya telah terpenuhi dengan makanan sayur dan buah- buahan, tetapi dapat pula diberikan ekstra vitamin. Pemberian asam folat terbukti mencegah kecacatan pada bayi.

b) Kebutuhan Personal *Hygiene*

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia). Kebersihan gigi dan mulut, perlu mendapat perhatian karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu kekurangan kalsium.

c) Kebutuhan Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering buang air kecil. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengkonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih, terutama ketika lambung dalam keadaan kosong. Meminum air putih hangat ketika dalam keadaan kosong dapat merangsang gerak peristaltik usus. Jika ibu sudah mengalami dorongan, maka segeralah untuk buang air besar agar tidak terjadi konstipasi.

d) Kebutuhan Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, koitus

diperbolehkan sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat sebaiknya tidak lagi berhubungan seks selama 14 hari menjelang kelahiran. Koitus tidak diperkenankan bila terdapat perdararahan pervaginam, riwayat abortus berulang, abortus/partus prematurus imminens, ketuban pecah sebelumnya waktunya.

e) Kebutuhan Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan atau aktivitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dapat dianjurkan untuk melakukan pekerjaan rumah dengan dan secara berirama dengan menghindari gerakan menyentak, sehingga mengurangi ketegangan pada tubuh dan menghindari kelelahan.

f) Kebutuhan Istirahat

Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan istirahat yang teratur karena dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembanagan dan pertumbuhan janin. Tidur pada malam hari selma kurang lebih 8 jam dan istirahat dalam keadaan rilaks pada siang hari selama 1 jam.

4) Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

a) Pengertian

Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi, yang merupakan suatu kegiatan yang difasilitasi oleh Bidan di desa dalam rangka peningkatan peran aktif suami, keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi bagi ibu hamil; termasuk perencanaan penggunaan KB pasca persalinan dengan menggunakan stiker sebagai media notifikasi sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir.

b) Indikator Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi (P4K)¹⁶

- (1) Tanda-tanda persalinan.
- (2) Tanda bahaya persalinan dan kehamilan.
- (3) Kebersihan pribadi & lingkungan.
- (4) Kesehatan & Gizi.
- (5) Perencanaan Persalinan (Bersalin di Bidan, menyiapkan transportasi, menyiapkan biaya, menyiapkan calon donor darah). Persiapan persalinan meliputi antara lain:
 - (a) Tanyakan kepada bidan atau dokter tanggal perkiraan persalinan.
 - (b) Siapkan tabungan untuk biaya persalinan.
 - (c) Suami, keluarga dan masyarakat menyiapkan kendaraan jika sewaktu-waktu diperlukan.
 - (d) Rencana melahirkan ditolong oleh bidan atau dokter di fasilitas pelayanan kesehatan.
 - (e) Rencana ikut KB, tanyakan caranya kepada petugas kesehatan.
 - (f) Siapkan orang yang bersedia menjadi donor darah jika sewaktu- waktu diperlukan.
- (6) Perlunya inisiasi menyusui dini dan ASI eksklusif.
- (7) KB pasca persalinan.

d. *Antenatal Care* (ANC)

1) Pengertian

Antenatal Care (ANC) merupakan suatu pelayanan yang diberikan oleh perawat kepada wanita selama hamil, misalnya dengan pemantauan kesehatan secara fisik, psikologis, termasuk pertumbuhan dan perkembangan janin serta mempersiapkan proses persalinan dan kelahiran supaya ibu siap menghadapi peran baru sebagai orangtua.¹⁷

2) Jadwal pemeriksaan ANC

Pelayanan Kesehatan Masa Hamil dilakukan paling sedikit 6 (enam) kali selama masa kehamilan meliputi:

- a) Satu kali pada trimester pertama;
- b) Dua kali pada trimester kedua; dan
- c) Tiga kali pada trimester ketiga.¹⁸

Setiap ibu hamil untuk mendapatkan pelayanan antenatal terpadu minimal 6 kali selama masa kehamilan. Indikator Pelayanan ANC yaitu:

(1) Kunjungan pertama (K1)

K1 adalah kontak pertama ibu hamil dengan tenaga Kesehatan yang memiliki kompetensi klinis/kebidanan dan interpersonal yang baik, untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar. Kontak pertama harus dilakukan sedini mungkin pada trimester pertama, sebaiknya sebelum minggu ke Kontak pertama dapat dibagi menjadi K1 murni dan K1 akses.

Pelayanan Kesehatan Masa Hamil dilakukan oleh tenaga Kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan dan paling sedikit 2 (dua) kali oleh dokter atau dokter spesialis kebidanan dan kandungan pada trimester pertama dan ketiga termasuk pelayanan ultrasonografi (USG).

Pelayanan Kesehatan Masa Hamil sebagaimana dimaksud dilakukan oleh tenaga Kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan dan paling sedikit 2 (dua) kali oleh dokter atau dokter spesialis kebidanan dan kandungan pada trimester pertama dan ketiga.¹⁷

Pelayanan Kesehatan Masa Hamil wajib dilakukan melalui pelayanan antenatal sesuai standar dan secara terpadu.

Pelayanan antenatal sesuai dengan standar meliputi:

- (a) pengukuran berat badan dan tinggi badan;
- (b) pengukuran tekanan darah;
- (c) pengukuran lingkaran lengan atas (LiLA);
- (d) pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri);
- (e) penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin;
- (f) pemberian imunisasi sesuai dengan status imunisasi;
- (g) pemberian tablet tambah darah minimal 90 (sembilan puluh) tablet;
- (h) tes laboratorium;
- (i) tata laksana/penanganan kasus; dan
- (j) temu wicara (konseling) dan penilaian Kesehatan jiwa.¹⁸

Pelayanan antenatal secara terpadu merupakan pelayanan komprehensif dan berkualitas yang dilakukan secara terintegrasi dengan program pelayanan Kesehatan lainnya termasuk pelayanan kesehatan jiwa . Pelayanan antenatal sesuai standar dan secara terpadu dilakukan dengan prinsip:

- (a) deteksi dini masalah penyakit dan penyulit atau komplikasi kehamilan;
- (b) stimulasi janin pada saat kehamilan;
- (c) persiapan persalinan yang bersih dan aman;
- (d) perencanaan dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi komplikasi; dan
- (e) melibatkan ibu hamil, suami, dan keluarga dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil dan menyiapkan persalinan dan kesiagaan jika terjadi penyulit atau komplikasi.¹⁸

(2) Kunjungan ke-4 (K4)

K4 adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis/kebidanan untuk mendapatkan pelayanan antenatal terpadu dan komprehensif sesuai standar selama kehamilannya minimal 4 kali dengan

distribusi waktu: 1 kali pada trimester pertama (0-12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (>12minggu -24 minggu), dan 2 kali pada trimester ketiga (>24 minggu sampai dengan kelahiran). Kunjungan antenatal bisa lebih dari 4 kali sesuai kebutuhan (jika ada keluhan, penyakit atau gangguan kehamilan).¹⁷

(3) Kunjungan ke-6 (K6)

K6 adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis/kebidanan untuk mendapatkan pelayanan antenatal terpadu dan komprehensif sesuai standar selama kehamilannya minimal 6 kali selama kehamilannya dengan distribusi waktu: 2 kali pada trimester kesatu (0-12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (>12minggu - 24 minggu), dan 3 kali pada trimester ketiga (>24 minggu sampai dengan kelahiran), dimana minimal 2 kali ibu hamil harus kontak dengan dokter (1 kali di trimester 1 dan 1 kali di trimester 3). Kunjungan antenatal bisa lebih dari 6 (enam) kali sesuai kebutuhan dan jika ada keluhan, penyakit atau gangguan kehamilan. Jika kehamilan sudah mencapai 40 minggu, maka harus dirujuk untuk diputuskan terminasi kehamilannya.

Pemeriksaan dokter pada ibu hamil dilakukan saat :

- (a) Kunjungan 1 di trimester 1 (satu) dengan usia kehamilan kurang dari 12 minggu atau dari kontak pertama.

Dokter melakukan skrining kemungkinan adanya faktor risiko kehamilan atau penyakit penyerta pada ibu hamil termasuk didalamnya pemeriksaan *Ultrasonografi* (USG). Apabila saat K1 ibu hamil datang ke bidan, maka bidan tetap melakukan ANC sesuai standar, kemudian merujuk ke dokter.

- (b) Kunjungan 5 di trimester 3

Dokter melakukan perencanaan persalinan, skrining faktor risiko persalinan termasuk pemeriksaan *Ultrasonografi* (USG) dan rujukan terencana bila diperlukan¹⁷.

e. Infeksi Saluran Kemih (ISK)

1) Pengertian

Infeksi Saluran Kemih (ISK) adalah infeksi yang terjadi pada sistem saluran kemih, meliputi uretra, kandung kemih, ureter, dan ginjal akibat adanya pertumbuhan mikroorganisme patogen. Pada kehamilan, ISK merupakan salah satu komplikasi yang sering ditemukan karena adanya perubahan fisiologis dan anatomis yang meningkatkan kerentanan ibu hamil terhadap infeksi. Sebagian besar kasus ISK disebabkan oleh bakteri *Escherichia coli* yang berasal dari flora normal saluran gastrointestinal dan menginfeksi saluran kemih secara asenden dari uretra menuju kandung kemih bahkan hingga ginjal apabila tidak ditangani dengan baik.¹⁹

2) Patofisiologi

Kehamilan menyebabkan berbagai perubahan fisiologis pada saluran kemih. Peningkatan hormon progesteron mengakibatkan relaksasi otot polos ureter dan kandung kemih sehingga terjadi dilatasi ureter, penurunan tonus kandung kemih, serta perlambatan aliran urin. Selain itu, pembesaran uterus dan penurunan kepala janin pada trimester III menyebabkan penekanan pada ureter dan kandung kemih yang dapat mengakibatkan retensi urin dan stasis urin.^{19,20}

Stasis urin mempermudah kolonisasi bakteri, terutama *Escherichia coli*, yang masuk melalui uretra secara asenden menuju kandung kemih. Bakteri kemudian berkembang biak dan menyebabkan sistitis. Bila infeksi tidak ditangani, bakteri dapat naik menuju ureter dan ginjal sehingga menyebabkan pielonefritis. Pada kehamilan,

pielonefritis dapat berkembang menjadi sepsis maternal dan meningkatkan risiko komplikasi pada ibu maupun janin.^{19,20}

3) Etiologi

Penyebab tersering ISK adalah bakteri gram negatif, terutama *Escherichia coli*, yang menyebabkan sekitar 80–90% kasus. Mikroorganisme lain yang dapat menyebabkan ISK antara lain¹⁹:

- a) *Klebsiella pneumoniae*.
- b) *Proteus mirabilis*.
- c) *Enterobacter spp.*
- d) *Staphylococcus saprophyticus*.
- e) *Streptococcus grup B*.

Bakteri tersebut umumnya berasal dari flora normal saluran cerna dan masuk ke saluran kemih secara asenden melalui uretra.

4) Faktor Risiko

Beberapa faktor yang meningkatkan risiko terjadinya ISK pada ibu hamil meliputi:

a) Perubahan hormonal selama kehamilan

Peningkatan hormon progesteron menyebabkan relaksasi otot polos ureter dan kandung kemih sehingga terjadi stasis urin yang mempermudah pertumbuhan bakteri.^{19,20}

b) Pembesaran uterus dan penurunan kepala janin

Pembesaran uterus serta penurunan kepala janin pada trimester III dapat menekan kandung kemih dan ureter sehingga menyebabkan retensi urin dan meningkatkan risiko infeksi.²⁰

c) Kurangnya konsumsi cairan

Asupan cairan yang tidak adekuat menyebabkan volume urin berkurang sehingga proses pembilasan bakteri dari saluran kemih menjadi tidak optimal.

d) Personal hygiene yang kurang baik

Kebiasaan membersihkan genetalia yang tidak tepat, penggunaan pakaian dalam yang lembap, serta jarang mengganti pakaian dalam dapat meningkatkan kolonisasi bakteri di sekitar uretra.

- e) Riwayat ISK sebelumnya.
- f) Diabetes melitus.
- g) Aktivitas seksual.
- h) Multiparitas.
- i) Usia ibu yang terlalu muda atau terlalu tua.
- j) Status sosial ekonomi dan pendidikan yang rendah.^{19,21}

5) Diagnosis

Diagnosis ISK ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan laboratorium.²⁰

a) Gejala klinis

- (1) Disuria atau nyeri saat berkemih.
- (2) Frekuensi berkemih meningkat.
- (3) Urgensi berkemih.
- (4) Nyeri suprapubik.
- (5) Urin keruh dan berbau menyengat.
- (6) Demam, menggigil, dan nyeri pinggang pada kasus pielonefritis.

b) Pemeriksaan laboratorium

- (1) Urinalisis yang menunjukkan: Leukosit positif, Nitrit positif, Bakteriuria, Piuria.
- (2) Kultur urin.
- (3) Kultur urin dengan jumlah koloni bakteri $\geq 10^5$ CFU/mL merupakan bakteriuria bermakna dan menjadi baku emas dalam diagnosis ISK²⁰

6) Komplikasi

- a) Komplikasi pada ibu
 - (1) Pielonefritis akut.

- (2) Sepsis maternal.
 - (3) Anemia.
 - (4) Ketuban pecah dini (KPD).
 - (5) Persalinan preterm.
 - (6) Korioamnionitis.
 - (7) Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS).
 - (8) Gagal ginjal akut.^{19,20}
- b) Komplikasi pada janin dan neonatus
- (1) Berat badan lahir rendah (BBLR).
 - (2) Prematuritas.
 - (3) Restriksi pertumbuhan janin (IUGR).
 - (4) Asfiksia neonatorum.
 - (5) Infeksi neonatal.
 - (6) Kematian perinatal.^{19,20}
- c) Penatalaksanaan

Pemberian antibiotik pada ibu hamil harus mempertimbangkan keamanan bagi janin. Antibiotik yang direkomendasikan untuk pengobatan ISK pada kehamilan antara lain^{19,20}:

- (1) Amoksisilin 500 mg oral 3 kali sehari selama 5–7 hari.
- (2) Nitrofurantoin 100 mg oral 2 kali sehari selama 5–7 hari, namun tidak dianjurkan diberikan mendekati persalinan (usia kehamilan ≥ 38 minggu).
- (3) Sefaleksin 500 mg oral 4 kali sehari selama 5–7 hari.
- (4) Fosfomisin trometamol 3 gram dosis tunggal oral.

Setelah pengobatan selesai, dianjurkan dilakukan pemeriksaan ulang urin untuk memastikan eradikasi bakteri dan mendeteksi kemungkinan terjadinya infeksi berulang.

Selain pemberian antibiotik, penatalaksanaan infeksi saluran kemih pada kehamilan juga dilakukan secara nonfarmakologis untuk membantu mempercepat penyembuhan dan mencegah terjadinya komplikasi. Ibu hamil dianjurkan untuk meningkatkan

konsumsi cairan, terutama air putih sebanyak 2–3 liter per hari, guna meningkatkan produksi urin sehingga membantu membilas bakteri dari saluran kemih.²⁰ Selain itu, ibu perlu menjaga personal hygiene daerah genitalia dengan membersihkan vulva dari arah depan ke belakang setelah berkemih atau buang air besar, menggunakan pakaian dalam berbahan katun, mengganti pakaian dalam apabila lembap, serta menghindari penggunaan pakaian yang terlalu ketat untuk mengurangi pertumbuhan mikroorganisme di sekitar uretra.²¹

Ibu hamil juga dianjurkan untuk tidak menahan keinginan berkemih dan membiasakan berkemih secara teratur, karena retensi urin dapat meningkatkan pertumbuhan bakteri dalam saluran kemih.²⁰ Pemenuhan nutrisi seimbang yang mengandung karbohidrat, protein, lemak, vitamin, dan mineral perlu diperhatikan untuk meningkatkan daya tahan tubuh selama kehamilan dan membantu proses penyembuhan.²¹ Selain itu, istirahat yang cukup sangat penting untuk mendukung fungsi sistem imun sehingga tubuh mampu melawan infeksi secara optimal.²¹ Pendidikan kesehatan mengenai tanda bahaya juga perlu diberikan kepada ibu, seperti demam tinggi, nyeri pinggang, menggigil, mual muntah, nyeri saat berkemih yang semakin berat, serta munculnya kontraksi atau ketuban pecah dini. Apabila tanda-tanda tersebut muncul, ibu dianjurkan untuk segera memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan agar mendapatkan penanganan yang tepat.^{19,20}

Pemantauan pada ibu hamil dengan infeksi saluran kemih dilakukan melalui kunjungan antenatal secara teratur, evaluasi kepatuhan dalam mengonsumsi antibiotik, serta pemantauan terhadap tanda dan gejala infeksi. Selain itu, pemeriksaan urin ulang setelah terapi selesai dianjurkan untuk memastikan eradikasi bakteri dan mendeteksi kemungkinan terjadinya

infeksi berulang. Pada ibu dengan riwayat infeksi saluran kemih berulang diperlukan pengawasan yang lebih ketat karena memiliki risiko lebih tinggi mengalami komplikasi, seperti pielonefritis, persalinan preterm, dan ketuban pecah dini.^{19,20}

3. Persalinan

a. Definisi Persalinan

Persalinan merupakan suatu proses fisiologis yang kompleks, di mana uterus berkontraksi secara ritmis dan efektif untuk mengeluarkan janin, plasenta, dan selaput ketuban dari dalam rahim. Definisi umum persalinan adalah pengeluaran hasil konsepsi setelah usia kehamilan cukup bulan, yaitu antara 37 sampai 42 minggu. Proses ini terjadi secara spontan sebagai hasil interaksi hormonal, mekanik, dan neurologis antara ibu, janin, serta plasenta. Persalinan normal berlangsung tanpa tindakan operatif besar dan tidak disertai komplikasi yang membahayakan ibu maupun bayi.¹⁹

Dalam aspek fisiologi, persalinan ditandai dengan perubahan pada serviks berupa efasemen (penipisan) dan dilatasi (pembukaan), serta kontraksi uterus yang memiliki ritme, durasi, dan intensitas meningkat secara progresif. Kontraksi ini merupakan hasil aktivasi sistem otot polos miometrium yang dipicu oleh perubahan keseimbangan hormon progesteron dan estrogen, prostaglandin, serta peningkatan responsivitas oksitosin. Persalinan dianggap telah dimulai bila kontraksi menyebabkan perubahan serviks yang diukur secara klinis menggunakan pemeriksaan dalam.²²

Dari sudut pandang kebidanan, persalinan dibagi menjadi tiga kala: kala I merupakan kala pembukaan serviks sampai lengkap, kala II merupakan kala pengeluaran bayi, dan kala III adalah kala pengeluaran plasenta. Pembagian ini sangat penting dalam praktik kebidanan karena menentukan intervensi yang diperlukan serta jenis pemantauan yang dilakukan pada ibu bersalin. Dalam pedoman WHO tahun 2018 disebutkan bahwa persalinan merupakan bagian dari “continuum of

care” yang tidak hanya fokus pada proses fisik, namun juga pengalaman emosional ibu.¹⁹

Secara klinis, persalinan tidak hanya dianggap sebagai proses biologis, namun juga fenomena sosial dan budaya. Banyak masyarakat yang memiliki ritual atau kepercayaan tertentu mengenai kelahiran, sehingga definisi persalinan dalam konteks sosial dapat berbeda tergantung latar budaya. Namun, dalam ilmu kesehatan, persalinan tetap dipandang sebagai peristiwa fisiologis yang perlu dipantau untuk mencegah komplikasi seperti perdarahan, infeksi, atau kegawatdaruratan janin.²³

Persalinan juga memiliki aspek psikologis yang sangat kuat. Pengalaman persalinan dapat memberikan dampak jangka panjang terhadap kesehatan mental maternal, termasuk risiko trauma persalinan atau postpartum depression. Oleh karena itu, WHO menekankan konsep “positive childbirth experience” sebagai bagian dari definisi modern persalinan, di mana proses kelahiran tidak hanya aman secara medis, tetapi juga nyaman, suportif, dan humanis.¹⁹

Dengan demikian, definisi persalinan saat ini telah berkembang dari sekadar proses mekanis menjadi proses multi-dimensional yang melibatkan aspek medis, fisiologis, psikologis, dan sosial. Pendekatan definisi yang holistik ini penting untuk menghasilkan pelayanan yang berkualitas dan berpusat pada kebutuhan ibu dan bayi.

b. Etiologi Persalinan

Etiologi persalinan atau mekanisme dimulainya persalinan merupakan proses yang melibatkan banyak faktor dan belum sepenuhnya dipahami secara lengkap. Namun, penelitian selama dua dekade terakhir telah memberikan gambaran bahwa persalinan dipicu oleh interaksi antara janin, plasenta, dan ibu. Salah satu teori utama menyatakan bahwa peningkatan hormon kortisol dari kelenjar adrenal janin berperan besar dalam memicu produksi prostaglandin di membran janin dan plasenta, sehingga menyebabkan kontraksi uterus.²⁴

Selain itu, terdapat perubahan keseimbangan hormon progesteron dan estrogen. Progesteron selama kehamilan berfungsi mempertahankan relaksasi uterus, namun menjelang persalinan terjadi apa yang disebut "*functional progesterone withdrawal*" yaitu penurunan efektivitas progesteron meskipun kadarnya tidak berkurang secara signifikan dalam darah. Pada saat yang sama, kadar estrogen meningkat dan membuat uterus lebih responsif terhadap oksitosin dengan menambah jumlah reseptor oksitosin di myometrium.²⁵

Prostaglandin juga memiliki peran kunci dalam memulai persalinan. Hormon ini meningkatkan kontraktibilitas otot polos uterus, menginduksi efasemen dan dilatasi serviks, serta memperkuat efek oksitosin. Prostaglandin diproduksi oleh membran janin, desidua, dan plasenta. Stimulasi produksi prostaglandin dapat terjadi secara natural oleh pematangan janin, ataupun oleh faktor patologis seperti infeksi intrauterin, yang dapat menyebabkan persalinan premature.²⁶

Faktor mekanis turut berperan dalam etiologi persalinan. Tekanan kepala janin pada serviks meningkatkan sekresi oksitosin melalui refleks Ferguson, suatu refleks neurohormonal yang semakin menstimulasi kontraksi uterus. Semakin turun bagian terendah janin ke rongga panggul, semakin besar rangsangan mekanis yang memicu proses persalinan.²⁷

Perubahan pada plasenta juga menjadi pemicu persalinan. Menjelang akhir kehamilan, plasenta mengalami proses penuaan (*placental senescence*) yang mengubah ekspresi gen tertentu, termasuk gen yang berhubungan dengan inflamasi. Kondisi ini merangsang terbentuknya mediator inflamasi seperti sitokin, yang kemudian membantu memulai aktivitas kontraksi myometrium.²⁸

Terakhir, faktor risiko tertentu dapat mempercepat atau menunda persalinan. Infeksi, stres maternal, gangguan hormonal, ketuban pecah dini, dan kelainan janin dapat memicu persalinan tidak pada waktunya. Sebaliknya, ketidaksiapan hormonal janin, gangguan fungsi plasenta,

atau ketidaksesuaian anatomi antara janin dan panggul dapat menyebabkan keterlambatan proses persalinan. Dengan demikian, etiologi persalinan merupakan fenomena kompleks yang dipengaruhi oleh banyak faktor yang saling berinteraksi.

c. Tanda dan Gejala Persalinan

Tanda dan gejala persalinan merupakan indikator awal bahwa proses kelahiran telah dimulai dan tubuh ibu sedang melakukan perubahan fisiologis untuk mempersiapkan pengeluaran janin. Salah satu tanda paling penting adalah timbulnya kontraksi uterus yang teratur. Kontraksi ini bersifat ritmis, berlangsung lebih lama, lebih kuat, dan lebih sering dibandingkan kontraksi *Braxton Hicks*. Kontraksi persalinan sejati menyebabkan perubahan pada serviks, sementara kontraksi palsu tidak menimbulkan perubahan serviks yang signifikan.¹⁹

Selain kontraksi teratur, tanda lainnya adalah terjadinya perubahan serviks berupa efasemen (penipisan) dan dilatasi (pembukaan). Perubahan ini hanya dapat dinilai melalui pemeriksaan dalam oleh tenaga kesehatan terlatih. Pembukaan serviks adalah proses bertahap dari 1 sampai 10 cm dan dipengaruhi oleh kekuatan kontraksi, posisi janin, serta biomekanika panggul ibu. Pada primigravida, efasemen biasanya terjadi terlebih dahulu sebelum pembukaan, sedangkan pada multipara dapat berlangsung bersamaan.²²

Keluarnya lendir bercampur darah dari vagina, yang disebut sebagai mucus plug atau "*show*", merupakan tanda lain bahwa serviks mulai membuka dan pembuluh darah kecil di serviks mengalami ruptur. Show berbeda dengan perdarahan patologis karena jumlahnya sedikit dan disertai lendir. Tanda ini mengindikasikan bahwa proses persalinan akan dimulai dalam waktu dekat, meskipun tidak selalu terjadi tepat setelah keluarnya show.²³

Ketuban pecah juga merupakan tanda penting persalinan. Pecahnya ketuban dapat terjadi secara spontan pada saat awal atau selama proses persalinan. Cairan yang keluar biasanya jernih dan berbau

kelas. Pecah ketuban dapat terjadi sebelum kontraksi atau sesudah kontraksi memadai. Ketuban pecah dini (KPD) yang terjadi sebelum proses persalinan membutuhkan evaluasi khusus karena dapat meningkatkan risiko infeksi dan mempengaruhi perlunya induksi persalinan.²⁴

Tekanan di daerah panggul dan perasaan ingin mengejan merupakan tanda lanjut dari proses persalinan, biasanya terjadi setelah kepala janin turun ke panggul (station +1 atau lebih). Pada fase aktif kala I dan menjelang kala II, ibu sering merasakan tekanan di rektum akibat desakan kepala janin. Pada multipara, tanda ini sering muncul lebih cepat dibandingkan primipara karena proses penurunan janin lebih efektif.²⁵

Tanda lain yang dapat menyertai persalinan adalah diare ringan, mual, gelisah, dan peningkatan frekuensi buang air kecil. Gejala ini merupakan respon tubuh terhadap perubahan hormonal dan mekanis. Diare terjadi akibat peningkatan prostaglandin, sedangkan gelisah dan perubahan perilaku merupakan bentuk adaptasi psikologis terhadap proses persalinan yang semakin dekat. WHO menekankan bahwa tanda subjektif seperti kecemasan meningkat sering kali menjadi indikator awal persalinan pada beberapa ibu.¹⁹

Penting bagi tenaga kesehatan untuk mampu membedakan tanda persalinan sejati dengan tanda persalinan palsu. Evaluasi meliputi pemantauan pola kontraksi, penilaian perubahan serviks, kondisi ketuban, serta tanda vital ibu. Pengamatan ini memastikan penanganan yang tepat waktu dan mencegah komplikasi akibat keterlambatan pengenalan persalinan sejati

d. Tahapan Persalinan

Tahapan persalinan secara klasik dibagi menjadi tiga kala, yang masing-masing memiliki karakteristik fisiologis serta kebutuhan penatalaksanaan yang berbeda. Kala I dimulai dari kontraksi efektif pertama hingga pembukaan serviks mencapai 10 cm. Tahap ini terbagi

menjadi fase laten dan fase aktif. Pada fase laten, pembukaan serviks berlangsung lambat, biasanya hingga 4–6 cm. Kontraksi pada fase ini mulai teratur namun intensitasnya belum kuat. Beberapa ibu dapat mengalami fase laten yang panjang, terutama primigravida. WHO menyatakan bahwa fase ini tidak boleh dianggap abnormal kecuali disertai tanda kegawatan.¹⁹

Fase aktif merupakan bagian dari kala I di mana pembukaan berlangsung lebih cepat, intensitas kontraksi meningkat, dan ketuban biasanya telah pecah. Obstetri modern telah memperbaharui definisi fase aktif; ACOG (2024) menyatakan fase aktif dimulai pada pembukaan 5–6 cm, bukan lagi 4 cm seperti definisi lama. Penilaian progres persalinan pada fase ini menggunakan grafik partograf untuk memantau pembukaan serviks, turunnya kepala janin, dan frekuensi kontraksi.²²

Kala II, yaitu kala pengeluaran bayi, dimulai saat pembukaan lengkap dan berakhir dengan lahirnya bayi. Pada tahap ini, ibu mengalami dorongan mengejan yang kuat akibat tekanan kepala janin pada rektum. Lamanya kala II bervariasi: lebih pendek pada multipara dan lebih panjang pada primipara. Penggunaan analgesia epidural dapat memperpanjang kala II, namun masih dianggap normal bila pemantauan janin stabil. Intervensi seperti vakum atau forceps dilakukan bila tidak ada kemajuan persalinan atau terjadi gawat janin.²⁶

Posisi ibu selama kala II memiliki pengaruh signifikan terhadap kemajuan persalinan. Posisi tegak (upright) seperti jongkok, duduk, atau berdiri dapat meningkatkan diameter panggul, memanfaatkan gravitasi, dan mempercepat penurunan janin. WHO mendukung penggunaan posisi bebas selama kala II selama tidak ada kontraindikasi medis. Dukungan emosional dan bimbingan mengejan sangat berperan dalam mengurangi kelelahan dan kecemasan ibu.¹⁹

Kala III, yaitu kala pengeluaran plasenta, berlangsung dari setelah bayi lahir hingga plasenta keluar. Kala ini biasanya berlangsung

5–30 menit. Manajemen aktif kala III direkomendasikan oleh WHO, termasuk pemberian oksitosin, penegangan tali pusat terkendali, dan masase fundus uterus setelah plasenta keluar untuk mencegah perdarahan postpartum. Penanganan yang tepat pada kala III sangat penting mengingat perdarahan postpartum merupakan penyebab utama kematian maternal di dunia.²⁷

Proses pengeluaran plasenta dipengaruhi oleh kontraksi uterus yang terus berlanjut setelah bayi lahir. Tanda-tanda pelepasan plasenta meliputi perubahan bentuk uterus menjadi lebih bulat, tali pusat memanjang, dan semburan darah ringan dari vagina. Plasenta harus diperiksa untuk memastikan tidak ada bagian yang tertinggal di dalam rahim, karena dapat menyebabkan perdarahan atau infeksi.²³

Kala IV adalah tahap observasi awal setelah lahirnya plasenta, biasanya berlangsung selama dua jam postpartum. Pada tahap ini, perhatian utama adalah pemantauan kontraksi uterus, perdarahan, tekanan darah, nadi, suhu tubuh, serta keadaan umum ibu. Kala IV merupakan periode yang sangat kritis karena sebagian besar kasus perdarahan postpartum primer terjadi pada rentang waktu ini. Pemantauan rutin, masase uterus, memastikan kandung kemih kosong, serta memastikan bonding ibu dan bayi merupakan kegiatan utama pada tahap ini.³⁷ Pada periode ini pula, bidan memberikan edukasi awal tentang menyusui dan perawatan bayi baru lahir.

Pada seluruh tahapan persalinan, pemantauan ibu dan janin sangat penting untuk mendeteksi komplikasi sedini mungkin. Tenaga kesehatan harus memahami pola alami setiap kala untuk menentukan kapan intervensi perlu dilakukan dan kapan proses dapat berlangsung fisiologis tanpa tindakan yang tidak diperlukan

e. Perubahan Fisiologis Persalinan

Selama persalinan, tubuh ibu mengalami berbagai perubahan fisiologis yang kompleks, melibatkan sistem reproduksi, kardiovaskular, respirasi, metabolisme, dan sistem endokrin. Pada

sistem reproduksi, kontraksi uterus menjadi faktor utama. Kontraksi ini terjadi karena aktivasi sel otot polos miometrium yang sensitif terhadap hormon oksitosin dan prostaglandin. Kontraksi yang efektif memiliki frekuensi 3–5 kali dalam 10 menit, durasi 40–60 detik, dan intensitas meningkat secara progresif. Proses ini membantu efasemen dan dilatasi serviks serta mendorong janin turun ke panggul.¹⁹

Perubahan fisiologis pada serviks sangat signifikan selama persalinan. Serviks mengalami pelunakan, penipisan, dan pembukaan akibat aktivitas enzimatik serta peningkatan prostaglandin. Kolagen yang biasanya membuat serviks keras mengalami degradasi, sehingga serviks menjadi lebih elastis dan siap meregang. Proses ini berhubungan dengan peningkatan aktivitas fibroblas dan migrasi sel inflamasi. Perubahan serviks ini sangat penting karena tanpa perubahan serviks yang adekuat, kontraksi tidak akan menghasilkan kemajuan persalinan.²³

Sistem kardiovaskular ibu juga mengalami perubahan besar. Cardiac output meningkat hingga 30–50% selama kontraksi, dan dapat meningkat lebih tinggi selama mengejan. Tekanan darah meningkat sementara akibat peningkatan resistensi perifer dan efek mekanik kontraksi. Perubahan ini merupakan adaptasi tubuh untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi yang meningkat selama persalinan. Namun, kondisi ini berisiko pada ibu dengan penyakit jantung, sehingga monitoring ketat diperlukan.²⁵

Sistem pernapasan mengalami peningkatan konsumsi oksigen dan ventilasi. Ibu sering bernapas lebih cepat atau mengalami hiperventilasi selama kontraksi, yang dapat menurunkan kadar CO₂ dan menyebabkan alkalosis respiratorik ringan. Keadaan ini biasanya tidak berbahaya, namun dapat menyebabkan pusing atau kesemutan. Teknik pernapasan terkontrol dapat membantu ibu tetap tenang dan mengurangi hiperventilasi berlebihan.²⁴

Secara metabolik, tubuh membutuhkan energi yang cukup besar selama persalinan. Kadar glukosa dapat menurun akibat peningkatan penggunaan energi oleh otot uterus dan tubuh ibu secara keseluruhan. Ibu dapat mengalami ketonuria bila asupan energi tidak adekuat. Oleh karena itu, pedoman WHO menganjurkan pemberian cairan dan nutrisi ringan selama persalinan, kecuali ada indikasi medis untuk membatasi makanan, seperti risiko operasi segera.¹⁹

Sistem endokrin juga memainkan peran sentral. Oksitosin diproduksi secara ritmis dan menjadi pemicu utama kontraksi uterus. Hormon ini bekerja melalui reseptor yang meningkat jumlahnya menjelang akhir kehamilan. Prostaglandin juga meningkat dan berperan dalam pematangan serviks. Hormon stres seperti katekolamin dapat memengaruhi kontraksi; peningkatan adrenalin akibat kecemasan dapat menghambat kontraksi, sehingga dukungan emosional sangat penting untuk keseimbangan fisiologis.²²

Perubahan fisiologis ini menunjukkan bahwa persalinan merupakan proses yang sangat terkoordinasi. Setiap sistem tubuh beradaptasi agar persalinan dapat berlangsung efektif, aman, dan fisiologis. Pemahaman tentang perubahan ini sangat penting untuk tenaga kesehatan agar dapat membedakan proses normal dengan kondisi yang memerlukan intervensi segera.

f. Perubahan Psikologis Persalinan

Perubahan psikologi selama persalinan merupakan aspek penting yang memengaruhi pengalaman ibu serta kemajuan proses persalinan itu sendiri. Persalinan bukan hanya proses fisik, tetapi juga merupakan pengalaman emosional yang kompleks. Banyak ibu memasuki persalinan dengan campuran perasaan seperti antisipasi, harapan, kecemasan, dan rasa ingin segera bertemu dengan bayinya. Pada fase menjelang persalinan, beberapa ibu mengalami peningkatan ketegangan emosional akibat ketidakpastian mengenai nyeri, durasi persalinan, serta keamanan bayi. Respons emosional ini dipengaruhi

oleh faktor sebelumnya seperti pengalaman persalinan yang lalu, dukungan keluarga, kesiapan pengetahuan, dan kualitas komunikasi dengan tenaga kesehatan. Penelitian dalam dekade terakhir menunjukkan bahwa kecemasan pra-persalinan dapat memengaruhi persepsi nyeri, durasi persalinan, serta hasil persalinan.³⁷

Selama fase persalinan aktif, ibu biasanya mengalami perubahan psikologis yang lebih intens. Kontraksi yang semakin kuat dan ritmis dapat menimbulkan rasa takut atau tidak mampu mengendalikan situasi. Pada titik ini, tingkat stres fisik dan emosional meningkat karena tubuh merespons rasa nyeri dengan meningkatkan hormon stres seperti adrenalin dan noradrenalin. Hormon-hormon ini, apabila terlalu tinggi, dapat menghambat kontraksi uterus dan memperlambat kemajuan persalinan. Sebaliknya, jika ibu mendapatkan dukungan emosional yang baik dari pendamping, pasangan, atau tenaga kesehatan, hormon-hormon positif seperti oksitosin dan endorfin dapat meningkat sehingga membantu meredakan ketegangan dan memperkuat kontraksi uterus. Oksitosin, selain berfungsi fisiologis pada kontraksi, juga berperan besar dalam menciptakan rasa aman dan kedekatan emosional.³⁸

Saat memasuki kala II atau tahap mendedan, banyak ibu melaporkan perubahan mental berupa fokus yang meningkat dan dorongan kuat untuk menyelesaikan proses persalinan. Beberapa ibu dapat mengalami kelelahan mental akibat durasi persalinan yang lama atau intensitas kontraksi yang tinggi. Pada periode ini, motivasi intrinsik ibu sangat penting, dan peran tenaga kesehatan dalam memberikan instruksi jelas serta motivasi sangat besar pengaruhnya. Penelitian menunjukkan bahwa dukungan verbal dan emosional dari bidan dapat meningkatkan rasa percaya diri, mengurangi kecemasan, serta memperbaiki pengalaman emosional persalinan. Sebaliknya, kurangnya dukungan dapat membuat ibu merasa tidak berdaya atau kehilangan kontrol.³⁷

Kala III dan IV juga memiliki aspek psikologis yang signifikan. Setelah bayi lahir, sebagian besar ibu mengalami rasa lega, bahagia, dan haru karena proses persalinan telah selesai dan mereka akhirnya bertemu dengan bayinya. Namun, beberapa ibu juga dapat mengalami perubahan emosi yang cepat akibat kelelahan, perubahan hormonal mendadak, atau pengalaman persalinan yang traumatis. Pada periode ini, hubungan awal antara ibu dan bayi terbentuk melalui kontak kulit, proses inisiasi menyusui dini, dan interaksi fisik lainnya. Hubungan ini memicu pelepasan oksitosin yang membantu menciptakan ikatan emosional (bonding) antara ibu dan bayi. Namun, jika proses persalinan menegangkan atau terjadi intervensi berlebihan, ibu dapat merasa cemas atau mengalami kesulitan membangun ikatan awal.³⁷

Perubahan psikologi persalinan juga sangat dipengaruhi oleh faktor lingkungan dan dukungan sosial. Lingkungan yang tenang, tenang, dan mendukung secara emosional dapat meningkatkan rasa aman ibu dan memperkuat respons fisiologis positif yang membantu persalinan. Sebaliknya, lingkungan yang penuh tekanan, komunikasi buruk dari tenaga kesehatan, atau pengalaman negatif sebelumnya dapat meningkatkan risiko stres psikologis, bahkan trauma persalinan. Beberapa studi dalam 10 tahun terakhir menunjukkan bahwa pengalaman persalinan yang buruk dapat berkontribusi pada gangguan kecemasan postpartum, baby blues, atau bahkan depresi postpartum. Oleh karena itu, manajemen psikologis yang baik selama persalinan menjadi bagian integral dari asuhan kebidanan yang holistik.⁴¹

g. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Dalam ilmu kebidanan, faktor yang mempengaruhi persalinan dikenal dengan konsep 5P, yaitu Passenger (janin), Passage (jalan lahir), Power (kekuatan his dan mengedan), Psyche (psikologis), dan Position (posisi ibu). Selain itu, terdapat faktor tambahan seperti status nutrisi ibu, keseimbangan hormonal, dan kondisi medis tertentu.

1) Passenger (Janin)

Faktor janin memainkan peranan penting dalam menentukan kemajuan persalinan. Karakteristik janin yang memengaruhi proses persalinan meliputi ukuran janin, letak, presentasi, posisi, dan sikap janin.

a) Ukuran janin

- (1) Janin dengan berat badan besar (>4.000 gram) meningkatkan risiko distosia bahu, kemajuan persalinan terhambat, dan tindakan operatif.
- (2) Pada janin besar, diameter kepala juga meningkat sehingga memerlukan keseimbangan antara ukuran janin dan kapasitas panggul (cephalopelvic relationship).

b) Letak janin

Letak memanjang merupakan posisi ideal, sedangkan letak lintang dan serong menyebabkan hambatan persalinan dan memerlukan intervensi segera.

c) Presentasi janin

- (1) Presentasi kepala (cephalic) adalah yang paling fisiologis.
- (2) Presentasi bokong memiliki risiko lebih tinggi terhadap komplikasi seperti prolaps tali pusat dan distosia.³⁸

d) Posisi dan sikap janin

- (1) Posisi oksiput anterior mempermudah kelahiran.
- (2) Posisi oksiput posterior dapat memperpanjang kala I dan II persalinan, serta meningkatkan kebutuhan analgesia dan tindakan operatif.

2) Passage (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul tulang (fixed passageway) dan jaringan lunak (soft passageway). Keduanya harus mampu mendukung penurunan dan rotasi janin.

a) Panggul tulang

- (1) Bentuk panggul gynecoid merupakan yang paling ideal.
- (2) Panggul android, platypelloid, atau anthropoid sering menyebabkan hambatan rotasi dan penurunan kepala janin.

b) Jaringan lunak

- (1) Jaringan seperti ligamen, rantai panggul, serta serviks berperan dalam memfasilitasi persalinan.
- (2) Serviks harus mengalami pematangan yang adekuat; apabila matang buruk dapat menyebabkan persalinan lama.³⁹

c) Adanya kelainan

Mioma uteri, tumor ovarium, atau jaringan parut pada serviks dapat menghambat jalannya janin.

3) Power (Kekuatan His dan Menedan)

Kekuatan his merupakan pendorong utama terjadinya pembukaan dan penurunan janin. Dalam fase kedua, tenaga mendedan ibu juga ikut berperan.

a) Kekuatan his

- (1) His yang adekuat bersifat teratur, semakin kuat, dan frekuensinya meningkat.
- (2) His yang tidak efektif (incoordinate uterine action) menyebabkan persalinan memanjang.

b) Tenaga mendedan

- (1) Ibu yang terlalu lelah atau memiliki kondisi medis seperti anemia dan malnutrisi mungkin tidak mampu mendedan efektif.
- (2) Teknik mendedan yang benar meningkatkan efisiensi persalinan.⁴⁰

c) Pengaruh hormone

Oksitosin dan prostaglandin sangat berperan dalam meningkatkan kualitas kontraksi.

4) Psyche (Psikologis Ibu)

Kondisi psikologis ibu sangat berpengaruh terhadap kelancaran proses persalinan.

a) Stres emosional

(1) Stres berat meningkatkan hormon katekolamin, yang dapat menghambat kontraksi uterus.

(2) Ketakutan dan kecemasan meningkatkan persepsi nyeri dan memperpanjang kala I dan II.

b) Dukungan sosial

Kehadiran pendamping persalinan terbukti mempercepat persalinan serta mengurangi kebutuhan intervensi medis.⁴¹

c) Kesiapan pengetahuan

Ibu yang memahami proses persalinan lebih mampu beradaptasi terhadap rasa nyeri dan perubahan fisik.

5) Position (Posisi Ibu)

Posisi ibu selama persalinan memengaruhi gravitasi, sirkulasi uteroplasenta, dan tekanan mekanis pada panggul.

a) Posisi tegak (upright)

(1) Memanfaatkan gravitasi sehingga mempercepat penurunan kepala janin.

(2) Mengurangi risiko persalinan lama.

b) Posisi supinasi

(1) Menekan vena cava inferior → mengurangi aliran darah ke uterus.

(2) Sering menyebabkan ibu cepat lelah dan kontraksi tidak efektif.⁴²

c) Variasi posisi

Hands-and-knees, lateral, dan squatting terbukti membantu rotasi janin terutama pada posisi oksiput posterior.

6) Faktor Tambahan Lainnya

a) Usia ibu

Usia <20 dan >35 tahun meningkatkan risiko komplikasi obstetri tertentu.

b) Status nutrisi

Nutrisi buruk dan anemia berkaitan dengan kontraksi lemah, kelelahan, dan kala II yang lama.

c) Kondisi medis ibu

Hipertensi, diabetes, obesitas, atau infeksi tertentu dapat memengaruhi durasi persalinan.

d) Status ketuban

Ketuban pecah dini dapat meningkatkan iritabilitas uterus, namun juga meningkatkan risiko infeksi.

h. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan adalah serangkaian gerakan adaptif yang dilakukan janin untuk melewati jalan lahir selama persalinan pervaginam. Proses ini terjadi akibat interaksi antara Passenger (janin), Passage (jalan lahir), dan Power (kontraksi). Gerakan mekanik ini berlangsung berurutan, tetapi dalam praktiknya sebagian dapat terjadi secara bersamaan atau saling tumpang tindih.¹⁹ Pemahaman tentang mekanisme persalinan sangat penting untuk menilai apakah proses kelahiran sedang berlangsung normal atau mengalami hambatan yang membutuhkan intervensi.

1) Descent

Descent merupakan gerakan turun janin ke arah panggul, terjadi sepanjang proses persalinan. Penurunan ini dipengaruhi oleh tekanan cairan ketuban, tekanan fundus uterus, kontraksi otot dinding abdomen, serta kekuatan mengejan ibu pada kala II.²³ Penurunan yang baik merupakan indikator bahwa kekuatan kontraksi dan hubungan anatomi janin–jalan lahir berjalan normal. Hambatan pada descent dapat terjadi akibat ukuran janin besar, malposisi seperti oksiput posterior, atau kekuatan his yang tidak adekuat.

2) Fleksi

Saat kepala janin turun, terjadi fleksi spontan pada leher sehingga dagu janin mendekati dada. Fleksi penting karena membantu menghasilkan diameter terkecil dari kepala janin, yaitu suboksipito-bregmatika (9,5 cm), untuk melewati jalan lahir.²⁴ Tanpa fleksi, diameter yang lebih besar seperti oksipito-frontal atau mento-vertical akan mempersulit proses persalinan. Fleksi baik biasanya terjadi bila leher janin tidak terhambat dan panggul ibu memiliki bentuk yang mendukung

3) Rotasi Internal

Rotasi internal terjadi ketika kepala janin berputar dari posisi awal (OT—occiput transverse) menuju posisi OA (occiput anterior), yang merupakan posisi paling ideal untuk lahir. Proses rotasi ini terjadi di rongga panggul karena bentuk panggul yang lebih lebar di bagian transversal dan lebih sempit di bagian anterior–posterior.²⁵ Rotasi internal sangat krusial, dan kegagalannya dapat menyebabkan persalinan lama atau membutuhkan intervensi seperti vakum atau tindakan operatif. Rotasi ke arah posterior dapat terjadi pada bentuk panggul tertentu atau pada janin makrosomia

4) Ekstensi

Setelah kepala mencapai dasar panggul dan melewati simpisis pubis, kepala harus melakukan ekstensi untuk keluar dari introitus vagina. Pergerakan ini terjadi karena dorongan uterus dari belakang dan tahanan dari perineum di depan. Pada fase ini, bagian-bagian kepala yang keluar secara berurutan adalah ubun-ubun kecil, dahi, hidung, mulut, dan dagu.²⁶ Ekstensi merupakan gerakan kunci yang memungkinkan kepala keluar sempurna tanpa hambatan. Bila perineum kaku atau terdapat hambatan jaringan lunak, risiko robekan perineum dapat meningkat

5) Restitusi (Putar Balik Kepala)

Restitusi adalah gerakan kepala janin yang kembali ke posisi semula setelah keluar dari vagina. Gerakan ini terjadi untuk menyesuaikan posisi kepala dengan rotasi bahu di dalam panggul.²⁷ Bila kepala keluar dalam posisi OA, restitusi biasanya sekitar 45 derajat. Restitusi yang tidak normal dapat menandakan hambatan pada bahu atau posisi yang tidak sesuai antara kepala dan badan.

6) Rotasi Eksternal

Rotasi eksternal adalah rotasi lanjutan kepala yang mengikuti rotasi bahu di dalam panggul. Pada saat ini, bahu melakukan rotasi sehingga diameter bisakromial (bahu) menyesuaikan dengan diameter panggul yang lebih luas. Rotasi ini membantu mempersiapkan lahirnya bahu anterior terlebih dahulu.²⁸ Fase ini sangat penting karena kegagalan rotasi dapat menyebabkan distosia bahu, salah satu keadaan gawat darurat Tindakan yang memerlukan Tindakan cepat untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas.

7) Ekspulsi (Keluar Seluruh Tubuh Janin)

Setelah bahu anterior lahir, bahu posterior akan menyusul, kemudian seluruh badan janin keluar dengan gerakan meluncur. Ekspulsi merupakan tahap akhir dari mekanisme persalinan. Setelah bayi lahir, biasanya disusul oleh pengeluaran plasenta pada kala III dan proses adaptasi fisiologis lainnya.²⁹ Dapat terjadi hambatan pada Fase ekspulsi ini, yaitu ketika terdapat kontraksi yang lemah, malposisi bahu, atau ukuran janin terlalu besar. Oleh karena itu pengkajian awal dapat sangat membantu penentuan Tindakan pada proses persalinan.

8) Variasi Mekanisme Persalinan Berdasarkan Presentasi

Pada presentasi selain kepala, misalnya sungsang atau letak muka, mekanisme persalinan mengalami modifikasi. Pada letak sungsang, bokong pertama kali muncul, kemudian kaki, bahu, dan kepala terakhir. Risiko komplikasi lebih tinggi dibandingkan presentasi kepala. Sementara itu, pada letak muka, diameter yang

melewati panggul lebih besar sehingga peluang persalinan normal sangat kecil.³⁰ Pemahaman variasi ini penting dalam menentukan apakah persalinan dapat dilanjutkan normal atau memerlukan tindakan operatif.

i. Penatalaksanaan Persalinan

Penatalaksanaan persalinan adalah rangkaian tindakan terencana, terstandar, dan berbasis bukti yang dilakukan tenaga kesehatan untuk memastikan proses kelahiran berlangsung aman bagi ibu dan bayi. Penatalaksanaan ini mencakup seluruh tahapan mulai dari penerimaan pasien, asesmen kondisi ibu dan janin, pemantauan persalinan, intervensi sesuai indikasi, manajemen aktif kala III, hingga perawatan pascapersalinan.¹⁹ Prinsip utama penatalaksanaan persalinan modern menekankan keamanan, humanisasi, komunikasi efektif, pencegahan komplikasi, dan berbasis bukti (evidence-based).

1) Penatalaksanaan Kala I (Kala Pembukaan)

Kala I merupakan tahap dilatasi serviks hingga mencapai pembukaan lengkap. Pada tahap ini, penatalaksanaan difokuskan pada pemantauan ibu dan janin serta upaya menjaga kemajuan persalinan tetap normal.

a) Asesmen Awal

Pemeriksaan awal meliputi tanda vital, status obstetri, pemeriksaan dalam untuk menilai pembukaan serviks, penurunan kepala, ketuban, dan posisi janin. Pemeriksaan laboratorium seperti Hb, golongan darah, dan protein urine dilakukan bila tersedia²². Riwayat kehamilan, faktor risiko ibu, janin, maupun keluarga, dan keluhan ibu harus digali secara lengkap agar dapat dijadikan persiapan, penentuan Tindakan segera dalam proses persalinan.

b) Pemantauan Kemajuan Persalinan

WHO merekomendasikan penggunaan Partograf untuk memantau kemajuan pembukaan serviks, his, penurunan kepala,

dan kondisi ibu serta janin. Intervensi dapat dilakukan jika pembukaan serviks menyimpang dari garis waspada atau maju lambat.²³

c) Manajemen Nyeri dan Kenyamanan

Kenyamanan ibu sangat menentukan jalannya persalinan. Intervensi nonfarmakologis seperti nafas dalam, masase punggung, kompres hangat, mobilisasi, penggunaan bola persalinan, dan dukungan emosional terbukti efektif mengurangi nyeri.²⁴

d) Pemantauan Janin

DJJ dipantau setiap 30 menit pada fase aktif atau 15 menit bila terdapat risiko. Ketuban harus dievaluasi, terutama warna (bening atau mekonium). Ketuban mekonium kental merupakan tanda gawat janin.²⁵

e) Intervensi yang Diperbolehkan

Intervensi seperti amniotomi dilakukan bila ada indikasi seperti mempercepat persalinan atau memantapkan kontraksi. Oksitosin hanya diberikan bila terdapat kelambatan kemajuan persalinan setelah penyebab lain dievaluasi.

2) Penatalaksanaan Kala II (Kala Pengeluaran Bayi)

Kala II dimulai dari pembukaan lengkap hingga bayi lahir. Fokus utama kala ini adalah pengawasan ibu saat mengejan, posisi melahirkan, pencegahan rupture perineum, dan tindakan emergensi bila diperlukan.

a) Pengaturan Posisi Persalinan

Ibu dapat memilih posisi seperti setengah duduk, jongkok, berdiri, all-fours, atau lateral. Posisi tegak mempercepat penurunan kepala dan meningkatkan efektivitas his.²⁶ Hal tersebut juga dapat didukung oleh gaya gravitasi yang menarik bayi ke bawah.

b) Bimbingan Mengejan

Tenaga kesehatan membimbing ibu mengejan hanya saat kontraksi. Mengejan yang efektif dapat mengurangi durasi kala II dan membantu menghindari kelelahan ibu.

c) Perlindungan Perineum (Hands-on/Hands-off)

Pendekatan *hands-on* digunakan untuk mengontrol keluarnya kepala dan mencegah robekan perineum. Sedangkan *hands-off* dapat dipilih bila kondisi memungkinkan. Penggunaan kompres hangat telah terbukti mengurangi ruptur perineum derajat 3–4.²⁷

d) Deteksi Dini Komplikasi

Komplikasi seperti fetal distress, distosia bahu, kelelahan ibu, atau ketidaksesuaian ukuran janin-panggul harus diantisipasi. Pada situasi darurat, tindakan seperti episiotomi, ekstraksi vakum, atau rujukan emergensi dilakukan sesuai indikasi.

3) Penatalaksanaan Kala III (Kala Pengeluaran Plasenta)

Kala III adalah periode dari lahirnya bayi hingga keluarnya plasenta. Penatalaksanaan utama adalah Manajemen Aktif Kala III (MAK III) untuk mencegah perdarahan postpartum.

a) Pemberian Oksitosin

Pemberian oksitosin 10 IU IM dalam 1 menit setelah bayi lahir adalah standar emas untuk menurunkan risiko perdarahan postpartum hingga 60%.²⁸

b) Tarikan Tali Pusat Terkendali (Brandt-Andrews)

Dilakukan bersamaan dengan dorongan suprapubik untuk mempercepat pelepasan plasenta. Teknik ini harus dilakukan dengan benar untuk mencegah inversio uteri.

c) Pemeriksaan Plasenta dan Jalan Lahir

Setelah plasenta keluar, dilakukan pemeriksaan kelengkapan lobus, selaput, dan pembuluh darah. Pemeriksaan

jalan lahir dilakukan untuk mendeteksi robekan dan segera menjahitnya bila diperlukan.

4) Penatalaksanaan Kala IV (Observasi 2 Jam Postpartum)

Kala IV berlangsung dua jam setelah plasenta lahir. Tujuannya adalah memastikan tidak terjadi perdarahan postpartum, stabilitas vital ibu, serta bonding awal dengan bayi.

a) Pengawasan Tanda Vital

Tekanan darah, nadi, pernapasan, dan kontraksi uterus dipantau setiap 15–30 menit. Uterus harus keras; bila lembek, dilakukan masase uterus untuk mencegah atonia.²⁹

b) Deteksi Perdarahan

Bila perdarahan lebih dari 500 mL atau ibu menunjukkan tanda syok, lakukan penanganan segera termasuk pemberian uterotonika tambahan, penanganan atonia, atau rujukan emergensi.

c) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

IMD dilakukan minimal 1 jam setelah kelahiran. IMD meningkatkan ikatan ibu–bayi, merangsang pengeluaran oksitosin, dan menurunkan risiko perdarahan postpartum.

5) Penatalaksanaan Berbasis Humanisasi dan Evidence-Based

Praktik kebidanan modern mengutamakan model pelayanan yang:

- a) Menghormati hak ibu
- b) Menghindari intervensi yang tidak perlu
- c) Memberikan dukungan emosional
- d) Melibatkan keluarga
- e) Mengurangi tindakan yang tidak terbukti efektif seperti episiotomi rutin, posisi litotomi, atau amniotomi tanpa indikasi.³⁰

Pendekatan ini terbukti meningkatkan pengalaman persalinan positif serta menurunkan angka intervensi medis yang tidak diperlukan

4. Ketuban Pecah Dini (KPD)

a. Pengertian

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum onset persalinan. Bila terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut *Preterm Premature Rupture of Membranes (PPROM)*.⁴⁷

b. Etiologi

Penyebab pasti ketuban pecah dini (KPD) belum diketahui secara pasti dan bersifat multifaktorial. Namun, beberapa mekanisme yang diduga berperan dalam terjadinya KPD adalah infeksi intrauterin, peningkatan aktivitas enzim proteolitik, dan proses inflamasi yang menyebabkan degradasi kolagen pada membran amnion dan korion sehingga kekuatan selaput ketuban berkurang dan lebih mudah mengalami ruptur.¹⁹ Mikroorganisme yang menginfeksi traktus genitalia dapat merangsang pelepasan sitokin proinflamasi dan prostaglandin yang menyebabkan pelemahan membran ketuban serta memicu kontraksi uterus.⁴³

Selain infeksi, peregangan membran yang berlebihan akibat polihidramnion atau kehamilan ganda, trauma, serta kelainan struktur kolagen juga dapat menyebabkan berkurangnya elastisitas selaput ketuban sehingga meningkatkan risiko terjadinya KPD.^{19,44}

c. Faktor Risiko

Beberapa faktor yang dapat meningkatkan risiko terjadinya ketuban pecah dini antara lain infeksi saluran kemih, vaginosis bakterialis, dan infeksi traktus genitalia yang dapat menyebabkan proses inflamasi pada membran ketuban.^{19,43} Riwayat ketuban pecah dini pada kehamilan sebelumnya juga merupakan faktor risiko penting karena meningkatkan kemungkinan terjadinya KPD pada kehamilan berikutnya.⁴⁴

Faktor lain yang berhubungan dengan kejadian KPD meliputi kehamilan ganda, polihidramnion, perdarahan antepartum, inkompetensi serviks, tindakan invasif selama kehamilan, serta trauma pada abdomen.¹⁹ Selain itu, status gizi yang kurang, anemia, merokok, usia ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, multiparitas, dan

status sosial ekonomi yang rendah juga dilaporkan berkontribusi terhadap meningkatnya risiko KPD.^{43,45}

d. Patofisiologi

KPD terjadi akibat:

- 1) Degradasi kolagen membran amnion oleh enzim protease
- 2) Infeksi → meningkatkan matrix metalloproteinase (MMP)
- 3) Inflamasi → melemahkan struktur ketuban
- 4) Tekanan intrauterin meningkat

Setelah ketuban pecah:

- 1) Terjadi penurunan cairan amnion
- 2) Risiko infeksi ascendens meningkat
- 3) Dapat memicu persalinan prematur akibat pelepasan prostaglandin.^{46,48}

e. Komplikasi

Ketuban pecah dini dapat menimbulkan komplikasi baik pada ibu maupun janin. Pada ibu, komplikasi yang dapat terjadi antara lain korioamnionitis, endometritis postpartum, sepsis maternal, serta meningkatnya angka tindakan operatif akibat kegagalan induksi persalinan atau adanya gawat janin.^{19,44}

Pada janin dan neonatus, KPD dapat menyebabkan persalinan prematur, prolaps tali pusat, kompresi tali pusat, asfiksia neonatorum, sindrom gangguan napas, sepsis neonatal, berat badan lahir rendah, hingga kematian perinatal.^{19,43} Risiko komplikasi tersebut akan semakin meningkat apabila interval antara pecahnya ketuban dengan persalinan berlangsung lebih lama karena kemungkinan terjadinya infeksi akan semakin besar.⁴⁴

f. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan tergantung usia kehamilan:

- 1) Preterm (<37 minggu)
 - Rawat inap dan observasi
 - Antibiotik profilaksis

- Kortikosteroid
 - Monitoring tanda infeksi
 - Terminasi bila terjadi infeksi/gawat janin
- 2) Aterm (≥ 37 minggu)
- Induksi persalinan

Prinsip umum:

- 1) Hindari VT berulang
- 2) Pantau DJJ
- 3) Edukasi tanda infeksi
- 4) Kolaborasi dokter spesialis.^{19,46}

5. Hubungan ISK dengan KPD

Infeksi saluran kemih merupakan salah satu infeksi yang sering terjadi selama kehamilan dan dapat meningkatkan risiko terjadinya ketuban pecah dini (KPD). Infeksi yang terjadi pada saluran kemih dapat menyebabkan respon inflamasi sistemik maupun lokal yang memicu pelepasan mediator inflamasi seperti interleukin-1 (IL-1), interleukin-6 (IL-6), tumor necrosis factor-alpha (TNF- α), serta prostaglandin. Peningkatan mediator inflamasi tersebut akan merangsang aktivitas enzim matriks metalloproteinase (MMP), terutama MMP-8 dan MMP-9, yang berperan dalam degradasi kolagen pada membran amnion dan korion. Kerusakan serat kolagen tersebut menyebabkan kekuatan dan elastisitas selaput ketuban menurun sehingga membran menjadi lebih rapuh dan mudah mengalami ruptur sebelum proses persalinan dimulai.^{19,44}

Selain menyebabkan degradasi kolagen, peningkatan prostaglandin akibat proses inflamasi juga dapat merangsang kontraksi uterus dan pematangan serviks sehingga mempercepat terjadinya persalinan. Risiko terjadinya KPD akan semakin meningkat apabila infeksi tidak terdeteksi atau tidak mendapatkan pengobatan yang adekuat sehingga mikroorganisme dan mediator inflamasi terus memengaruhi integritas membran ketuban.^{19,45}

Dengan demikian, infeksi saluran kemih pada kehamilan merupakan salah satu faktor risiko penting terjadinya ketuban pecah dini, terutama apabila

disertai bakteriuria yang tidak tertangani dengan baik. Oleh karena itu, deteksi dini dan pengobatan ISK pada ibu hamil sangat penting untuk mencegah komplikasi yang dapat membahayakan ibu maupun janin^{43,44}



6. Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Neonatus adalah bayi yang baru saja mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. Lahirnya biasanya dengan usia gestasi 38-42 minggu. Bayi baru lahir memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin) dan toleransi bagi bayi baru lahir untuk hidup dengan baik. Neonatus merupakan bayi dengan umur 0-28 yang mempunyai resiko gangguan kesehatan paling tinggi dan berbagai masalah kesehatan yang bisa muncul, sehingga tanpa penanganan yang tepat, bisa menyebabkan komplikasi pada neonatus.⁵¹

b. Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir

1) Pengertian

Bayi baru lahir (neonatal) adalah masa 28 hari pertama kehidupan manusia. Pada masa ini terjadi proses penyesuaian sistem

tubuh bayi dari kehidupan dalam rahim ke kehidupan di luar rahim. Masa ini adalah masa yang perlu mendapatkan perhatian dan perawatan yang ekstra, karena terjadi peningkatan morbiditas dan mortalitas neonatus¹⁴.

2) Ciri-ciri bayi baru lahir sehat

- a) BB= 2500-4000 gram
- b) Panjang badan 46-53 cm
- c) Lingkar kepala 33-35 cm
- d) Denyut jantung pada pertama kali 120-140x/menit. RR = 40-60x/menit
- e) Kulit kemerahan, Apgar score 8-10, reflek baik
- f) Kuku agak panjang dan lemas
- g) Genetalia : Jika perempuan genetalia mayora ditutupi labia minora, jika laki-laki testisnya sudah turun
- h) Eliminasi baik urine dan mekonium akan keluar dalam 24 jam.⁴⁹

c. Asuhan Bayi Baru Lahir

1) Pencegahan infeksi

Bayi baru lahir sangat rentan terhadap mikroorganisme dan terkontaminasi selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Sehubungan dengan hal ini, maka asuhan bayi baru lahir membutuhkan peralatan esensial termasuk pakaian dalam keadaan bersih dan bebas infeksi..

2) Penilaian segera setelah lahir

Penilaian pada bayi baru lahir, dilakukan meliputi apakah bayi lahir cukup bulan, apakah air ketuban jernih dan tidak bercampur mekonium, apakah bayi menangis atau bernapas dan apakah tonus otot bayi baik (bayi bergerak aktif).

3) Pencegahan kehilangan panas

Segera setelah bayi lahir upayakan untuk mencegah hilangnya panas dari tubuh bayi, hal ini dapat dilakukan dengan cara mengeringkan tubuh bayi, selimuti bayi terutama pada bagian

kepala dengan kain yang kering, menunda untuk memandikan bayi sebelum suhu tubuh stabil, yaitu 6 jam setelah bayi lahir, dan menjaga lingkungan agar tetap hangat atau bayi ditempatkan bersama dengan ibu di ruangan dengan suhu $>25^{\circ}\text{C}$.

4) Asuhan pada tali pusat

Setelah tali pusat dipotong dan diikat, biarkan tali pusat tetap dalam keadaan terbuka tanpa mengoleskan cairan atau bahan apapun ke puntung tali pusat. Apabila tali pusat berdarah, bernanah, kemerahan yang meluas dan berbau maka segera ke pelayanan kesehatan untuk segera ditangani.

5) Inisiasi menyusui dini

Bayi harus mendapatkan kontak kulit dengan ibunya segera setelah lahir selama kurang lebih 1 jam (IMD). Bayi dibiarkan tetap berada di atas perut ibu, untuk meningkatkan bonding attachment.

6) Manajemen laktasi

Memberikan ASI sedini mungkin akan membina ikatan emosional dan kehangatan ibu dan bayi. Manajemen laktasi meliputi masa antenatal, segera setelah bayi lahir, masa neonatal dan masa menyusui selanjutnya.

7) Pencegahan infeksi mata

Penggunaan antibiotik profilaksis seperti Gentamicin 0,3% atau oksitetrasiklin 1% dianjurkan untuk mencegah penyakit mata karena klamidia (penyakit menular seksual).

8) Penyuntikan vitamin K1

Vitamin K1 diberikan secara injeksi IM dengan dosis 1 mg, waktu pemberian setelah kontak kulit atau proses inisiasi menyusui dini (IMD) selama 1 jam. Penyuntikkan vitamin K1 bertujuan untuk mencegah penyakit akibat defisiensi vitamin K yang dialami sebagian bayi baru lahir

9) Pemberian imunisasi

Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi penyakit hepatitis terhadap bayi, terutama jalur penularan melalui ibu kepada bayi. Imunisasi ini diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K1, pada saat bayi berumur 2 jam.

10) Pemeriksaan bayi baru lahir

Pemeriksaan bayi baru lahir dapat dilakukan 1 jam setelah kontak ke kulit. Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan antropometri, pemeriksaan fisik, pemeriksaan refleks, dan pemeriksaan penunjang (laboratorium) wajib sebagai bagian dari skrining atau deteksi dini untuk penyakit tertentu, misalkan Skrining Hipothyroid Kongenital.⁵⁰

d. Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatus dilakukan untuk mendapatkan bayi yang sehat mencegah, dan mendeteksi secara dini komplikasi atau masalah serta menangani masalah-masalah yang mungkin akan terjadi pada bayi. Kunjungan neonatal bertujuan untuk pemeriksaan ulang pada bayi baru lahir, meningkatkan akses pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin bila terdapat kelainan pada bayi atau mengalami masalah.⁵¹

Waktu pemeriksaan neonatal dibagi menjadi :

- 1) Setelah lahir saat bayi stabil (sebelum 6 jam)
- 2) Pada usia 6-48 jam (kunjungan neonatal 1)
- 3) Pada usia 3-7 hari (kunjungan neonatal 2)
- 4) Pada usia 8-28 hari (kunjungan neonatal 3)⁵²

e. Pelayanan Essensial BBL

Pelayanan neonatal esensial 0 (nol) sampai 6 (enam) jam meliputi :

- 1) menjaga Bayi tetap hangat;
- 2) inisiasi menyusui dini;
- 3) pemotongan dan perawatan tali pusat;
- 4) pemberian suntikan vitamin K1;
- 5) pemberian salep mata antibiotik;
- 6) pemberian imunisasi hepatitis B0;

- 7) pemeriksaan fisik Bayi Baru Lahir;
 - 8) pemantauan tanda bahaya;
 - 9) penanganan asfiksia Bayi Baru Lahir;
 - 10) pemberian tanda identitas diri; dan
 - 11) merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil, tepat waktu ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu.⁵²
- f. Penatalaksanaan Neonatal
- 1) Persiapan
 - a) Persiapan alat dan tempat

Alat yang digunakan untuk memeriksa:

 - (1) Lampu yang berfungsi untuk penerangan dan
 - (2) memberikan kehangatan.
 - (3) Air bersih, sabun, handuk kering dan hangat
 - (4) Sarung tangan bersih
 - (5) Kain bersih
 - (6) Stetoskop
 - (7) Jam dengan jarum detik
 - (8) Termometer
 - (9) Timbangan bayi
 - (10) Pengukur panjang bayi
 - (11) Pengukur lingkaran kepala.
 - b) Tempat

Pemeriksaan dilakukan di tempat yang datar, rata, bersih, kering, hangat dan terang
 - 2) Persiapan diri
 - a) Sebelum memeriksa bayi, cucilah tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan dengan lap bersih dan kering atau dianginkan. Jangan menyentuh bayi jika tangan anda masih basah dan dingin.

- b) Gunakan sarung tangan jika tangan menyentuh bagian tubuh yang ada darah seperti tali pusat atau memasukkan tangan ke dalam mulut bayi.
 - c) Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir setelah pemeriksaan kemudian keringkan
 - d) Untuk menjaga bayi tetap hangat, tidak perlu menelanjangi bayi bulat-bulat pada setiap tahap pemeriksaan. Buka hanya bagian yang akan diperiksa atau diamati dalam waktu singkat untuk mencegah kehilangan panas.
- 3) Persiapan keluarga
- Jelaskan kepada ibu dan keluarga tentang apa yang akan dilakukan dan kemudian hasilnya setelah selesai.
- a) Pemeriksaan Fisik
- Prinsip:
- (1) Pemeriksaan dilakukan dalam keadaan bayi tenang (tidak menangis)
 - (2) Pemeriksaan tidak harus berurutan, dahulukan menilai pernapasan dan tarikan dinding dada kedalam, denyut jantung serta perut.⁵²

7. Nifas

a. Pengertian Nifas

Masa nifas atau masa puerperium adalah masa setelah persalinan selesai sampai 6 minggu atau 42 hari. Selama masa nifas, organ reproduksi secara perlahan akan mengalami perubahan seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan organ reproduksi ini disebut involusi.⁵³

Masa nifas merupakan masa setelah melahirkan bayi dan plasenta sampai 6 minggu atau 40 hari. Masa nifas sangat penting bagi seorang wanita karena merupakan masa pemulihan untuk mengembalikan alat kandungan serta fisik ibu ke kondisi seperti sebelum hamil. Masa nifas dimulai sesaat setelah keluarnya plasenta dan selaput janin serta berakhir

ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil kira-kira sampai 6 minggu.⁵⁴

b. Kunjungan Nifas

Kunjungan nifas (KF) dilakukan dengan jadwal kunjungan nifas yaitu:

- 1) KF 1 : Pada periode 6 jam sampai dengan 2 hari pasca persalinan.
- 2) KF 2 : Pada periode 3 hari sampai dengan 7 hari pasca persalinan.
- 3) KF 3 : Pada periode 8 hari sampai dengan 28 hari pasca persalinan.
- 4) KF 4 : Pada Periode 29 hari sampai dengan 42 hari pasca persalinan.⁵⁵

c. Tahapan Masa Nifas

Tahapan-tahapan yang terjadi pada masa nifas :

- 1) Puerperium dini, yaitu kepulihan ketika ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan.
- 2) Puerperium intermedial, yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genital.
- 3) Remote puerperium, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna mungkin beberapa minggu, bulan atau tahun.⁵⁴

d. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1) Sistem Kardiovaskuler

Setelah terjadinya diresis akibat penurunan kadar estrogen, volume darah kembali kepada keadaan tidak hamil. Jumlah sel darah merah dan hemoglobin kembali normal pada hari ke-5. Meskipun kadar estrogen mengalami penurunan yang sangat besar selama masa nifas, namun kadarnya masih tetap lebih tinggi daripada normal.⁵⁶

2) Sistem Hematologi

Pada hari pertama masa nifas, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun, tetapi darah lebih mengental dengan meningkatnya viskositas sehingga meningkatkan factor pembekuan

darah. Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7 masa nifas dan akan kembali normal dalam 4-5 minggu masa nifas⁵⁶

3) Sistem Reproduksi

1. Uterus

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.⁵⁴

2. Lochea

Lochea adalah cairan/secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas. Macam-macam lochea :

- (1) Lochea rubra (cruenta) : Berisi darah segar dan sisa selaput ketuban, sel desidua, verniks caseosa, lanugo dan mekonium, selama 2 hari postpartum
- (2) Lochea sanguinolenta : Berwarna kuning berisi darah dan lendir, hari 3-7 postpartum.
- (3) Lochea serosa : Berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 postpartum.
- (4) Lochea alba : Cairan putih, setelah 2 minggu.
- (5) Lochea purulenta : Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
- (6) Locheastatis : Lochea tidak lancer keluarnya.⁵⁴

3. Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup²⁹

4. Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan

vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia lebih menonjol.⁵⁴

5. Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada postnatal hari ke 5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan.

6. Payudara

Perubahan pada payudara meliputi :

- (1) Penurunan kadar progesterone secara tepat dengan peningkatan hormone prolaktin setelah persalinan.
- (2) Kolostrum sudah ada saat persalinan produksi ASI terjadi pada hari ke-2 atau hari ke-3 setelah persalinan.
- (3) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi.

4) Sistem Gastrointestinal

Kerap kali diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesterone menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema. Rasa sakit di daerah perineum dapat menghalangi keinginan ke belakang.⁵⁴

5) Sistem Perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama, kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema lher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urine dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan,

kadar hormone estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu.⁵⁴

6) Sistem Endokrin

Kadar estrogen menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam post partum. Progesterone turun pada hari ke 3 post partum. Kadar prolaktin dalam darah berangsur-angsur hilang.⁵⁴

7) Sistem Muskuloskeletal

Ambulasi pada umumnya dimulai 4-8 jam post partum. Ambulasi ini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi.⁵⁴

8) Sistem Integumen

- (1) Penurunan melanin umumnya setelah persalinan menyebabkan berkurangnya hyperpigmentasi kulit.
- (2) Perubahan pembuluh darah yang tampak pada kulit karena kehamilan dan akan menghilang pada saat estrogen menurun.⁵⁴

9) Perubahan tanda-tanda vital

Pada masa nifas antara lain :

a) Suhu Tubuh

Dalam 24 jam postpartum suhu akan naik sekitar 37,5- 38°C yang merupakan pengaruh dari proses persalinan dimana ibu kehilangan banyak cairan dan kelelahan. Hari ke-3 suhu akan naik lagi karena proses pembentukan ASI, payudara menjadi bengkak, berwarna merah. Peningkatan suhu bias juga disebabkan karena infeksi pada endometrium, mastitis, infeksi tractus urogenitalis. Kita harus mewaspadaai bila suhu lebih dari 38 °C dalam 2 hari berturut-turut pada 10 hari pertama post partum dan suhu harus terus diobservasi minimal 4 kali sehari.

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa berkisar 60-80 kali permenit. Setelah melahirkan denyut nadi menjadi lebih cepat. Denyut nadi yang cepat ($>100x$ /menit) biasa disebabkan karena infeksi atau perdarahan post partum yang tertunda.

c) Pernafasaan

Pernafasan selalu terkait dengan kondisi suhu dan denyut nadi. Apabila nadi dan suhu tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali pada kondisi gangguan saluran pernafasan. Umumnya, respirasi cenderung lambat atau normal karena ibu dalam kondisi pemulihan. Bila respirasi cepat >30 per menit mungkin diikuti oleh tanda-tanda shock.

d) Tekanan Darah

Tekanan darah relatif rendah karena ada proses kehilangan darah karena persalinan. Tekanan darah yang tinggi mengindikasikan adanya pre eklampsi post partum. Biasanya, tekanan darah yang normal yaitu $<140/90$ mmHg. Namun, dapat mengalami peningkatan dari pra persalinan pada 1-3 hari post partum. Setelah persalinan sebagian besar wanita mengalami peningkatan tekanan darah sementara waktu. Bila tekanan darah menjadi rendah menunjukkan adanya perdarahan postpartum. Sebaliknya, bila tekanan darah tinggi merupakan petunjuk kemungkinan adanya pre-eklampsi yang bisa timbul pada masa nifas, tetapi itu jarang terjadi.⁵⁴

e. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Fase-fase yang dialami oleh ibu pada masa nifas yaitu :

1) Fase Taking In

Merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami ibu disebabkan karena proses persalinan yang baru saja dilaluinya. Rasa mules, nyeri pada jalan

lahir, kurang tidur atau kelelahan, merupakan hal yang sering dikeluhkan ibu. Pada fase ini, kebutuhan istirahat, asupan nutrisi dan komunikasi yang baik harus dapat terpenuhi.

2) Fase Taking Hold

Fase taking hold adalah periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini timbul rasa khawatir akan ketidaknyamanan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan sangat sensitive, sehingga mudah tersinggung dan marah. Dukungan moral sangat diperlukan untuk menumbuhkan kepercayaan diri ibu.

3) Fase Letting Go

Fase letting go adalah periode menerima tanggung jawab akan peran barunya, fase ini berlangsung 10 hari pasca melahirkan. Ibu memahami bahwa bayinya butuh disusui sehingga siap teja untuk energi yang begitu banyak pada saat proses melahirkan.⁵⁴

f. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

i. Kebutuhan Cairan

Fungsi cairan sebagai pelarut zat gizi dalam proses metabolisme tubuh. Minumlah cairan cukup untuk membuat tubuh tidak dehidrasi. Asupan tablet tambah darah dan zat besi diberikan selama 40 hari postpartum. Kegunaan cairan bagi tubuh menyangkut beberapa fungsi berikut :

a) Fungsi sistem perkemihan

b) Keseimbangan dan keselarasan berbagai proses didalam tubuh

Sebagian besar pasien dapat melakukan ambulasi segera setelah persalinan usai. Aktivitas tersebut amat berguna bagi semua system tubuh, terutama fungsi usus, kandung kemih, sirkulasi dan paru-paru.

Aktivitas dapat dilakukan secara bertahap, memberikan jarak antara

c) Sistem urinarius.⁵⁴

g. Kebutuhan Nutrisi

Nutrisi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan gizi pada masa nifas terutama bila menyusui

akan meningkat 25% karena berguna untuk proses kesembuhan karena sehabis melahirkan dan memproduksi air susu yang cukup untuk menyetatkan bayi semua itu akan meningkat tiga kali dari kebutuhan biasa.

h. Kebutuhan Ambulasi

Sebagian besar pasien dapat melakukan ambulasi segera setelah persalinan usai. Aktivitas tersebut amat berguna bagi semua system tubuh, terutama fungsi usus, kandung kemih, sirkulasi dan paru-paru. Aktivitas dapat dilakukan secara bertahap, memberikan jarak anantara aktivitas dan istirahat. Dalam 2 jam setelah bersalin ibu harus sudah bisa melakukan mobilisasi. Dapat dilakukan dengan miring kanan atau kiri terlebih dahulu, kemudian duduk dan berangsur-angsur untuk berdiri dan berjalan.⁵⁴

i. Kebutuhan Eliminasi BAK/BAB

1) Miksi

Pada persalinan normal masalah berkemih dan buang air besar tidak mengalami hambatan apa pun. Kebanyakan pasien dapat melakukan BAK secara spontan dalam 8 jam setelah melahirkan. Bila dalam 3 hari ibu tidak dapat berkemih, dapat dilakukan rangsangan untuk berkemih dengan mengkompres vesica urinaria dengan air hangat dan dapat menggunakan kateterisasi.

2) Defekasi

Buang air besar akan biasa setelah sehari, kecuali bila ibu takut dengan luka episiotomy. Bila sampai 3-4 hari belum buang air besar, sebaiknya dilakukan diberikan obat rangsangan per oral atau per rectal, jika masih belum bisa dilakukan klisma untuk merangsang buang air besar sehingga tidak mengalami sembelit dan menyebabkan jahitan terbuka. Tidak merasa nyeri, aman untuk memulai, melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap. Ibu yang baru melahirkan boleh melakukan hubungan seksual kembali setelah 6 minggu persalinan.⁵⁴

j. Kebersihan Diri (Personal Hygiene)

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasan nyaman pada ibu. Anjukan ibu untuk menjaga

kebersihan diri dengan cara mandi yang teratur minimal 2 kali sehari. Mengganti pakaian dan alas tempat tidur serta lingkungan dimana ibu tinggal. Ibu harus tetap bersih, segar, dan wangi. Merawat perineum dengan baik dengan menggunakan antiseptic dan selalu diingat bahwa membersihkan perineum dari arah depan kebelakang. Jaga kebersihan diri secara keseluruhan untuk menghindari infeksi, baik pada luka jahitan maupun kulit.⁵⁴

k. Kebutuhan Istirahat dan tidur

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Anjurkan ibu untuk istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam berbagai hal, diantaranya mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, serta menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya.⁵⁴

l. Kebutuhan Seksual

Secara fisik aman untuk memenuhi hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu darah merah berhenti dan ibu

m. Kebutuhan Perawatan Payudara

- i. Sebaiknya perawatan mammae telah dimulai sejak wanita hamil supaya putting lemas, tidak keras, dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya
- ii. Ibu menyusui harus menjaga payudaranya untuk tetap bersih dan kering.
- iii. Menggunakan bra yang menyokong payudara.
- iv. Apabila putting susu lecet oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar putting susu setiap kali selesai menyusui⁵⁴.

n. Latihan Masa Nifas

Selama kehamilan dan persalinan ibu banyak mengalami perubahan fisik seperti dinding perut menjadi kendur, longgarnya liang senggama dan otot dasar panggul. Untuk mengembalikan kepada keadaan normal dan

menjaga kesehatan agat tetap prim, senam nifas sangat baik dilakukan pada ibu setelah melahirkan. ibu tidak perlu takut untuk banyak bergerak, karena dengan ambulasi dini (bangun dan bergerak setelah beberapa jam melahirkan) dapat membantu rahim untuk kembali kebentuk semula⁵⁴.

8. Keluarga berencana

a. Definisi

Kontrasepsi merupakan berbagai macam alat atau metode yang digunakan oleh satu pihak atau kedua belah pihak untuk menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel sperma dan sel telur (ovum) yang sudah matang.⁵⁷ Kontrasepsi berasal dari kata kontra, berarti “mencegah” atau “melawan” dan konsepsi yang berarti pertemuan sel telur yang matang dan sel sperma yang mengakibatkan kehamilan. Kontrasepsi adalah menghindari terjadinya kehamilan akibat pertemuan sel telur matang (ovum) dengan sel sperma yang telah dibuahi.⁵⁸

Program keluarga berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas. Kontrasepsi merupakan komponen penting dalam pelayanan Kesehatan reproduksi sehingga dapat mengurangi risiko kematian dan kesakitan selama kehamilan.⁵⁸ Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan. Upaya yang dilakukan dalam pelayanan kontrasepsi dapat bersifat sementara maupun bersifat permanen.⁵⁹

b. Metode Kontrasepsi

Metode kontrasepsi yang dijelaskan pada bab ini merupakan metode kotrasepsi yang tersedia di Indonesia. Untuk merk dagang yang di tuliskan sebagai contoh merupakan merk dagang alokon yang masuk dalam program pemerintah.⁶⁰

g. AKDR Copper

- a) Pengertian: AKDR Copper adalah suatu rangka plastik yang lentur dan kecil dengan lengan atau kawat Copper (tembaga) di sekitarnya.
- b) Jenis: AKDR Cu T 380 A merupakan AKDR yang disediakan oleh Pemerintah (Program) AKDR Nova T 380 tidak disediakan oleh Pemerintah (Non Program) tetapi banyak digunakan sebagai KB Mandiri
- c) Cara kerja: Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke saluran telur karena tembaga pada AKDR menyebabkan reaksi inflamasi steril yang toksik buat sperma Jangka waktu pemakaian: Jangka waktu pemakaian berjangka panjang dapat hingga 10 tahun, serta sangat efektif dan bersifat reversibel.
- d) Batas usia pemakai: Dapat dipakai oleh perempuan pada usia reproduksi. AKDR Cu T 380 A AKDR Nova T 380 24
- e) Efektivitas: Memiliki efektivitas tinggi berkisar 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan).
- f) Kembalinya kesuburan: Kembalinya kesuburan tinggi setelah AKDR copper T dilepas.
- g) Keuntungan :
 - (1) Mencegah kehamilan dengan sangat efektif Kurang dari 1 kehamilan per 100 perempuan yang menggunakan AKDR selama tahun pertama
 - (2) Efektif segera setelah pemasangan
 - (3) Berjangka Panjang, Studi menunjukkan bahwa AKDR CuT-380A efektif hingga 12 tahun, namun ijin edar berlaku untuk 10 tahun penggunaan.
 - (4) Tidak mempengaruhi hubungan seksual

- (5) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
- (6) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)
- (7) Kesuburan segera kembali setelah AKDR dilepas.

h) Keterbatasan :

- (1) Pemasangannya dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih secara khusus memasangnya pada rahim perempuan melalui vagina dan serviks. Seringkali klien takut selama pemasangan
- (2) Tidak ada perlindungan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS)
- (3) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan
- (4) Klien tidak dapat melepas AKDR sendiri
- (5) AKDR mungkin keluar dari uterus tanpa diketahui
- (6) Klien harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu dengan cara memasukkan jari ke dalam vagina (sebagian perempuan tidak mau melakukan ini).

h. Kontrasepsi Implan

- a) Pengertian: Implan merupakan batang plastik berukuran kecil yang lentur, seukuran batang korek api, yang melepaskan progestin yang menyerupai hormon progesteron alami di tubuh perempuan.
- b) Jenis implan:
 - (1) Implan Dua Batang: terdiri dari 2 batang implan mengandung hormon Levonorgestrel 75 mg/batang. Efektif hingga 4 tahun penggunaan (studi terkini menunjukkan bahwa jenis ini memiliki efektivitas tinggi hingga 5 tahun).

- (2) Implan Satu Batang (Implanon): terdiri dari 1 batang implan mengandung hormon Etonogestrel 68 mg, efektif hingga 3 tahun penggunaan (studi terkini menunjukkan bahwa jenis ini memiliki efektivitas tinggi hingga 5 tahun).
- c) Cara kerja:
- (1) Mencegah pelepasan telur dari ovarium (menekan ovulasi)
 - (2) Mengentalkan lendir serviks (menghambat bertemunya sperma dan telur)
 - (3) Efektivitas: Kurang dari 1 kehamilan per 100 perempuan dalam 1 tahun pertama penggunaan Implan. Risiko kecil kehamilan masih berlanjut setelah tahun pertama pemakaian.
 - (4) Kembalinya kesuburan: Kembalinya kesuburan tinggi setelah Implan dilepas.
- d) Keuntungan :
- (1) Klien tidak perlu melakukan apapun setelah implan terpasang
 - (2) Mencegah kehamilan dengan sangat efektif Kurang dari 1 kehamilan per 100 perempuan yang menggunakan implan pada tahun pertama (1 per 1.000 perempuan).
 - (3) Merupakan metode kontrasepsi jangka panjang untuk 3 hingga 5 tahun, tergantung jenis implan.
 - (4) Tidak mengganggu hubungan seksual
 - (5) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
 - (6) Kesuburan dapat kembali dengan segera setelah implan dilepas.
 - (7) Mengurangi nyeri haid
 - (8) Mengurangi jumlah darah haid sehingga dapat mencegah anemia defisiensi besi
- e) Keterbatasan :

- (1) Tidak ada perlindungan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS).
- (2) Membutuhkan tenaga kesehatan yang terlatih secara khusus untuk memasang dan melepas. Klien tidak dapat memulai atau menghentikan pemakaian implan secara mandiri.

i. Kontrasepsi Suntik Kombinasi (KSK)

- a) Pengertian: Kontrasepsi Suntik Kombinasi (KSK) mengandung 2 hormon – yaitu progestin dan estrogen – seperti hormon progesteron dan estrogen alami pada tubuh perempuan
- b) Jenis: Kontrasepsi Suntik Kombinasi yang mengandung 2 hormon – yaitu Medroxyprogesterone Acetate (MPA) / Estradiol Cypionate yang disediakan Pemerintah :
- c) Cara Kerja:
 - (1) Mencegah pelepasan telur dari ovarium (menekan ovulasi).
 - (2) Membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu
 - (3) Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu
 - (4) Menghambat transportasi gamet oleh tuba
- d) Keuntungan:
 - (1) Tidak perlu pemakaian setiap hari
 - (2) Dapat dihentikan kapan saja
 - (3) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
 - (4) Baik untuk menjarangkan kehamilan
- e) Keterbatasan :
 - (1) Harus kembali ke tenaga kesehatan untuk disuntik tepat waktu
 - (2) Efektivitas KSK tergantung pada kembalinya yang tepat waktu: Risiko kehamilan meningkat saat klien terlambat suntik ulang atau melewatkan suatu suntikan.

(3) Kemungkinan keterlambatan pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian.

j. Kontrasepsi Suntik Progestin (KSP)

a) Pengertian: Kontrasepsi suntik yang mengandung Progestin saja seperti hormon progesteron alami dalam tubuh perempuan.

b) Cara Kerja :

- (1) Mencegah pelepasan telur dari ovarium (menekan ovulasi)
- (2) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
- (3) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi

c) Keuntungan

- (1) Suntikan setiap 2-3 bulan.
- (2) Tidak perlu penggunaan setiap hari
- (3) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (4) Dapat digunakan oleh perempuan menyusui dimulai 6 bulan setelah melahirkan
- (5) Dapat digunakan oleh perempuan usia > 35 tahun sampai perimenopause
- (6) Membantu mencegah: Kanker Endometrium, Mioma Uteri
- (7) Mungkin membantu mencegah: Penyakit radang panggul simptomatis, Anemia defisiensi besi]
- (8) Mengurangi: Krisis sel sabit pada perempuan dengan anemia sel sabit, Gejala endometriosis (nyeri panggul, menstruasi yang tidak teratur)

b) Keterbatasan :

- (1) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan untuk suntikan ulang
- (2) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu
- (3) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian, rata-rata 4 bulan

(4) Pada pemakaian jangka panjang dapat sedikit menurunkan densitas (kepadatan) tulang.

k. Kontrasepsi Pil Kombinasi (KPK)

a. Pengertian: Pil yang mengandung 2 macam hormon berdosisi rendah - yaitu progestin dan estrogen-seperti hormon progesteron dan estrogen alami pada tubuh perempuan yang harus diminum setiap hari.

b. Cara Kerja:

- (1) Mencegah pelepasan telur dari ovarium (menekan ovulasi)
- (2) Mengentalkan lendir serviks sehingga sulit dilalui oleh sperma
- (3) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu

c. Keuntungan :

- (1) Dapat mengontrol pemakaian
- (2) Mudah digunakan
- (3) Mudah didapat, misalnya di apotek atau toko obat
- (4) Penghentian dapat dilakukan kapan pun tanpa perlu bantuan tenaga kesehatan
- (5) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (6) Banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia)
- (7) Tidak terjadi nyeri haid,
- (8) Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan
- (9) Membantu mencegah Kanker Endometrium, Kanker Ovarium, Kista ovarium Penyakit Radang Panggul, Anemia Defisiensi Besi
- (10) Mengurangi nyeri haid, nyeri ovulasi, masalah perdarahan menstruasi dan jerawat

d. Keterbatasan:

- (1) Mahal

- (2) Harus diminum setiap hari secara teratur
- (3) Mengurangi ASI pada perempuan menyusui.

1. Kontrasepsi Pil Progestin (KPP)

- a. Pengertian: Pil yang mengandung progestin saja dengan dosis yang sangat rendah seperti hormon progesteron alami pada tubuh perempuan.
- b. Jenis :
 - (1) Kemasan 28 pil berisi Lynestrenol 0,5 mg (Kontrasepsi Pil Progestin yang disediakan Pemerintah)
 - (2) Kemasan 28 pil berisi 75 µgnorgestrel
 - (3) Kemasan 35 pil berisi 300 µg levonorgestrel atau 350 µg norethindrone. Sangat dianjurkan untuk ibu menyusui karena tidak mengganggu produksi ASI
- c. Cara Kerja :
 - (1) Mencegah ovulasi,
 - (2) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
 - (3) Menjadikan endometrium tipis dan atrofi
- d. Keuntungan:
 - (1) Dapat diminum selama menyusui
 - (2) Dapat mengontrol pemakaian
 - (3) Penghentian dapat dilakukan kapan pun tanpa perlu bantuan tenaga kesehatan
 - (4) Tidak mengganggu hubungan seksual
 - (5) Kesuburan cepat Kembali
 - (6) Mengurangi nyeri haid
 - (7) Mengurangi jumlah perdarahan haid
- e. Keterbatasan:
 - (1) Harus diminum setiap hari dan pada waktu yang sama, bila lupa satu pil saja, kegagalan menjadi lebih besar
 - (2) Peningkatan/penurunan berat badan.

m. Kondom

- a. Pengertian: Merupakan selubung/sarung karet yang berbentuk silinder dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. Terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), polyurethane, polyisoprene, kulit domba, dan nitrile.
- b. Jenis:
 - (1) Kondom berkontur (bergerigi)
 - (2) Kondom beraroma
 - (3) Kondom tidak beraroma
- c. Cara Kerja:
 - (1) Menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan
 - (2) Khusus untuk kondom yang terbuat dari lateks dan vinil dapat mencegah penularan mikroorganisme (IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain
- d. Keuntungan:
 - (1) Murah dan dapat dibeli bebas
 - (2) Tidak perlu pemeriksaan kesehatan khusus
 - (3) Proteksi ganda (selain mencegah kehamilan tetapi juga mencegah IMS termasuk HIV-AIDS)
 - (4) Membantu mencegah terjadinya kanker serviks (mengurangi iritasi bahan karsinogenik eksogen pada serviks)
- e. Keterbatasan:
 - (1) Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi

- (2) Agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung),
- (3) Bisa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi
- (4) Malu membelinya di tempat umum.

n. Tubektomi

- a. Pengertian: Prosedur bedah sukarela untuk menghentikan kesuburan secara permanen pada perempuan yang tidak ingin anak lagi
- b. Cara Kerja: Mengoklusi tuba falopii (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum
- c. Keuntungan:
 - (1) Sangat efektif
 - (2) Tidak mempengaruhi proses menyusui
 - (3) Tidak bergantung pada faktor senggama
 - (4) Tidak memiliki efek samping dalam jangka panjang
 - (5) Tidak perlu khawatir menjadi hamil atau khawatir mengenai kontrasepsi lagi
 - (6) Pengguna tidak perlu melakukan atau mengingat apapun setelah prosedur dilakukan
 - (7) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual
- d. Keterbatasan:
 - (1) Kesuburan tidak dapat dipulihkan kembali, kecuali dengan operasi rekanalisasi
 - (2) Rasa sakit dalam jangka pendek setelah tindakan
 - (3) Harus dilakukan oleh dokter yang terlatih (untuk laparoskopi dilakukan oleh Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi).

o. Vasektomi

- a. Pengertian: Vasektomi adalah tindakan memotong dan mengikat vas (ductus) deferens tanpa menggunakan pisau bedah, dengan tujuan memutuskan aliran sperma dari testis sehingga terjadi azoospermia.
- b. Cara Kerja: Mengikat dan memotong setiap saluran vas deferens sehingga sperma tidak bercampur dengan semen. Semen dikeluarkan, tetapi tidak dapat menyebabkan kehamilan
- c. Keuntungan:
 - (1) Aman dan nyaman
 - (2) Sangat efektif
 - (3) Permanen
 - (4) Laki-laki mengambil tanggung jawab untuk kontrasepsi – mengambil alih beban perempuan
 - (5) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual
- d. Keterbatasan:
 - (1) Tidak segera efektif (WHO menyarankan kontrasepsi tambahan selama 3 bulan setelah prosedur, kurang lebih 20 kali ejakulasi)
 - (2) Komplikasi minor seperti infeksi, perdarahan, nyeri pasca operasi. Teknik tanpa pisau merupakan pilihan mengurangi perdarahan dan nyeri dibandingkan teknik insisi
 - (3) Harus dilakukan oleh dokter umum yang terlatih untuk vasektomi atau Dokter Spesialis Bedah dan Dokter Spesialis Urologi.⁶⁰

9. Pathway Kasus

