

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

Ny. P usia 34 tahun, pendidikan terakhir SMP bekerja sebagai ibu rumah tangga. Suami Ny. P bernama Tn. N usia 37 tahun pendidikan terakhir SMP bekerja sebagai buruh bangunan. Ny. P tinggal bersama suami di Jatirejo RT. 006 RW. 022. Merupakan pernikahan kedua untuk Ny. P dan Tn. N, sudah menikah 3 tahun. Berdasarkan riwayat menstruasi, siklus menstruasi teratur 30 hari, lama menstruasi 7 hari, tidak ada keputihan dan saat menstruasi tidak mengalami nyeri haid/dismenorea. Hari pertama haid terakhir (HPHT) : 17 Oktober 2020, dan HPL : 24 Juli 2021. Ny. P mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit seperti *penyakit jantung, hipertensi, asma, DM, ginjal, TBC, maupun HIV/AIDS*. Merupakan kehamilan ke-5 dan memiliki riwayat abortus tahun 2020 di usia kehamilan 8 minggu.

Asuhan kebidanan kehamilan pada Ny. P pertama kali dilakukan pada tanggal 10 Juli 2021 usia kehamilan 38 minggu Ny. P datang ke Puskesmas Mlati 1 untuk melakukan pemeriksaan laboratorium yaitu *rapid test* serta ibu mengeluh perut bagian bawahnya kadang terasa kram. Setelah dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan hasil data objektif pada Ny. P yaitu keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TD : 100/60mmHg, suhu 36,6⁰C, pernapasan 18 x/menit, nadi 88x/menit. Hasil pemeriksaan abdomen yaitu TFU : 27 cm, presentasi kepala belum masuk PAP, punggung kiri, DJJ : 134x/menit. Hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan hasil *rapid test* Ny. P yaitu non reaktif. Selanjutnya, bidan menjelaskan tentang keluhan yang dirasakan ibu saat ini merupakan hal yang normal dialami oleh ibu hamil di trimester III karena disebabkan oleh tekanan dari janin yang menekan organ bagian bawah disekitar panggul serta menjelaskan tentang tanda-tanda perdarahan. Memberikan KIE pada Ny. P untuk selalu mematuhi protokol kesehatan, rutin mengkonsumsi vitamin ibu hamil, istirahat cukup, mengkonsumsi gizi seimbang, menyiapkan perlengkapan ibu dan bayi saat persalinan dan melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi.

Ny. P datang ke PMB Isti tgl 25 Juli 2021 pukul 09.00 WIB dengan keluhan sakit perut dan mules semakin lama semakin kuat & sering. Berdasarkan pengkajian data subjektif, ibu mulai merasa kontraksi sejak 25 Juli 2021 jam 07.00 WIB.

Berdasarkan pengkajian data objektif, hasil pemeriksaan fisik secara umum baik, TD 100/70 mmHg, N 80x/menit, R 20x/menit, S 36,6⁰C. Berdasarkan hasil palpasi abdomen TFU : 29 cm, presentasi kepala sudah masuk PAP, punggung kiri. Berdasarkan perhitungan taksiran berat janin adalah 2.635 gram. Kontraksi uterus 4 kali dalam 10 menit lamanya 40 detik. Pemeriksaan DJJ : 146 x/menit, teratur, punctum maksimum di perut bagian kiri dibawah pusat. Setelah dilakukan pemeriksaan dalam didapatkan hasil v/v tenang, d/v licin, serviks menipis, pembukaan 3 cm, selaput ketuban (+), air ketuban (-), STLD (-). Selanjutnya bidan melakukan swab antigen mandiri dan didapatkan hasil swab antigen Ny. P positif. Rencana tindakan yang akan dilakukan bidan yaitu melakukan rujukan ke RSUD Sakina Idaman.

Ny. P mengatakan selama masa nifas mengalami masalah dalam pemberian ASI eksklusif. Pada usia 0 hari Ny. P mengatakan bayi sudah diberikan susu formula karena Ny. P mengatakan ASI belum keluar dan bayi tidak dirawat gabung dengan ibu. Ny. P mengatakan setelah ibu dan bayi sudah diizinkan untuk pulang, bayi akan dirawat oleh Ny. P dan keluarga dengan protokol kesehatan yang ketat.

Ny. P dan suami berencana untuk memakai KB suntik 3 bulan karena tidak mempengaruhi produksi ASI. Setelah dilakukan pemeriksaan didapatkan hasil BB : 65 kg, TB : 150 cm, IMT : 28,8 kg/m². Selanjutnya bidan memberikan KIE tentang efek samping dari penggunaan KB suntik 3 bulan salah satunya yaitu penambahan berat badan dan bahayanya jika ibu mengalami obesitas yaitu dapat terkena penyakit jantung, tekanan darah tinggi, DM, dll. Dan juga, dilihat dari jumlah anak dan usia Ny. P sudah termasuk risiko tinggi jika sampai terjadi kehamilan. Maka, bidan memberikan KIE tentang pemilihan KB non hormonal seperti IUD.

B. Kajian Teori

1. Konsep Dasar Teori Kehamilan

a. Konsep Dasar Teori Antenatal Care (ANC)

1) Pengertian ANC

Antenatal Care adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan selama kehamilan.¹

2) Tujuan ANC⁶

- a) Mempromosikan dan menjaga kesehatan fisik maupun mental ibu dan bayi dengan pendidikan, nutrisi, kebersihan diri, serta proses kelahiran bayi.
- b) Mendeteksi dan menatalaksanaan komplikasi medis, beda, atau obstetri selama kehamilan.
- c) Memantau kemajuan kehamilan, memastikan kesejahteraan ibu, dan tumbuh kembang janin.
- d) Mengembangkan persiapan persalinan serta kesiapan menghadapi komplikasi.
- e) Membantu menyiapkan ibu untuk menyusui dengan sukses, menjalankan nifas normal, serta merawat anak secara fisik, psikologis, dan sosial.
- f) Mempersiapkan ibu dan keluarga dapat berperan dengan baik dalam memelihara bayi agar dapat tumbuh dan berkembang secara normal.

3) Frekuensi kunjungan ANC⁶

- a) Minimal 1 kali pada trimester I
- b) Minimal 1 kali pada trimester II
- c) Minimal 2 kali pada trimester III

4) Tempat pelayanan ANC

Ibu hamil dapat melaksanakan pemeriksaan kehamilan di sarana kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, posyandu, praktek mandiri bidan dan dokter praktik.⁶

5) Standar ANC yang diprogramkan

Standar pelayanan ANC meliputi standar 10T, sehingga ibu hamil yang datang memperoleh pelayanan komprehensif dengan harapan *antenatal care* dengan standar 10T dapat sebagai daya ungkit pelayanan kehamilan dan diharapkan ikut andil dalam menurunkan angka kematian ibu.⁶

6) Pelayanan sesuai standart, yaitu 10 T

Sesuai dengan kebijakan Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia (PPIBI), ada sepuluh standar pelayanan yang harus dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang dikenal dengan 10T. Pelayanan atau asuhan standar minimal 10T adalah sebagai berikut:⁶

a) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan (T1)

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan ibu hamil dilakukan untuk deteksi faktor risiko terhadap kehamilan. Jika kurang dari 145 cm meningkatkan risiko terjadinya *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD) atau panggul sempit

b) Nilai status gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas /LILA) (T2)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko Kekurangan Energi Kronik (KEK). KEK disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR).

c) Ukur tekanan darah (T3)

Tekanan darah yang normal 100/70 – 140/90 mmHg, pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya *hipertensi* (tekanan darah melebihi 140/90 mmHg) perlu diwaspadai pada kehamilan dan terjadinya pre eklampsia (hipertensi disertai odema wajah dan atau tungkai bawah; dan atau proteinuria.

d) Ukur tinggi fundus uteri (T4)

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

e) Tentukaan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ) (T5)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120/menit atau DJJ cepat lebih dari 160/menit menunjukkan adanya gawat janin.

f) Beri imunisasi Tetanus Toksoid (TT) (T6)

Pada kunjungan pertama ANC, dilakukan skrining status imunisasi TT ibu hamil, apabila diperlukan, diberikan imunisasi pada saat pelayanan antenatal. Tujuan dari imunisasi TT ini yaitu untuk mencegah terjadinya tetanus pada bayi baru lahir serta melengkapi status imunisasi TT.

Tabel 1. Skrining Imunisasi TT

Riwayat Imunisasi Ibu Hamil	Imunisasi Yang Didapat	Status Yang Diberikan
Imunisasi Dasar Lengkap	DPT-Hb 1 DPT-Hb 2 DPT-Hb 3	T1 dan T2
Anak Sekolah Kelas 1 SD	DT	T3
Kelas 2 SD	Td	T4
Kelas 3 SD	Td	T5
Calon Pengantin, Masa Hamil	TT	1. Jika ada status T diatas yang tidak terpenuhi 2. Lanjutkan urutan T yang belum terpenuhi 3. Perhatikan interval pemberian

Sumber: PPIBI, 2016: 60.

Tabel 2 Interval dalam Perlindungan TT Imunisasi

Imunisasi	Pemberian Imunisasi	Selang waktu pemberian minimal	Masa Perlindungan
TT WUS	T1	-	-
	T2	4 minggu setelah T1	3 tahun
	T3	6 bulan setelah T2	5 tahun
	T4	1 tahun setelah T3	10 tahun
	T5	3 tahun setelah T4	25 tahun

Sumber: PPIBI, 2016: 60.

g) Beri tablet tambah darah (tablet besi) (T7)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan Asam Folat minimal 90 tablet selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama.

h) Periksa laboratorium (rutin dan khusus) (T8)

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal, pemeriksaan dibagi menjadi pemeriksaan laboratorium wajib dan atas indikasi sebagai berikut:

(1) Pemeriksaan rutin

(a) Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.

(b) Pemeriksaan kadar haemoglobin darah (Hb)

Pemeriksaan kadar haemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan.

(c) Pemeriksaan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV)

Pemeriksaan HIV terutama untuk daerah dengan risiko tinggi kasus HIV dan ibu hamil yang dicurigai menderita HIV. Ibu hamil setelah menjalani konseling kemudian diberi kesempatan untuk menetapkan sendiri keputusannya untuk menjalani tes HIV.

(d) Pemeriksaan protein dalam *urine*

Pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya pre-eklampsia pada ibu hamil.

(e) Pemeriksaan Hbsag

Semua Ibu hamil secara rutin harus menjalani pemeriksaan HBsAg pada kunjungan awal / trimester I dalam setiap kehamilan,. ibu hamil yang berstatus HBsAg positif, bayinya harus dijamin mendapatkan vaksinasi atau imonoglobulin sesuai kebutuhan

(f) Pemeriksaan dengan indikasi

- i. Pemeriksaan kadar gula darah (bila ada indikasi)
- ii. Pemeriksaan darah malaria (untuk daerah endemis malaria)
- iii. Pemeriksaan tes Sifilis (bila ada indikasi)
- iv. Pemeriksaan BTA

Pemeriksaan BTA dilakukan pada ibu hamil yang dicurigai menderita penyakit *tuberculosis* sebagai pencegahan agar infeksi *tuberculosis* tidak mempengaruhi kesehatan janin.

- v. Pemeriksaan protein dalam urin (Bila ada indikasi)

Pemeriksaan protein dalam *urine* pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya pre-eklampsia pada ibu hamil.

i) Tatalaksana atau penanganan Kasus (T9)

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

j) Temu wicara (Konseling) (T10)

Temu wicara dan konseling dilakukan setiap kunjungan antenatal yang meliputi kesehatan ibu, perilaku hidup sehat, peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, penawaran untuk melakukan testind dan konseling HIV, Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif, KB paska persalinan, imunisasi dan peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan.

7) Pelayanan Antenatal Terintegrasi

Merupakan pelayanan kesehatan komprehensif dan berkualitas yang dilakukan melalui deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan menanyakan tanda-tanda penting yang terkait dengan kehamilan dan penyakit yang kemungkinan diderita ibu hamil :⁶

a) Muntah berlebihan

Rasa mual dan muntah bisa muncul pada kehamilan muda terutama padapagi hari namun kondisi ibu biasanya hilang setelah kehamilan berumur 3 bulan. Keadaan ini tidak perlu dikhawatirkan, kecuali kalau memang cukup berat, hingga tidak dapat makan dan berat badan menurun terus.

b) Pusing

Pusing biasa muncul pada kehamilan muda. Apabila pusing sampai mengganggu aktifitas sehari-hari maka perlu diwaspadai.

c) Sakit Kepala

Sakit kepala yang hebat atau yang menetap timbul pada ibu hamil mungkin dapat membahayakan kesehatan kesehatan ibu dan janin.

d) Perdarahan

Perdarahan waktu hamil, walaupun hanya sedikit sudah merupakan tanda bahaya sehingga ibu hamil harus waspada.

e) Sakit perut hebat

Nyeri perut yang hebat dapat membahayakan kesehatan ibu dan janin.

f) Demam

Demam tinggi lebih dari 2 hari atau keluarnya cairan berlebihan dari liangrahim dan kadang-kadang berbau merupakan salah satu tanda bahaya pada kehamilan.

g) Batuk lama

Batuk lama lebih dari 2 minggu, perlu ada pemeriksaan lanjut dan dapat dicurigai ibu hamil menderita TB

h) Berdebar-debar

Jantung berdebar-debar pada ibu hamil merupakan salah satu masalah pada kehamilan yang harus diwaspadai

i) Cepat lelah

Dalam dua atau tiga bulan pertama kehamilan, biasanya timbul rasa lelah, mengantuk yang berlebihan dan pusing, yang biasanya terjadi pada sore hari. Kemungkinan ibu menderita kurang darah

j) Sesak nafas atau sukar bernafas

Pada akhir bulan ke delapan ibu hamil sering merasa sedikit sesak bila bernafas karena bayi menekan paru-paru ibu. Namun apabila hal ini terjadi berlebihan maka perlu diwaspadai.

k) Keputihan yang berbau

Keputihan yang berbau merupakan salah satu tanda bahaya pada ibu hamil.

l) Gerakan janin

Gerakan bayi mulai dirasakan ibu pada kehamilan akhir bulan keempat. Apabila gerakan janin belum muncul pada usia

kehamilan ini, gerakan yang semakin berkurang atau tidak ada gerakan janin maka ibu hamil harus waspada

m) Perilaku berubah selama hamil

Perilaku berubah selama hamil seperti gaduh gelisah, menarik diri, bicara sendiri, tidak mandi dan sebagainya. Selama kehamilan, ibu bisa mengalami perubahan perilaku. Hal ini disebabkan karena perubahan hormonal. Pada kondisi yang mengganggu kesehatan ibu dan janinnya maka akan dikonsulkan ke psikiater.

n) Riwayat Kekerasan terhadap Perempuan (KtP) selama kehamilan

Informasi mengenai kekerasan terhadap perempuan terutama ibu hamil seringkali sulit untuk digali. Korban kekerasan selalu mau berterus terang pada kunjungan pertama, yang mungkin disebabkan oleh rasa takut atau belum mampu mengemukakan masalahnya kepada orang lain, termasuk petugas kesehatan. Dalam keadaan ini, petugas kesehatan diharapkan dapat mengenali korban dan memberikan dukungan agar mau membuka diri.

8) Pedoman Program Perencanaan Pencegahan Komplikasi (P4K)

a) Pengertian

P4K dengan stiker adalah kepanjangan dari 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) Tujuan umum adanya program P4K

Meningkatnya cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu hamil dan bayi baru lahir melalui peningkatan peran aktif keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi dan tanda bahaya kebidanan bagi ibu sehingga melahirkan bayi yang sehat.

c) Tujuan khusus adanya program P4K antara lain

- (1) Terdatanya status ibu hamil dan terpasangnya stiker P4K di setiap rumah ibu hamil yang memuat informasi tentang lokasi tempat tinggal ibu hamil, identitas ibu hamil, taksiran persalinan, penolong persalinan, pendamping persalinan, fasilitas tempat persalinan, calon pendonor darah, transportasi yang akan digunakan serta pembiayaan.
- (2) Adanya perencanaan persalinan termasuk pemakaian metode KB pasca persalinan yang sesuai dan disepakati ibu hamil, suami, keluarga dan bidan.
- (3) Terlaksananya pengambilan keputusan yang cepat dan tepat bila terjadi komplikasi selama kehamilan, persalinan, dan nifas.
- (4) Meningkatkan keterlibatan tokoh masyarakat baik formal maupun non formal, dukun atau pendamping persalinan dan kelompok masyarakat dalam perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi dengan stiker, dan KB pasca salin sesuai dengan perannya masing-masing.

d) Manfaat P4K antara lain:

- (1) Mempercepat berfungsinya desa siaga.
- (2) Meningkatkan cakupan pelayanan *Ante Natal Care* (ANC) sesuai standart.
- (3) Meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan terampil.
- (4) Meningkatkan kemitraan bidan dan dukun.
- (5) Tertanganinya kejadian komplikasi secara dini.

- (6) Meningkatnya peserta KB pasca salin.
 - (7) Terpantaunya kesakitan dan kematian ibu dan bayi.
 - (8) Menurunnya kejadian kesakitan dan kematian ibu serta bayi.
- e) Terapi Yang Diberikan Pada Ibu Hamil Selama Masa Kehamilan

(1) Kalk (*Calcium lactate*)

Calcium lactate atau kalsium laktat adalah obat untuk mencegah atau mengobati rendahnya kadar kalsium dalam darah pada orang-orang yang tidak mendapatkan cukup kalsium dalam makanannya. *Calcium lactate* biasanya digunakan oleh ibu hamil dan menyusui, serta penderita penyakit yang diakibatkan tingkat kalsium rendah seperti osteoporosis, hipoparatiroidisme, dan penyakit otot tertentu. Kalk ini diberikan untuk memenuhi kebutuhan kalsium terutama bagi ibu hamil. Kalk diberikan dengan dosis 1x1. Perlu diperhatikan bahwa penggunaan yang berlebihan akan mengganggu metabolisme.

(2) Tablet Besi (Fe)

Zat besi adalah mineral yang dibutuhkan untuk membentuk sel darah merah (haemoglobin). Penyerapan besi dipengaruhi oleh banyak faktor. Protein hewani dan vitamin C meningkatkan penyerapan, sedangkan kopi, teh, susu, coklat, minuman bersoda dapat menghambat penyerapan zat besi di dalam tubuh, jadi waktu dan tepatnya untuk minum Fe yaitu pada malam hari menjelang tidur hal ini untuk mengurangi rasa mual dan timbul setelah ibu meminumnya.

2. Konsep Dasar Teori Persalinan

a. Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lahir lain dengan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri).⁷

Persalinan dianggap normal jika terjadi pada kehamilan usia cukup bulan (>37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak *uterus* berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada *serviks* (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya *plasenta* secara lengkap. Ibu belum inpartu jika kontraksi *uterus* tidak mengakibatkan perubahan *serviks*. Persalinan dapat dibedakan menjadi tiga, yaitu:⁷

1) Persalinan spontan

Persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir.

2) Persalinan buatan

Persalinan yang dibantu dengan tenaga dari luar, misalnya dengan *ekstraksi vakum*, *forsep*, ataupun *sectio caecarea*.

3) Persalinan anjuran

Persalinan yang berlangsung dengan pemberian obat untuk merangsang timbulnya kontraksi, misalnya dengan pemecahan ketuban, pemberian *pitocin*, atau *prostaglandin*.

b. Teori Persalinan

Terdapat berbagai teori persalinan, di antaranya adalah :

1) Teori Penurunan Progesteron

Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya *estrogen* meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar *progesteron* dan *estrogen* dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar *progesteron* menurun sehingga timbul his. Proses penebaran *plasenta* terjadi mulai

umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi *progesteron* mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap *oksitosin*. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan *progesteron* tertentu.⁷

2) Teori Oksitosin

Menjelang persalinan, terjadi peningkatan reseptor *oksitosin* dalam otot rahim, sehingga mudah terangsang saat disuntikkan *oksitosin* dan menimbulkan kontraksi. Diduga bahwa *oksitosin* dapat meningkatkan pembentukan *prostaglandin* dan persalinan berlangsung.⁷

3) Teori Keregangan Otot Rahim

Keadaan *uterus* yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan *iskemia* otot-otot *uterus*. Hal ini merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi *uteroplasenter* sehingga *plasenta* mengalami degenerasi. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang sampai batas tertentu. Apabila batas tersebut sudah terlewati, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.⁷

4) Teori Prostaglandin

Prostaglandin meningkat pada cairan *amnion* dan *desidua* dari minggu ke-15 hingga *aterm*, dan kadarnya meningkat hingga ke waktu partus. Diperkirakan terjadinya penurunan *progesteron* dapat memicu *interleukin-1* untuk dapat melakukan “*hidrolisis gliserofosfolipid*”, sehingga terjadi pelepasan dari *asam arakidonat* menjadi *prostaglandin*, *PGE2* dan *PGF2 alfa*. Terbukti pula bahwa saat mulainya persalinan, terdapat penimbunan dalam jumlah besar *asam arakidonat* dan *prostaglandin* dalam cairan *amnion*. Di samping itu, terjadi pembentukan *prostasiklin* dalam *miometrium*, *desidua*, dan *korion leave*. *Prostaglandin* dapat melunakkan serviks

dan merangsang kontraksi, bila diberikan dalam bentuk infus, *per os*, atau secara *intravaginal*.⁸

5) Teori Janin

Terdapat hubungan *hipofisis* dan kelenjar *suprarenal* yang menghasilkan sinyal kemudian diarahkan kepada *maternal* sebagai tanda bahwa janin telah siap lahir. Namun mekanisme ini belum diketahui secara pasti.⁸

6) Teori *Plasenta* Menjadi Tua

Plasenta yang semakin tua seiring dengan bertambahnya usia kehamilan akan menyebabkan turunnya kadar *estrogen* dan *progesteron* sehingga timbul kontraksi rahim.⁸

c. Tanda dan Gejala Persalinan

1) Tanda-tanda Persalinan Sudah Dekat

a) *Lightening*

Pada minggu ke-36 pada *primigravida* terjadi penurunan *fundus* karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh :⁹

- (1) Kontraksi *Braxton Hicks*
- (2) Ketegangan otot perut
- (3) Ketegangan *ligamentum rotundum*
- (4) Gaya berat janin kepala ke arah bawah

b) Terjadinya His Permulaan

Makin tua usia kehamilan, pengeluaran *progesteron* dan *estrogen* semakin berkurang sehingga *oksitosin* dapat menimbulkan kontraksi, yang lebih sering disebut his palsu. Sifat his palsu :⁹

- (1) Rasa nyeri ringan dibagian bawah
- (2) Datangnya tidak teratur
- (3) Tidak ada perubahan *serviks*
- (4) Durasinya pendek
- (5) Tidak bertambah jika beraktivitas

2) Tanda-tanda Persalinan

a) Terjadinya His Persalinan

His persalinan memiliki sifat, yaitu :

- (1) Pinggang terasa sakit, yang menjalar ke depan
- (2) Sifatnya teratur, intervalnya makin pendek dan kekuatannya makin besar
- (3) Kontraksi *uterus* mengakibatkan pendataran/pembukaan *servik*

b) *Bloody Show*

Pengeluaran lendir disertai darah melalui *vagina*. Dengan his permulaan, terjadi perubahan pada *serviks* yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, lendir yang terdapat di *kanalis servikalis* lepas, *kapiler* pembuluh darah pecah, yang menjadikan perdarahan sedikit.

c) Pengeluaran Cairan

Terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap tetapi kadang pecah pada pembukaan kecil.

d. Perubahan Fisiologis Persalinan

1) Perubahan-perubahan fisiologis Kala I adalah :⁷

a) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi (*sistolik* rata-rata naik 10-20 mmHg. *Distole* 5-10 mmHg. Antara kontraksi, tekanan darah kembali normal pada level sebelum persalinan. Dengan rasa sakit, takut, dan cemas juga akan meningkatkan tekanan darah. Wanita yang memang memiliki resiko *hipertensi* kini risikonya meningkat untuk mengalami komplikasi, seperti perdarahan otak.

b) *Metabolisme*

Metabolisme karbohidrat aerob dan *anaerob* akan meningkat secara berangsur disebabkan karena kecemasan. Peningkatan ini ditandai dengan adanya peningkatan suhu, denyut nadi, *kardiak output*, pernapasan dan cairan yang hilang.

c) Suhu Tubuh

Karena terjadi peningkatan *metabolisme*, maka suhu tubuh agak meningkat selama persalinan terutama selama dan segera setelah persalinan. Peningkatan ini jangan melebihi $0,5^{\circ}\text{C}$ - 1°C .

d) Detak Jantung

Detak jantung secara dramatis naik selama kontraksi. Pada setiap kontraksi, 400 ml darah dikeluarkan dari *uterus* dan masuk ke dalam sistem *vaskuler* ibu. Hal ini akan meningkatkan curah jantung.

e) Pernapasan

Terjadi sedikit peningkatan laju pernapasan dianggap normal. *Hiperventilasi* yang lama dianggap tidak normal dan bisa menyebabkan *alkalosis*.

f) Ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan, mungkin disebabkan oleh peningkatan *kardiak output*, peningkatan *filtrasi* dan *glomerulus*, dan peningkatan aliran *plasma* ginjal. *Proteinuria* yang sedikit dianggap normal dalam persalinan.

g) *Gastrointestinal*

Mortilitas lambung dan *absorpsi* makanan padat secara *substansial* berkurang banyak selama persalinan. Selain itu, pengeluaran getah lambung berkurang menyebabkan aktivitas pencernaan hampir berhenti, dan pengosongan lambung menjadi sangat lambat. Mual atau muntah biasa terjadi sampai mencapai akhir kala I.

h) *Hematologi*

Hemoglobin meningkat sampai 1,2 gr/100 ml, selama persalinan dan akan kembali sebelum persalinan, sehari pasca persalinan kecuali perdarahan *postpartum*.

2) Perubahan-perubahan fisiologis Kala II adalah :⁸

a) Kontraksi Persalinan

Kelahiran bayi dimungkinkan oleh gabungan kekuatan antara uterus dan otot abdomen karena kekuatan tersebut membuka *serviks* dan mendorong janin melewati jalan lahir.

b) Kontraksi *Uterus*

Kontraksi *uterus* selama persalinan berirama, teratur, *involunter*, serta mengikuti pola yang berulang. Kontraksi tersebut bertambah lebih kuat, datang setiap 2-3 menit dan berlangsung antara 50-100 detik. Setiap kali otot berkontraksi, kantong *amnion* didorong ke bawah ke dalam *serviks*. *Serviks* pertama-tama menipis mendatar dan kemudian terbuka, dan otot pada fundus menjadi lebih tebal.

c) *Vulva* dan *Anus*

Saat kepala berada di dasar panggul, *perineum* menjadi menonjol dan lebar dan *anus* membuka. *Labia* mulai membuka dan kepala janin tampak di *vulva* pada waktu his.

d) Janin

Bagian janin akan turun lebih cepat pada kala II yaitu rata-rata 1,6 cm/jam untuk *primipara* dan 5,4 cm untuk *multipara*. Pada kala II sebagai tanda bahwa kepala sudah sampai di dasar panggul, *perineum* menonjol, *vulva* menganga dan *rectum* terbuka.

3) Perubahan-perubahan fisiologis Kala III

a) Mekanisme Pelepasan *Plasenta*

Setelah janin lahir, *uterus* mengadakan kontraksi otot *uterus* (*miometrium*) yang mengakibatkan penciutan permukaan *kavum uteri*, lepas dari tempat implantasinya.

b) Tanda-tanda Lepasnya *Plasenta*

(1) Perubahan bentuk tinggi *fundus*

Setelah *uterus* berkontraksi dan *plasenta* terdorong ke bawah, *uterus* menjadi bulat, dan *fundus* berada diatas pusat (sering kali mengarah ke sisi kanan).

(2) Tali pusat memanjang

Tali pusat terlihat keluar memanjang (terjulur melalui *vulva* dan *vagina*).

(3) Semburan darah tiba-tiba

Semburan darah tiba-tiba menandakan bahwa darah yang terkumpul antara tempat melekatnya *plasenta* dan permukaan *maternal plasenta*, keluar melalui tepi *plasenta* yang terlepas.

e. Perubahan Psikologis Persalinan

1) Perubahan-perubahan psikologis Kala I

Pada persalinan Kala I selain pada saat kontraksi *uterus*, umumnya ibu dalam keadaan santai, tenang dan tidak terlalu pucat. Kondisi psikologis yang sering terjadi pada wanita dalam persalinan kala I adalah :^{10,11}

a) Kecemasan dan ketakutan pada dosa-dosa atau kesalahan-kesalahan sendiri. Ketakutan tersebut berupa rasa takut jika bayi yang akan dilahirkan dalam keadaan cacat, serta takhayul lain. Walaupun pada jaman ini kepercayaan pada ketakutan-ketakutan gaib selama proses *reproduksi* sudah sangat berkurang sebab secara *biologis*, *anatomis*, dan *fisiologis* kesulitan-kesulitan pada peristiwa *partus* bisa dijelaskan dengan alasan-alasan *patologis* atau sebab abnormalitas (keluarbiasa). Tetapi masih ada perempuan yang diliputi rasa ketakutan akan takhayul.

b) Timbulnya rasa tegang, takut, kesakitan, kecemasan dan konflik batin. Hal ini disebabkan oleh semakin membesarnya janin dalam kandungan yang dapat mengakibatkan calon ibu mudah capek, tidak nyaman badan, dan tidak bisa tidur nyenyak, sering kesulitan

bernafas dan macam-macam beban jasmaniah lainnya diwaktu kehamilannya.

- c) Sering timbul rasa jengkel, tidak nyaman dan selalu kegerahan serta tidak sabaran sehingga harmoni antara ibu dan janin yang dikandungnya menjadi terganggu. Ini disebabkan karena kepala bayi sudah memasuki panggul dan timbulnya kontraksi-kontraksi pada rahim sehingga bayi yang semula diharapkan dan dicintai secara psikologis selama berbulan-bulan itu kini dirasakan sebagai beban yang amat berat.
 - d) Ketakutan menghadapi kesulitan dan resiko bahaya melahirkan bayi yang merupakan hambatan dalam proses persalinan :¹²
 - (1) Adanya rasa takut dan gelisah terjadi dalam waktu singkat dan tanpa sebab sebab yang jelas
 - (2) Ada keluhan sesak nafas atau rasa tercekik, jantung berdebar-debar
 - (3) Takut mati atau merasa tidak dapat tertolong saat persalinan
 - (4) Muka pucat, pandangan liar, pernafasan pendek, cepat dan takikardi
- 2) Perubahan-perubahan psikologis Kala II
- Pada masa persalinan seorang wanita ada yang tenang dan bangga akan kelahiran bayinya, tapi ada juga yang merasa takut. Adapun perubahan psikologis yang terjadi adalah sebagai berikut :⁷
- a) Perasaan ingin meneran dan ingin BAB
 - b) Panik dan terkejut dengan apa yang terjadi pada saat pembukaan lengkap.
 - c) Bingung dengan adanya apa yang terjadi pada saat pembukaan lengkap.
 - d) Frustasi dan marah
 - e) Tidak memperdulikan apa saja dan siapa saja yang ada di kamar bersalin
 - f) Rasa lelah dan sulit mengikuti perintah

- g) Fokus pada dirinya sendiri
- 3) Perubahan-perubahan psikologis Kala III :⁷
 - a) Ibu ingin melihat, menyentuh dan memeluk bayinya
 - b) Merasa gembira, lega dan bangga akan dirinya, juga merasa sangat lelah.
 - c) Memusatkan diri dan kerap bertanya apakah *vaginanya* perlu dijahit.
- 4) Perubahan-perubahan psikologis Kala IV :⁷
 - a) Perasaan lelah, karena segenap energi psikis dan kemampuan jasmaninya dikonsentrasikan pada aktivitas melahirkan.
 - b) Dirasakan emosi-emosi kebahagiaan dan kenikmatan karena terlepas dari kekuatan, kecemasan dan kesakitan. Meskipun sebenarnya rasa sakit masih ada. Rasa ingin tau yang kuat akan bayinya.
 - c) Timbul reaksi-reaksi terhadap bayinya: rasa bangga sebagai wanita, istri dan ibu. Terharu, bersyukur pada maha kuasa dan sebagainya.

f. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi persalinan antara lain :

1) Power (Kekuatan)

Power adalah kekuatan atau tenaga yang mendorong janin keluar. Kekuatan tersebut meliputi :¹³

a) His (Kontraksi Uterus)

Adalah kekuatan kontraksi *uterus* karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi *simetris*, *fundus dominan*, terkoordinasi dan relaksasi. Walaupun his itu kontraksi yang fisiologis akan tetapi bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya, bersifat nyeri. Tiap his dimulai sebagai gelombang dari salah satu sudut di mana tuba masuk ke dalam dinding *uterus*.

b) Tenaga Mengedan

Setelah pembukaan lengkap dan setelah selaput ketuban pecah atau dipecahkan, serta sebagian presentasi sudah berada di dasar panggul, sifat kontraksi berubah, yakni bersifat mendorong keluar dibantu dengan keinginan ibu untuk mengedan atau usaha *volunteer*.

2) *Passage* (Jalan Lahir)

Passage atau jalan lahir dibagi menjadi dua:

a) Bagian keras : meliputi tulang panggul, ruang panggul, bidang *hodge* dan ukuran-ukuran panggul. Bagian-bagian tulang panggul :

- (1) *Os Ischium*
- (2) *Os Pubis*
- (3) *Os Sacrum*
- (4) *Os Illium*
- (5) *Os Coccygis*

b) Bagian-bagian bidang *Hodge*

Bidang panggul adalah bidang datar *imajiner* yang melintang terhadap panggul pada tempat yang berbeda. Bidang ini digunakan untuk menjelaskan proses persalinan. Bidang *Hodge* :

- (1) *Hodge I* : Dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas *simfisis* dan *promontorium*
- (2) *Hodge II* : Sejajar dengan *Hodge I* setinggi pinggir bawah *simfisis*
- (3) *Hodge III* : Sejajar dengan *Hodge I* dan II setinggi *spina ischiadica* kanan dan kiri
- (4) *Hodge IV* : Sejajar *Hodge I, II*, dan III setinggi *os coccygis*.

c) Bagian lunak : meliputi *diafragma pelvis* dari dalam ke luar dan *perineum*.

3) *Passanger* (Janin dan *Plasenta*)

a) Janin

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

b) *Plasenta*

Plasenta merupakan organ yang luar biasa. *Plasenta* berasal dari lapisan *trofoblas* pada *ovum* yang dibuahi, lalu terhubung dengan sirkulasi ibu untuk melakukan fungsi-fungsi yang belum dapat dilakukan oleh janin itu sendiri selama kehidupan *intrauterine*. Keberhasilan janin untuk hidup tergantung atas keutuhan dan efisiensi *plasenta*.

4) *Psikologis*

Kelahiran bayi merupakan peristiwa penting bagi kehidupan seorang ibu dan keluarganya. Banyak ibu mengalami psikis (kecemasan, keadaan emosional wanita) dalam menghadapi persalinan, hal ini perlu diperhatikan oleh seseorang yang akan menolong persalinan.

Perasaan cemas, khawatir akan mempengaruhi *hormone* stress yang akan mengakibatkan komplikasi persalinan. Tetapi sampai saat ini hampir tidak ada catatan yang menyebutkan mengenai *hormone* stress terhadap fungsi *uteri*, juga tidak ada catatan mengenai hubungan antara kecemasan ibu, pengaruh lingkungan, *hormone* stress dan komplikasi persalinan. Namun demikian seorang penolong persalinan harus memperhatikan keadaan psikologis ibu yang akan melahirkan karena keadaan psikologis mempunyai pengaruh terhadap persalinan dan kelahiran.

5) Penolong

Penolong persalinan perlu kesiapan dan menerapkan asuhan sayang ibu. Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikut sertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Banyak penelitian menunjukkan bahwa jika para ibu diperhatikan dan diberi dukungan selama persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan dan asuhan yang akan mereka terima, mereka akan mendapatkan rasa aman dan hasil yang lebih baik. Disebutkan pula bahwa hal tersebut diatas dapat mengurangi terjadinya persalinan dengan *vakum*, *cunam*, dan *seksio sesar*, dan persalinan berlangsung lebih cepat. Prinsip umum dari asuhan sayang ibu yang harus diikuti oleh bidan adalah :

- a) Rawat ibu dengan penuh hormat.
- b) Mendengarkan dengan penuh perhatian apa yang dikatakan ibu. Hormati pengetahuan dan pemahaman mengenai tubuhnya.
- c) Menghargai hak-hak ibu dan memberikan asuhan yang bermutu serta sopan.
- d) Memberikan asuhan dengan memperhatikan privasi.
- e) Selalu menjelaskan apa yang akan dikerjakan sebelum anda melakukannya serta meminta izin dahulu.
- f) Selalu mendiskusikan temuan-temuan kepada ibu, serta kepada siapa saja yang ia inginkan untuk berbagi informasi ini.
- g) Selalu mendiskusikan rencana dan intervensi serta pilihan yang sesuai dan tersedia bersama ibu.
- h) Mengizinkan ibu untuk memilih siapa yang akan menemaninya selama persalinan, kelahiran dan pasca salin.
- i) Mengizinkan ibu menggunakan posisi apa saja yang diinginkan selama persalinan dan kelahiran.

- j) Menghindari penggunaan suatu tindakan medis yang tidak perlu (*episiotomy*, pencukuran dan *enema*).
- k) Memfasilitasi hubungan dini antara ibu dan bayi baru lahir (*Bounding and attachment*).

g. Tahapan Persalinan

1) Kala I (Kala Pembukaan)

Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena *serviks* mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah *kapiler* sekitar *kanalis servikalis* karena pergeseran-pergeseran, ketika *serviks* mendatar dan membuka.¹³

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi *uterus* dan pembukaan *serviks*, hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu fase *laten* dan fase aktif.¹³

- a) Fase *Laten* : dimana pembukaan *serviks* berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung dalam 7-8 jam.
- b) Fase Aktif : pembukaan 4-10 cm, berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase, yaitu :
 - (1) Periode *Akselerasi* berlangsung selama 2 jam (pembukaan menjadi 4 cm)
 - (2) Periode *Dilatasi Maksimal* berlangsung selama 2 jam (pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm)
 - (3) Periode *Deselerasi* berlangsung lambat, dalam 2 jam (pembukaan jadi 10 cm atau lengkap).

Pada fase persalinan, frekuensi dan lama kontraksi *uterus* umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan bagian terbawah janin.

Berdasarkan *kurve Friedman*, diperhitungkan pembukaan pada *primigravida* 1 cm/jam dan pembukaan *multigravida* 2 cm/jam.¹³

2) Kala II (Kala Pengeluaran)

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan *serviks* sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II pada *primigravida* berlangsung selama 2 jam dan *multigravida* 1 jam. Tanda gejala kala II yaitu :

- a) Pembukaan Lengkap (10cm)
- b) Ibu ingin meneran
- c) *Perineum* menonjol
- d) *Vulva vagina* dan *sphincter anus* membuka

3) Kala III (Kala Uri)

Kala III (Kala Uri) adalah periode persalinan yang dimulai dari lahirnya bayi sampai dengan lahirnya *placenta*. Kala III persalinan terdiri atas dua fase, yaitu pelepasan *plasenta* dan *ekspulsi* (pengeluaran) *plasenta*.⁷

Segara setelah bayi dan air ketuban sudah tidak lagi berada di dalam *uterus*, kontraksi akan terus berlangsung dan ukuran rongga *uterus* akan mengecil. Pengurangan dalam ukuran *uterus* ini akan menyebabkan pengurangan dalam ukuran tempat melekatnya *plasenta*. Oleh karena tempat melekatnya *plasenta* tersebut menjadi lebih kecil, maka *plasenta* akan menjadi tebal atau mengkerut dan memisahkan diri dari dinding *uterus*. Sebagian dari pembuluh-pembuluh darah yang kecil akan robek saat *plasenta* lepas. Tempat melekatnya *plasenta* akan berdarah terus hingga *uterus* seluruhnya berkontraksi. Setelah *plasenta* lahir, dinding *uterus* akan berkontraksi dan menekan semua pembuluh-pembuluh darah ini yang akan menghentikan perdarahan dari tempat melekatnya *plasenta* tersebut. Sebelum *uterus* berkontraksi, wanita tersebut bisa kehilangan darah 350-360 cc/menit dari tempat melekatnya *plasenta* tersebut. *Uterus* tidak bisa sepenuhnya berkontraksi hingga *plasenta* lahir dahulu

seluruhnya. Oleh sebab itu, kelahiran yang cepat dari *plasenta* segera setelah ia melepaskan dari dinding *uterus* merupakan tujuan dari manajemen kebidanan dari kala III yang kompeten. Tanda-tanda pelepasan plasenta :⁷

- a) Perubahan ukuran dan bentuk *uterus*
- b) *Uterus* menjadi bundar dan *uterus* terdorong ke atas karena *plasenta* sudah terlepas dari Segmen Bawah Rahim
- c) Tali pusat memanjang
- d) Semburan darah tiba tiba

Langkah utama manajemen aktif kala III adalah :

- a) Pemberian suntikan oksitosin

Pemberian suntikan oksitosin dilakukan dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir. Namun perlu diperhatikan dalam pemberian suntikan oksitosin adalah memastikan tidak ada bayi lain (*undiagnosed twin*) di dalam *uterus* karena oksitosin dapat menyebabkan *uterus* berkontraksi yang dapat menurunkan pasokan *oksigen* pada bayi. Suntikan oksitosin dengan dosis 10 unit diberikan secara *intramuskuler (IM)* pada sepertiga bagian atas paha bagian luar (*aspektus lateralis*). Tujuan pemberian suntikan oksitosin dapat menyebabkan *uterus* berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan *plasenta* dan mengurangi kehilangan darah.¹⁴

- b) Penegangan tali pusat terkendali

Klem pada tali pusat diletakkan sekitar 5-10 cm dari vulva dikarenakan dengan memegang tali pusat lebih dekat ke vulva akan mencegah *evulsi* tali pusat. Meletakkan satu tangan di atas *simpisis pubis* dan tangan yang satu memegang klem di dekat *vulva*. Tujuannya agar bisa merasakan *uterus* berkontraksi saat *plasenta* lepas. Segera setelah tanda-tanda pelepasan *plasenta* terlihat dan *uterus* mulai berkontraksi tegangkan tali pusat dengan

satu tangan dan tangan yang lain (pada dinding *abdomen*) menekan *uterus* ke arah *lumbal* dan kepala ibu (*dorso-kranial*). Lakukan secara hati-hati untuk mencegah terjadinya *inversio uteri*. Lahirkan *plasenta* dengan peregangan yang lembut mengikuti kurva alamiah panggul (*posterior* kemudian *anterior*). Ketika *plasenta* tampak di *introitus vagina*, lahirkan *plasenta* dengan mengangkat pusat ke atas dan menopang *plasenta* dengan tangan lainnya. Putar *plasenta* secara lembut hingga selaput ketuban terpilin menjadi satu.¹⁴

c) *Masase fundus uteri*

Masase fundus uteri segera setelah *plasenta* lahir, lakukan *masase fundus uteri* dengan tangan kiri sedangkan tangan kanan memastikan bahwa *kotiledon* dan selaput *plasenta* dalam keadaan lengkap. Periksa sisi *maternal* dan *fetal*. Periksa kembali *uterus* setelah satu hingga dua menit untuk memastikan *uterus* berkontraksi. Evaluasi kontraksi *uterus* setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama satu jam kedua pasca persalinan.¹⁴

4) Kala IV (Kala Pengawasan)

Kala IV dimulai setelah lahirnya *plasenta* dan berakhir dua jam setelah proses tersebut. Setelah *plasenta* lahir tinggi *fundus uteri* kurang lebih 2 jari dibawah pusat. Otot-otot *uterus* berkontraksi, pembuluh darah yang ada diantara anyaman-anyaman otot *uterus* akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah *plasenta* dilahirkan. Pada fase ini perlu pemantauan intensif yaitu pemantauan 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran *plasenta*, 30 menit pada jam kedua setelah persalinan, jika kondisi ibu tidak stabil, perlu dipantau lebih sering. Pemantauan atau observasi yang harus dilakukan pada kala IV yaitu: tingkat kesadaran, pemeriksaan tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi dan pernapasan), kontraksi *uterus*, tinggi *fundus uteri*, kandung kemih, terjadinya perdarahan

(perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc).⁷

h. Mekanisme Persalinan

1) Engagement

Engagement pada *primigravida* terjadi pada bulan terakhir kehamilan sedangkan pada *multigravida* dapat terjadi pada awal persalinan. *Engagement* adalah peristiwa ketika diameter *biparetal* (jarak antara dua *paretal*) melewati pintu atas panggul dengan *sutura sagitalis* melintang atau *oblik* di dalam jalan lahir dan sedikit *fleksi*. Masuknya kepala akan mengalami kesulitan bila saat masuk ke dalam panggul dengan *sutura sagitalis* dalam *antero posterior*. Jika kepala masuk kedalam pintu atas panggul dengan *sutura sagitalis* melintang di jalan lahir, tulang *parietal* kanan dan kiri sama tinggi, maka keadaan ini disebut *sinklitismus*. Kepala pada saat melewati pintu atas panggul dapat juga dalam keadaan dimana *sutura sagitalis* lebih dekat ke *promontorium* atau ke *simfisis* maka hal ini disebut *asinklitismus*.¹⁵

2) Penurunan kepala

Dimulai sebelum persalinan/*inpartu*. Penurunan kepala terjadi bersamaan dengan mekanisme lainnya. Kekuatan yang mendukung yaitu tekanan cairan *amnion*, tekanan langsung *fundus* pada bokong, kontraksi otot-otot *abdomen*, dan *ekstensi* dan pelurusan badan janin atau tulang belakang janin.¹⁵

3) Fleksi

Fleksi kepala janin memasuki ruang panggul dengan ukuran yang paling kecil yaitu dengan diameter *suboccipito bregmatikus* (9,5 cm) menggantikan *suboccipito frontalis* (11 cm). *Fleksi* disebabkan karena janin didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir PAP, *cervix*, dinding panggul atau dasar panggul. Akibat adanya dorongan di atas kepala janin menjadi *fleksi* karena moment yang menimbulkan *fleksi* lebih besar dari pada moment yang menimbulkan *defleksi*. Sampai di dasar panggul kepala janin berada dalam posisi

fleksi maksimal. Kepala turun menemui diafragma *pelvis* yang berjalan dari belakang atas ke bawah depan. Akibat kombinasi elastisitas diafragma *pelvis* dan tekanan *intra uterin* yang disebabkan oleh his yang berulang-ulang, kepala mengadakan rotasi yang disebut sebagai putaran paksi dalam.¹⁵

4) Rotasi dalam (Putaran Paksi Dalam)

Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah *symphysis*. Pada presentasi belakang kepala bagian terendah adalah daerah ubun-ubun kecil dan bagian ini akan memutar ke depan ke bawah *symphysis*. Putaran paksi dalam mutlak diperlukan untuk kelahiran kepala, karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul. Putaran paksi dalam terjadi bersamaan dengan majunya kepala dan tidak terjadi sebelum kepala sampai di *Hodge III*, kadang-kadang baru terjadi setelah kepala sampai di dasar panggul. Sebab-sebab terjadinya putaran paksi dalam, yaitu :¹⁵

- a) Pada letak *fleksi*, bagian kepala merupakan bagian terendah dari kepala janin
- b) Bagian terendah dari kepala mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat *hiatus genitalis* antara *muskulus levator ani* kiri dan kanan
- c) Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter *anteroposterior*

5) *Ekstensi*

Setelah putaran paksi dalam selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah *ekstensi* atau *defleksi* dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan di atas, sehingga kepala harus mengadakan *ekstensi* untuk dapat melewati pintu bawah panggul. Dalam rotasi

ubun-ubun kecil akan berputar ke arah depan, sehingga di dasar panggul ubun-ubun kecil berada di bawah *simfisis*, dengan *suboksiput* sebagai *hipomoklion* kepala mengadakan gerakan *defleksi* untuk dapat dilahirkan. Pada saat ada his *vulva* akan lebih membuka dan kepala janin makin tampak. *Perineum* menjadi makin lebar dan tipis, *anus* membuka dinding *rektum*. Dengan kekuatan his dan kekuatan mengejan, maka berturut-turut tampak *bregmatikus*, dahi, muka, dan akhirnya dagu dengan gerakan *ekstensi*. Sesudah kepala lahir, kepala segera mengadakan rotasi, yang disebut putaran paksi luar.¹⁵

6) Rotasi Luar (Putaran Paksi Luar)

Putaran paksi luar merupakan gerakan memutar ubun-ubun kecil ke arah punggung janin, bagian belakang kepala berhadapan dengan *tuber ischiadicum* kanan atau kiri, sedangkan muka janin menghadap salah satu paha ibu. Bila ubun-ubun kecil pada mulanya disebelah kiri maka ubun-ubun kecil akan berputar ke arah kiri, bila pada mulanya ubun-ubun kecil disebelah kanan maka ubun-ubun kecil berputar ke kanan. Gerakan rotasi luar atau putar paksi luar ini menjadikan diameter *biakromial* janin searah dengan diameter *anteroposterior* pintu bawah panggul, dimana satu bahu *anterior* di belakang *simfisis* dan bahu yang satunya di bagian *posterior* dibelakang *perineum*. *Sutura sagitalis* kembali melintang.¹⁵

7) Ekspulsi

Setelah terjadinya rotasi luar, bahu depan berfungsi sebagai *hypomochlion* untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian setelah kedua bahu lahir disusul lahirlah *trochanter* depan dan belakang sampai lahir janin seluruhnya. Gerakan kelahiran bahu depan, bahu belakang dan seluruhnya.¹⁵

i. Asuhan Persalinan Normal

Tahapan asuhan persalinan normal terdiri dari 60 langkah, yaitu :

- 1) Mendengar dan melihat tanda dan gejala kala II :
 - a) Ibu sudah merasa ada dorongan kuat dan meneran.
 - b) Ibu sudah merasakan adanya tekanan yang semakin meningkat pada *rektum* dan *vagina*.
 - c) *Perineum* tampak menonjol.
 - d) *Vulva* dan *sphincter* ani membuka
- 2) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan, dan obat-obatan *esensial* untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir. Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi siapkan :
 - a) Tempat datar, rata, bersih , kering, dan hangat
 - b) 3 handuk/kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi)
 - c) Alat penghisap lendir
 - d) Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi

Untuk ibu :

 - a) Kain, handuk, dan baju ibu
 - b) Menyiapkan oksitosin 10 unit
 - c) Alat suntik steril sekali pakai dalam partus set
- 3) Pakai celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan
Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering
- 4) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam
- 5) Masukkan oksitosin ke dalam spuit (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)

- 6) Membersihkan *vulva* dan *perineum*, menyekanya dengan hati-hati dari *anterior* (depan) ke *posterior* (belakang) menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi dengan DTT
 - a) Jika *introitus vagina*, *perineum* atau *anus* terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang.
 - b) Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi dalam wadah yang tersedia).
 - c) Jika terkontaminasi, lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut dalam larutan klorin 0,5%.
- 7) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap. Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan *amniotomi*.
- 8) Dekontaminasi sarung tangan (celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam klorin 0,5% selama 10 menit). Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
- 9) Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi *uterus* mereda (relaksasi) untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal (120-160x/menit). Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, semua temuan pemeriksaan dan asuhan yang diberikan ke dalam partograf. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran.
- 10) Beritahukan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik, kemudian bantu ibu menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
 - a) Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada

- b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu dan meneran secara benar
11. Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat. Pada kondisi itu, ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman.
 12. Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat :
 - a) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.
 - b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
 - c) Bantu ibu mengambil posisi nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
 - d) Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi.
 - e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
 - f) Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum).
 - g) Menilai DJJ setiap kontraksi *uterus* selesai.
 - h) Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran ≥ 120 menit (2 jam) pada *primigravida* atau ≥ 60 menit (1 jam) pada *multigravida*.
 - 13) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit
 - 14) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka *vulva* dengan diameter 5-6 cm
 - 15) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu
 - 16) Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan
 - 17) Pakai sarung tangan DTT/Steril pada kedua tangan

- 18) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka *vulva* maka lindungi *perenium* dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi *defleksi* dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu meneran secara efektif atau bernafas cepat dan dangkal
- 19) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi), segera lanjutkan proses kelahiran bayi.
Perhatikan :
 - a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi.
 - b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat di antara dua klem tersebut
- 20) Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan
- 21) Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara *biparietal*. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan *distal* hingga bahu depan muncul di bawah *arkus pubis* dan kemudian gerakkan ke arah atas dan *distal* untuk melahirkan bahu belakang
- 22) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah untuk menopang kepala dan bahu. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
- 23) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk).
- 24) Lakukan penilaian (selintas):
 - a) Apakah bayi cukup bulan?
 - b) Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernapas tanpa kesulitan?

- c) Apakah bayi bergerak dengan aktif? Bila salah satu jawaban “TIDAK” lanjut ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan *asfiksia* Bila semua jawaban “YA” lanjut kelangkah 25.
- 25) Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan *verniks*. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu.
- 26) Periksa kembali *uterus* untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (*gemelli*).
- 27) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
- 28) Dalam waktu satu menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit (*intramuskuler*) di 1/3 *distal lateral* paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntik oksitosin).
- 29) Setelah 2 menit sejak bayi (cukup bulan) lahir, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3 cm dari pusat bayi. Gunakan jari telunjuk dan jari tengah tangan lain untuk mendorong isi tali pusat ke arah ibu dan klem tali pusat pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama.
- 30) Pemotongan dan pengikatan tali pusat
- Pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.
 - Ikat tali pusat dengan benang DTT/steril pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusat dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
 - Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan
- 31) Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu dan bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau *areola mammae* ibu

- a) Selimuti ibu-bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi.
 - b) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
 - c) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara
 - d) Biarkan bayi di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui
- 32) Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari *vulva*
- 33) Letakkan satu tangan di atas kain pada perut bawah ibu (di atas *simfisis*) untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat
- 34) Setelah *uterus* berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas(*dorso-kraniol*) secara hati-hati (untuk mencegah *inversio uteri*). Jika *plasenta* tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi kembali prosedur di atas. Jika *uterus* tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
- 35) Bila pada penekanan bagian bawah dinding depan *uterus* ke arah *dorsal* ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal maka lanjutkan dorongan ke arah *kraniol* hingga *plasenta* dapat dilahirkan.
- a) Ibu boleh meneran tetapi tali pusatnya hanya ditegangkan (jangan ditarik secara kuat terutama jika *uterus* tak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (ke arah bawah sejajar-lantai-atas)

- b) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari *vulva* dan lahirkan *plasenta*
- c) Jika *plasenta* tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat :
 - (1) Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM
 - (2) Lakukan *kateterisasi* (gunakan teknik *aseptik*) jika kandung kemih penuh
 - (3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
 - (4) Ulangi tekanan *dorso-kranial* dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya
 - (5) Jika *plasenta* tak lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi pendarahan maka segera lakukan tindakan *plasenta manual*
- 36) Saat *plasenta* muncul di *introitus vagina*, lahirkan *plasenta* dengan kedua tangan. Pegang dan putar *plasenta* hingga selaput ketuban terpinl kemudian lahirkan dan tempatkan *plasenta* pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan *eksplorasi* sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem *ovum* DTT/steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.
- 37) Segera setelah *plasenta* dan selaput ketuban lahir, lakukan *masase* uterus, letakkan telapak tangan di *fundus* dan lakukan *mesase* dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga *uterus* berkontraksi (*fundus* teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan (*Kompresi Bimanual Internal, kompresi Aorta Abdominalis, Tampon Kondom-Kateter*) jika *uterus* tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil/*masase*
- 38) Periksa kedua sisi *plasenta (maternal-fetal)* pastikan *plasenta* telah dilahirkan lengkap. Masukkan *plasenta* ke dalam kantung plastik atau tempat khusus

- 39) Evaluasi kemungkinan *laserasi* pada *vagina* dan *perineum*. Lakukan penjahitan bila terjadi *laserasi* yang luas dan menimbulkan pendarahan.
- 40) Pastikan *uterus* berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi pendarahan pervaginam.
- 41) Pastikan kantung kemih kosong.
- 42) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, bilas dengan air DDT tanpa melepas sarung tangan dan keringkan dengan tissue atau handuk.
- 43) Ajarkan ibu/ keluarga cara melakukan *masase uterus* dan menilai kontraksi.
- 44) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- 45) Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.
- 46) Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/ menit).
 - a) Jika bayi sulit bernapas, merintih, atau *retraksi*, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit.
 - b) Jika bayi napas terlalu cepat atau sesak napas, segera rujuk ke RS rujukan.
 - c) Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut.
- 47) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi
- 48) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
- 49) Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DDT. Bersihkan cairan ketuban, lendir, dan darah

di ranjang atau disekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering

- 50) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya
- 51) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
- 52) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
- 53) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering
- 54) Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi
- 55) Dalam satu jam pertama, beri salep/tetes mata *profilaksis* infeksi, vitamin K1 1 mg IM di paha kiri bawah *lateral*, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pernapasan bayi (normal 40-60 kali/menit) dan temperatur tubuh (normal 36,5-37,5°C) setiap 15 menit
- 56) Setelah satu jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi *Hepatitis B* di paha kanan bawah *lateral*, pemeriksaan fisik bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
- 57) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
- 58) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering
- 59) Lengkapi partograf (halaman depan belakang), periksa tanda vital dan pemantauan Kala IV persalinan.

3. Konsep Dasar Teori Nifas

a. Definisi

Masa nifas berasal dari bahasa latin, yaitu *puer* artinya bayi dan *parous* artinya melahirkan atau masa sesudah melahirkan. Asuhan kebidanan masa nifas adalah penatalaksanaan asuhan yang diberikan pada pasien mulai dari saat setelah lahirnya bayi sampai dengan kembalinya tubuh dalam keadaan seperti sebelum hamil atau mendekati keadaan sebelum hamil.¹⁶

Masa Nifas dimulai setelah 2 jam postpartum dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, biasanya berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan baik secara fisiologi maupun psikologis akan pulih dalam waktu 3 bulan. Masa nifas dibagi dalam 4 tahap, yaitu :¹⁶

1) Periode *immediate postpartum*

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini merupakan fase kritis, sering terjadi insiden perdarahan postpartum karena atonia uteri. Oleh karena itu, bidan perlu melakukan pemantauan secara kontinu, yang meliputi; kontraksi uterus, pengeluaran lochea, kandung kemih, tekanan darah dan suhu.

2) Periode *early postpartum* (>24 jam-1 minggu)

Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3) Periode *late postpartum* (>1 minggu-6 minggu)

Pada periode ini bidan tetap melakukan asuhan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling perencanaan KB.

4) *Remote puerperium*

Remote puerperium adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki penyulit atau komplikasi.

b. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Perubahan-perubahan fisiologis yang terjadi pada masa nifas meliputi hal-hal berikut ini :

1) Perubahan pada system reproduksi

a) Involusi

Involusi adalah kembalinya uterus pada ukuran, tonus dan posisi sebelum hamil. Mekanisme involusi uterus :¹⁷

- (1) *Iskemia miometrium*, hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif *anemi* dan menyebabkan serat otot *atrofi*.
- (2) *Atrofi* jaringan yang terjadi sebagai reaksi penghentian hormon *estrogen* saat pelepasan *plasenta*.
- (3) *Autolisis*, merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim *proteolitik* akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebih lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Proses *autolisis* ini terjadi karena penurunan hormon *estrogen* dan *progesteron*.
- (4) Efek Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi suplai darah pada tempat *implantasi plasenta* serta mengurangi perdarahan.

Dalam keadaan normal berat uterus setelah kelahiran kurang lebih 1 kg sebagai akibat *involusi*. Satu minggu setelah melahirkan beratnya menjadi kurang lebih 500 gram, pada akhir minggu kedua setelah persalinan menjadi kurang lebih 300 gram, setelah itu menjadi 100 gram atau kurang.¹⁷

<i>Involusi Uteri</i>	<i>Tinggi Fundus Uteri</i>	Berat Uterus	Diameter Uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari (minggu 1)	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram	7,5 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

b) Pengeluaran *lochea* dan pengeluaran pervaginam

Lochea berasal dari bahasa latin, yang digunakan untuk menggambarkan perdarahan pervaginam setelah persalinan. Macam-macam *lochea* :¹⁷

(1) *Lochea rubra (crueanta)*

Berwanrna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel *desidua*, *verniks caseosa*, *lanugo*, dan *mekoneum* selama 2 hari pasca persalinan.

(2) *Lochea sanguilenta*

Berwarna merah kuning berisi darah dan lendir yang keluar pada hari ke-3 sampai ke-7 pasca persalinan.

(3) *Lochea serosa*

Lochea ini bentuk serum dan berwarna merah jambu kemudian menjadi kuning. Cairan tidak berdarah lagi pada hari ke-7 sampai hari ke-14 pasca persalinan.

(4) *Lochea alba*

Dimulai dari hari ke-14, berbentuk seperti cairan putih serta terdiri atas *leukosit* dan sel-sel *desidua*.

Selain *lochea* diatas, ada jenis *lochea* yang tidak normal, yaitu:¹⁷

(1) *Lochea purulenta* : ini terjadi karena infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.

(2) *Loche astasis* : *lochea* tidak lancar keluarnya.

c) *Serviks*

Serviks mengalami involusi bersama-sama *uterus*. Setelah persalinan, *ostium uteri eksterna* dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan *serviks* akan menutup.¹⁷

d) *Vulva, vagina dan perineum*

Vulva dan *vagina* mengalami penekanan serta perenggangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu postpartum, *vulva* dan *vagina* kembali kepada keadaan tidak hamil dan *rugae* pada *vagina* secara berangsur-angsur akan muncul kembali. *Himen* tampak sebagai *carunculae mirtyformis*, yang khas pada ibu multipara.¹⁷

Ukuran *vagina* agak sedikit lebih besar dari sebelum persalinan. Perubahan pada perineum postpartum terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot *perineum* dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan *vagina* hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada masa nifas dengan latihan atau senam nifas.¹⁷

2) Perubahan pada tanda-tanda vital

Frekuensi nadi ibu secara fisiologis pada kisaran 60-80 kali permenit. Perubahan nadi yang menunjukkan frekuensi *bradikardi* (100 kali permenit) menunjukkan adanya tanda shock atau perdarahan. Frekuensi dan intensitas nadi merupakan tanda vital yang sensitif terhadap adanya perubahan keadaan umum ibu. Perubahan suhu secara fisiologis terjadi pada masa segera setelah persalinan, yaitu terdapat sedikit kenaikan suhu tubuh pada kisaran 0,2-0,5°C, dikarenakan aktivitas metabolisme yang meningkat saat persalinan, dan kebutuhan kalori yang meningkat saat persalinan. Perubahan

suhu tubuh berada pada kisaran 36,5°C-37,5°C. Namun kenaikan suhu tubuh tidak mencapai 38°C, karena hal ini sudah menandakan adanya tanda infeksi. Perubahan suhu tubuh ini hanya terjadi beberapa jam setelah persalinan, setelah ibu istirahat dan mendapat asupan nutrisi serta minum yang cukup, maka suhu tubuh akan kembali normal.¹⁷

Setelah kelahiran bayi, harus dilakukan pengukuran tekanan darah. Jika ibu tidak memiliki riwayat *morbiditas* terkait *hipertensi*, *superimposed hipertensi* serta *preeklampsia/eklampsia*, maka biasanya tekanan darah akan kembali pada kisaran normal dalam waktu 24 jam setelah persalinan. Pada keadaan normal, frekuensi pernapasan relatif tidak mengalami perubahan pada masa postpartum, berkisar pada frekuensi pernapasan orang dewasa 12-16 kali permenit.¹⁷

3) Perubahan pada sistem *kardiovaskuler*

Perubahan volume darah bergantung pada beberapa faktor, misalnya kehilangan darah selama melahirkan dan mobilisasi, serta pengeluaran cairan *ekstravaskular* (edema fisiologis). Kehilangan darah merupakan akibat penurunan volume darah total yang cepat, tetapi terbatas. Setelah itu terjadi perpindahan normal cairan tubuh yang menyebabkan volume darah menurun dengan lambat. Pada minggu ke-3 dan ke-4 setelah bayi lahir, volume darah biasanya menurun sampai mencapai volume darah sebelum hamil.¹⁷

Pada persalinan pervaginam, ibu kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Pada persalinan dengan tindakan SC, maka kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan pada sistem *kardiovaskuler* terdiri atas volume darah (*blood volume*) dan *hematokrit* (*haemoconcentration*). Pada persalinan pervaginam, *hematokrit* akan naik sedangkan pada persalinan dengan SC, *hematokrit* cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu postpartum. Tiga perubahan fisiologi sistem *kardiovaskuler* pascapartum yang terjadi pada wanita antara lain sebagai berikut :¹⁷

- a) Hilangnya sirkulasi *uteroplasenta* yang mengurangi ukuran pembuluh darah *maternal* 10-15%.
- b) Hilangnya fungsi *endokrin* placenta yang menghilangkan *stimulus vasodilatasi*.
- c) Terjadinya mobilisasi air *ekstravaskular* yang disimpan selama wanita hamil.

Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat sepanjang masa hamil. Segera setelah wanita melahirkan, keadaan ini meningkat bahkan lebih tinggi selama 30-60 menit karena darah yang biasanya melintasi sirkulasi *uteroplacenta* tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum. Nilai ini meningkat pada semua jenis kelahiran. Curah jantung biasanya tetap naik dalam 24-48 jam postpartum dan menurun ke nilai sebelum hamil dalam 10 hari. Frekuensi jantung berubah mengikuti pola ini. *Resistensi vaskuler sistemik* mengikuti secara berlawanan. Nilainya tetap di kisaran terendah nilai pada masa kehamilan selama 2 hari postpartum dan kemudian meningkat ke nilai normal sebelum hamil.¹⁷

Perubahan faktor pembekuan darah yang disebabkan kehamilan menetap dalam jangka waktu yang bervariasi selama nifas. Peningkatan *fibrinogen plasma* dipertahankan minimal melewati minggu pertama, demikian juga dengan laju endap darah. Kehamilan normal dihubungkan dengan peningkatan cairan *ekstraseluler* yang cukup besar, dan *diuresis* postpartum merupakan kompensasi yang fisiologis untuk keadaan ini. Ini terjadi teratur antara hari ke-2 dan ke-5 dan berkaitan dengan hilangnya *hipervolemia* kehamilan *residual*. Pada *preeklampsia*, baik *retensi cairan antepartum* maupun *diuresis* postpartum dapat sangat meningkat.¹⁷

4) Perubahan pada sistem *hematologi*

Pada hari pertama postpartum, kadar *fibrinogen* dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan *viskositas*, dan juga terjadi peningkatan faktor pembekuan darah serta terjadi *leukositosis* dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama persalinan dan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa postpartum. Jumlah sel darah putih tersebut masih bisa naik lagi hingga 25.000-30.000, terutama pada ibu dengan riwayat persalinan lama. Kadar *hemoglobin*, *hematokrit*, dan *eritrosit* akan sangat bervariasi pada awal-awal masa postpartum sebagai akibat dari volume *placenta* dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Semua tingkatan ini akan dipengaruhi oleh status gizi dan *hidrasi* ibu. Kira-kira selama persalinan normal dan masa postpartum terjadi kehilangan darah sekitar 250-500 ml. Penurunan volume dan peningkatan sel darah merah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan *hematokrit* dan *hemoglobin* pada hari ke-3 sampai 7 postpartum dan akan kembali normal dalam 4 sampai 5 minggu postpartum.¹⁸

Selama kehamilan, secara fisiologi terjadi peningkatan kapasitas pembuluh darah digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat, yang diperlukan oleh *placenta* dan pembuluh darah *uteri*. Penarikan kembali *estrogen* menyebabkan diuresis yang terjadi secara cepat sehingga mengurangi volume plasma kembali pada proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa ini, ibu mengeluarkan banyak sekali jumlah *urine*. Menurunnya hingga menghilangnya hormon *progesteron* membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya *vaskuler* pada jaringan tersebut selama kehamilan bersama-sama dengan trauma masa persalinan. Setelah persalinan, *shunt* akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menyebabkan beban pada

jantung meningkat. Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan adanya *haemokonsentrasi* sehingga volume darah kembali seperti sedia kala. Umumnya, ini akan terjadi pada 3-7 hari post partum. Pada sebagian besar ibu, volume darah hampir kembali pada keadaan semula sebelum 1 minggu postpartum.¹⁸

5) Perubahan pada sistem pencernaan

Sistem pencernaan selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar *progesteron* yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan *kolesterol* darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar *progesteron* juga mulai menurun. Namun demikian, *faal* usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal. Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain:¹⁸

a) Nafsu Makan

Pasca melahirkan biasanya ibu merasa lapar, karena metabolisme ibu meningkat saat proses persalinan, sehingga ibu dianjurkan untuk meningkatkan konsumsi makanan, termasuk mengganti kalori, energi, darah dan cairan yang telah dikeluarkan selama proses persalinan. Ibu dapat mengalami perubahan nafsu makan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum *faal* usus kembali normal. Meskipun kadar *progesteron* menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.

b) *Motilitas*

Secara fisiologi terjadi penurunan tonus dan motilitas otot *traktus* pencernaan menetap selama waktu yang singkat beberapa jam setelah bayi lahir, setelah itu akan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Pada postpartum SC dimungkinkan karena pengaruh *analgesia* dan *anastesia* bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

c) Pengosongan Usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami *konstipasi*. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum. Pada keadaan terjadi diare sebelum persalinan, *enema* sebelum melahirkan, kurang asupan nutrisi, *dehidrasi*, *hemoroid* ataupun *laserasi* jalan lahir, meningkatkan terjadinya *konstipasi* postpartum. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu beberapa hari untuk kembali normal. Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain pengaturan diet yang mengandung serat buah dan sayur, cairan yang cukup, serta pemberian informasi tentang perubahan eliminasi dan penatalaksanaanya pada ibu.

6) Perubahan pada sistem *musculoskeletal*

Otot-otot *uterus* berkontraksi segera setelah persalinan. Pembuluh-pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot *uterus* akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah *placenta* dilahirkan. *Ligamen-ligamen*, *diafragma pelvis*, serta *fasia* yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi pulih kembali ke ukuran normal. Pada sebagian kecil kasus *uterus* menjadi *retrofleksi* karena *ligamentum retundum* menjadi kendur. Tidak jarang pula wanita mengeluh kandungannya turun. Setelah melahirkan karena *ligamen*, *fasia*, dan jaringan penunjang alat *genitalia* menjadi kendur. Stabilitas secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusnya serat-serat kulit dan *distensi* yang berlangsung lama akibat besarnya *uterus* pada waktu hamil, dinding *abdomen* masih agak lunak dan kendur untuk sementara waktu. Untuk memulihkan kembali jaringan-jaringan penunjang alat *genitalia*, serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, dianjurkan untuk melakukan latihan atau senam nifas, bisa dilakukan sejak 2 hari post partum.¹⁸

7) Perubahan pada sistem *endokrin*

Setelah melahirkan, sistem *endokrin* kembali kepada kondisi seperti sebelum hamil. Hormon kehamilan mulai menurun segera setelah *plasenta* lahir. Penurunan hormon *estrogen* dan *progesteron* menyebabkan peningkatan *prolaktin* dan menstimulasi air susu. Perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu setelah melahirkan melibatkan perubahan yang progresif atau pembentukan jaringan-jaringan baru. Selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem *endokrin*, terutama pada hormon-hormon yang berperan dalam proses tersebut. Berikut ini perubahan hormon dalam sistem endokrin pada masa postpartum :¹⁸

a) *Oksitosin*

Oksitosin disekresikan dari kelenjar *hipofisis posterior*. Pada tahap kala III persalinan, hormon *oksitosin* berperan dalam pelepasan *plasenta* dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Hisapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan meningkatkan sekresi *oksitosin*, sehingga dapat membantu *uterus* kembali ke bentuk normal.

b) *Prolaktin*

Menurunnya kadar *estrogen* menimbulkan terangsangnya kelenjar *hipofisis posterior* untuk mengeluarkan *prolaktin*. Hormon ini berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi ASI. Pada ibu yang menyusui bayinya, kadar *prolaktin* tetap tinggi sehingga memberikan umpan balik negatif, yaitu pematangan *folikel* dalam *ovarium* yang ditekan. Pada wanita yang tidak menyusui tingkat sirkulasi *prolaktin* menurun dalam 14 sampai 21 hari setelah persalinan, sehingga merangsang kelenjar *gonad* pada otak yang mengontrol *ovarium* untuk memproduksi *estrogen* dan *progesteron* yang normal, pertumbuhan *folikel*, maka terjadilah *ovulasi* dan *menstruasi*.

c) *Estrogen dan progesterone*

Selama hamil volume darah normal meningkat, diperkirakan bahwa tingkat kenaikan hormon *estrogen* yang tinggi memperbesar hormon *antidiuretik* yang meningkatkan volume darah. Disamping itu, *progesteron* mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah yang sangat mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, *perineum*, *vulva* serta *vagina*.

d) *Hormon plasenta*

Human chorionic gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat setelah persalinan dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke 7 postpartum. *Enzyme insulinsi* berlawanan efek *diabetogenik* pada saat penurunan hormon *human placenta lactogen (HPL)*, *estrogen* dan *kortisol*, serta *placenta* kehamilan, sehingga pada masa postpartum kadar gula darah menurun secara bermakna. Kadar *estrogen* dan *progesteron* juga menurun secara bermakna setelah *plasenta* lahir, kadar terendahnya dicapai kira-kira satu minggu postpartum. Penurunan kadar *estrogen* berkaitan dengan *dieresis ekstraseluler* berlebih yang terakumulasi selama masa hamil. Pada wanita yang tidak menyusui, kadar *estrogen* mulai meningkat pada minggu ke 2 setelah melahirkan dan lebih tinggi dari ibu yang menyusui pada postpartum hari ke 17.

e) *Hormon hipofisis dan fungsi ovarium*

Waktu mulainya *ovulasi* dan *menstruasi* pada ibu menyusui dan tidak menyusui berbeda. Kadar *prolaktin serum* yang tinggi pada wanita menyusui berperan dalam menekan *ovulasi* karena kadar hormon *FSH* terbukti sama pada ibu menyusui dan tidak menyusui, di simpulkan bahwa *ovarium* tidak berespon terhadap stimulasi *FSH* ketika kadar *prolaktin* meningkat. Kadar *prolaktin* meningkat secara progresif sepanjang masa hamil. Pada ibu

menyusui kadar *prolaktin* tetap meningkat sampai minggu ke 6 setelah melahirkan. Kadar *prolaktin serum* dipengaruhi oleh intensitas menyusui, durasi menyusui dan seberapa banyak makanan tambahan yang diberikan pada bayi, karena menunjukkan efektifitas menyusui. Untuk ibu yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ia mendapatkan menstruasi. Sering kali menstruasi pertama itu bersifat *anovulasi* yang dikarenakan rendahnya kadar *estrogen* dan *progesteron*. Di antara wanita *laktasi* sekitar 15% memperoleh menstruasi selama 6 minggu dan 45% setelah 12 minggu dan 90% setelah 24 minggu. Untuk wanita *laktasi*, 80% menstruasi pertama *anovulasi* dan untuk wanita yang tidak *laktasi*, 50% siklus pertama *anovulasi*.

8) Perubahan pada payudara

Pada saat kehamilan sudah terjadi pembesaran payudara karena pengaruh peningkatan hormon *estrogen*, untuk mempersiapkan produksi ASI dan *laktasi*. Payudara menjadi besar ukurannya bisa mencapai 800 gr, keras dan menghitam pada *areola mammae* di sekitar puting susu, ini menandakan dimulainya proses menyusui. Segera menyusui bayi setelah melahirkan melalui proses *inisiasi menyusu dini (IMD)*, walaupun ASI belum keluar lancar, namun sudah ada pengeluaran *kolostrum*.¹⁶

Proses *IMD* ini dapat mencegah perdarahan dan merangsang produksi ASI. Pada hari ke 2 hingga ke 3 postpartum sudah mulai diproduksi ASI *matur* yaitu ASI berwarna. Pada semua ibu yang telah melahirkan proses *laktasi* terjadi secara alami. Fisiologi menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis yaitu produksi ASI dan sekresi ASI atau *let down reflex*.

Selama kehamilan, jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan *plasenta* tidak ada lagi,

maka terjadi *positive feed back hormone* (umpan balik positif), yaitu kelenjar *pituitary* akan mengeluarkan hormon *prolaktin* (*hormon laktogenik*). Sampai hari ketiga setelah melahirkan, efek *prolaktin* pada payudara mulai bisa dirasakan. Pembuluh darah payudara menjadi membesar terisi darah, sehingga timbul rasa hangat. Sel-sel *acini* yang menghasilkan ASI juga mulai berfungsi. Ketika bayi menghisap puting, reflek saraf merangsang kelenjar *posterior hipofisis* untuk mensekresi hormon *oksitosin*. *Oksitosin* merangsang reflek *let down* sehingga menyebabkan ejeksi ASI melalui *sinus laktiferus* payudara ke *duktus* yang terdapat pada puting.¹⁸

9) Perubahan pada sistem eliminasi

Pasca persalinan terdapat peningkatan kapasitas kandung kemih, pembengkakan dan trauma jaringan sekitar *uretra* yang terjadi selama proses melahirkan. Untuk postpartum dengan tindakan SC, efek konduksi anestesi yang menghambat fungsi *neural* pada kandung kemih. *Distensi* yang berlebihan pada kandung kemih dapat mengakibatkan perdarahan dan kerusakan lebih lanjut. Pengosongan kandung kemih harus diperhatikan. Kandung kemih biasanya akan pulih dalam waktu 5-7 hari pasca melahirkan, sedangkan saluran kemih secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 2-8 minggu tergantung pada keadaan umum ibu atau status ibu sebelum persalinan, lamanya kala II yang dilalui, besarnya tekanan kepala janin saat intrapartum. Dinding kandung kencing pada ibu postpartum memperlihatkan adanya *oedem* dan *hyperemia*. Kadang-kadang *oedema trigonium*, menimbulkan *abstraksi* dari *uretra* sehingga terjadi *retensio urine*.

Kandung kencing dalam masa nifas kurang sensitif dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kencing penuh atau sesudah kencing masih tertinggal *urine residual* (normal + 15 cc). Sisa *urine* dan trauma pada kandung kencing waktu persalinan memudahkan terjadinya infeksi. Dilatasi *ureter* dan *pyelum* normal

dalam waktu 2 minggu. *Urine* biasanya berlebihan (*poliuri*) antara hari kedua dan kelima, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat *retensi* air dalam kehamilan dan sekarang dikeluarkan.

Kadang-kadang *hematuri* akibat proses *katalitik involusi*. *Acetonuri* terutama setelah partus yang sulit dan lama yang disebabkan pemecahan *karbohidrat* dan lemak untuk menghasilkan energi, karena kegiatan otot-otot rahim meningkat. Terjadi *proteinuri* akibat dari *autolisis* sel-sel otot. Pada masa hamil, perubahan hormonal yaitu kadar *steroid* tinggi yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitu sebaliknya, pada pasca melahirkan kadar *steroid* menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal.¹⁷

Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. *Urin* dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12 – 36 jam sesudah melahirkan. Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama. Kemungkinan terdapat *spasme sfingter* dan *edema* leher buli-buli *ureter*, karena bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang *pubis* selama persalinan. *Urin* dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12 – 36 jam sesudah melahirkan. Setelah *plasenta* dilahirkan, kadar hormon *estrogen* yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan *diuresis*. *Ureter* yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu.

c. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Periode kehamilan, persalinan, dan *pascanatal* merupakan masa terjadinya stress yang hebat, kecemasan, gangguan emosi, dan penyesuaian diri. Periode postpartum menyebabkan stress emosional terhadap ibu baru, bahkan lebih menyulitkan bila terjadi perubahan fisik yang hebat. Menurut *Reva Rubin*, terdapat tiga fase dalam masa adaptasi peran pada masa nifas, yaitu:

1) Masa *Taking In*

Terjadi pada hari pertama dan kedua setelah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya. Ibu akan mengulang-ulang menceritakan pengalamannya waktu melahirkan. Pada saat ini, ibu memerlukan istirahat yang cukup agar ibu dapat menjalani masa nifas selanjutnya dengan baik. Ibu juga memerlukan nutrisi yang lebih untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses *laktasi* aktif.

2) Masa *Taking Hold*

Berlangsung pada 3-10 hari postpartum. ibu lebih berkonsentrasi pada kemampuannya dalam menerima tanggung jawab sepenuhnya terhadap perawatan bayi. Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan perawatan bayi, misalnya menggendong, memandikan, memasang popok, dan sebagainya. Pada masa ini ibu agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut, cenderung menerima nasihat bidan, karena ia terbuka untuk menerima pengetahuan dan kritikan yang bersifat pribadi. Pada tahap ini bidan penting memperhatikan perubahan yang mungkin terjadi dengan memperhatikan komunikasi yang tidak menyinggung perasaan ibu yang membuat tidak nyaman.

3) Masa *Letting Go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu mengambil langsung tanggung jawab dalam merawat bayinya, dia harus menyesuaikan diri dengan tuntutan ketergantungan bayinya dan terhadap interaksi sosial. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan adaptasi pada masa transisi menuju masa menjadi orang tua pada saat post partum, antara lain:

(a) Respon dan dukungan keluarga dan teman

Bagi ibu post partum, apalagi pada ibu yang baru pertama kali melahirkan akan sangat membutuhkan dukungan orang-orang terdekatnya, karena ibu belum sepenuhnya berada pada kondisi stabil, baik fisik maupun psikologisnya. Ibu masih sangat asing dengan perubahan peran barunya yang begitu dramatis terjadi dalam waktu yang begitu cepat, yaitu peran sebagai seorang “ibu”. Dengan respon positif dari lingkungan terdekatnya, akan mempercepat proses adaptasi peran ini sehingga akan memudahkan bagi bidan untuk memberikan asuhan pada ibu postpartum dengan optimal.

(b) Hubungan dari pengalaman melahirkan terhadap harapan dan aspirasi

Hal yang dialami oleh ibu ketika melahirkan akan sangat mewarnai alam perasaannya terhadap perannya sebagai ibu. Ibu akhirnya menjadi tahu bahwa masa transisi terkadang begitu berat untuk dilalui dan hal tersebut akan memperkaya pengalaman hidupnya untuk lebih dewasa. Banyak kasus terjadi, setelah seorang ibu melahirkan anaknya yang pertama, ibu akan bertekad untuk lebih meningkatkan kualitas hubungannya dengan ibunya, karena baru menyadari dengan nyata ternyata pengalaman menjadi ibu adalah tugas yang luar biasa dan mempunyai tanggung jawab yang berat. Ibu mulai merefleksikan pada dirinya bahwa apa yang dialami orang tuanya terdahulu, terutama ibunya adalah sama dengan yang dialaminya sekarang.

(c) Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lalu atau terdahulu

Walaupun kali ini adalah bukan lagi pengalamannya yang pertama melahirkan bayinya, namun kebutuhan untuk mendapatkan dukungan positif dari lingkungannya tidak berbeda dengan ibu yang baru melahirkan anak pertama. Hanya perbedaannya adalah teknik penyampaian dukungan yang diberikan lebih kepada support dan apresiasi dari keberhasilannya dalam melewati saat-saat sulit pada persalinannya yang lalu.

(d) Pengaruh budaya

Adanya adat istiadat yang dianut oleh lingkungan dan keluarga sedikit banyak akan mempengaruhi keberhasilan ibu dalam melewati saat transisi ini. Apalagi jika hal yang tidak sinkron atau berbeda antara arahan dari tenaga kesehatan dengan budaya yang dianut. Dalam hal ini, bidan harus bijaksana dalam menyikapi, namun tidak mengurangi kualitas asuhan kebidanan yang harus diberikan. Keterlibatan keluarga dari awal dalam menentukan bentuk asuhan dan perawatan yang harus diberikan pada ibu dan bayi akan memudahkan bidan dalam pemberian asuhan.

d. Sibling Rivalry

Sibling rivalry adalah kecemburuan, persaingan antara saudara, hal ini biasanya terjadi pada orang tua yang mempunyai dua anak atau lebih. *Sibling rivalry* terjadi jika anak merasa mulai kehilangan kasih sayang dari orang tua dan merasa bahwa saudara kandung adalah saingan dalam mendapatkan perhatian dan kasih sayang dari orang tua. *Sibling rivalry* terjadi karena orang tua memberikan perlakuan yang berbeda pada anak-anak mereka atau karena kehadiran anak baru dalam keluarga. Persaingan antar saudara tidak mungkin dihindari dengan adanya saudara kandung. Persaingan antar saudara yang dimaksud disini adalah kompetisi antara saudara kandung untuk mendapatkan cinta kasih dan

perhatian dari satu atau kedua orang tuanya, atau untuk mendapatkan pengakuan atau suatu yang lebih.¹⁷

Sibling rivalry biasanya muncul ketika selisih usia saudara kandung terlalu dekat, karena kehadiran anak baru dianggap menyita waktu dan perhatian terlalu banyak orang tua. Jarak usia yang lazim memicu munculnya *sibling rivalry* adalah jarak usia antara 1-3 tahun dan muncul pada usia 3-5 tahun kemudian muncul kembali pada usia 8–12 tahun. Ciri khas yang sering muncul pada *sibling rivalry*, yaitu egois, susah diatur, suka berkelahi dan perilaku yang kadang tidak spesifik. Beberapa hal yang perlu diperhatikan orang tua untuk mengatasi *sibling rivalry* sehingga anak dapat bergaul dengan baik, antara lain:

- 1) Tidak membandingkan antara anak satu sama lain.
- 2) Membiarkan anak menjadi diri pribadi mereka sendiri.
- 3) Menyukai bakat dan keberhasilan anak-anak meskipun terbatas.
- 4) Membuat anak-anak mampu bekerja sama daripada bersaing antara satu sama lain.
- 5) Memberikan perhatian setiap waktu atau mengembangkan pola ketika konflik terjadi.
- 6) Mengajarkan anak-anak cara-cara positif untuk mendapatkan perhatian dari satu sama lain.
- 7) Bersikap adil sangat penting, tetapi disesuaikan dengan kebutuhan anak. Sehingga adil bagi anak satu dengan yang lain berbeda.
- 8) Merencanakan kegiatan keluarga yang menyenangkan bagi semua orang.
- 9) Meyakinkan setiap anak mendapatkan waktu yang cukup dan kebebasan mereka sendiri.
- 10) Orang tua tidak perlu langsung campur tangan kecuali saat tanda-tanda akan kekerasan fisik.
- 11) Orang tua harus dapat berperan memberikan otoritas kepada anak-anak.

- 12) Orang tua dalam memisahkan anak-anak dari konflik tidak menyalahkan satu sama lain.
- 13) Jangan memberi tuduhan tertentu tentang negatifnya sifat anak.
- 14) Kesabaran dan keuletan serta contoh-contoh yang baik dari perilaku orang tua sehari-hari adalah cara pendidikan anak-anak untuk menghindari *sibling rivalry* yang paling bagus.

e. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

1) Ambulasi Dini

Ambulasi dini adalah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu post partum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan. Keuntungan *early ambulation* adalah :¹⁷

- a) Ibu merasa lebih sehat dan kuat dengan *early ambulation*.
- b) *Faal* dan kandung kemih lebih baik.
- c) *Early ambulation* memungkinkan kita mengajarkan ibu cara merawat anaknya selama ibu masih di rumah sakit. Misalnya memandikan, mengganti pakaian dan memberi makan.
- d) Lebih sesuai dengan keadaan Indonesia (*sosial early ambulation ekonomis*), menurut penelitian-penelitian yang seksama, tidak mempunyai pengaruh yang buruk, tidak menyebabkan pendarahan yang abnormal, tidak mempengaruhi penyembuhan luka episotomy atau luka di perut, serta tidak memperbesar kemungkinan *prolapsus*. *Early ambulation* tentunya tidak dibenarkan pada ibu post partum dengan penyulit, misalnya anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam, dan sebagainya.

2) Nutrisi

Pada masa nifas masalah nutrisi perlu mendapat perhatian yang serius, karena dengan nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi pada proses menyusui. Nutrisi yang diberikan harus begizi seimbang, cukup kalori, tinggi protein dan banyak mengandung cairan. Ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan gizi sebagai berikut :^{17, 19, 20}

- a) Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari menjadi $\pm 2700 - 3000$ kalori.
- b) Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup.
- c) Minum sedikitnya 3 liter air tiap hari.
- d) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pasca persalinan.
- e) Minum kapsul vitamin A 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A kepada bayi melalui ASI.

3) *Personal Hygiene*

Pada masa nifas, seorang ibu sangat rentan terhadap penyakit infeksi. Oleh karena itu kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur dan lingkungan sangat penting untuk menjaga kebersihan dari ibu nifas adalah :¹⁷

- a) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh, terutama *Perineum*.
- b) Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah disekitar *vulva* terlebih dahulu, dari depan ke belakang, kemudian membersihkan daerah sekitar *anus*. Anjurkan ibu untuk membersihkan *vulva* setiap kali setelah BAB atau BAK.

- c) Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya 2 kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik dan dikeringkan di bawah matahari dan disetrika.
- d) Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kewanitannya.
- e) Jika ibu mempunyai luka *episiotomy* atau *laserasi*, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah tersebut.

4) Istirahat dan tidur

Hal yang bisa dilakukan pada ibu untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur adalah :¹⁷

- a) Anjurkan ibu agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.
- b) Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur.

Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal, yaitu : mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses *involution uterus* dan memperbanyak pendarahan, dan menyebabkan depresi serta ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

5) Eliminasi

Ibu diminta untuk buang air kecil (BAK) 6 jam post partum, jika dalam 8 jam post partum belum dapat berkemih atau sekali berkemih belum melebihi 100 cc, maka dilakukan *kateterisasi*. Akan tetapi, kalau ternyata kandung kemih penuh, tidak perlu 8 jam untuk *kateterisasi*.

Ibu post partum diharapkan dapat buang air besar (BAB) setelah hari kedua post partum. Jika hari ketiga belum juga BAB, maka perlu diberi obat pencahar *per oral* atau *per rectal*. Jika setelah pemberian obat pencahar masih belum bisa BAB, maka dilakukan *klisma (huknah)*.^{16,17}

6) Perawatan Payudara

Menjaga payudara tetap bersih dan kering serta menggunakan BH yang menyokong payudara, jika puting susu lecet oleskan *colostrum* atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali selesai menyusui dan tetap menyusukan pada puting susu yang lecet, apabila lecet sangat berat istirahatkan selama 24 jam dan untuk menghindari nyeri dapat minum *paracetamol* 1 kaplet setiap 4–6 jam.¹⁸

7) Aktivitas Seksual

Aktivitas seksual yang dapat dilakukan oleh ibu masa nifas harus memenuhi syarat sebagai berikut :

- a) Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu dua jari ke dalam *vagina* tanpa rasa nyeri, maka ibu aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapanpun ibu siap.
- b) Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan ini bergantung pada pasangan yang bersangkutan.

f. Asuhan Kebidanan Masa Nifas

Asuhan ibu masa nifas adalah asuhan yang diberikan kepada ibu segera setelah kelahiran sampai 6 minggu setelah kelahiran. Tujuan dari asuhan masa nifas adalah untuk memberikan asuhan yang adekuat dan terstandar pada ibu segera setelah melahirkan dengan memperhatikan riwayat selama kehamilan, dalam persalinan dan keadaan segera setelah melahirkan. Adapun hasil yang diharapkan adalah terlaksananya asuhan segera atau rutin pada ibu post partum termasuk melakukan pengkajian, membuat diagnosa, mengidentifikasi masalah dan kebutuhan ibu, mengidentifikasi diagnosa dan masalah potensial, tindakan segera serta merencanakan asuhan. Adapun jadwal kunjungan pada masa nifas adalah sebagai berikut :¹⁷

- 1) Kunjungan I (6-8 jam setelah persalinan)
 - a) Mencegah perdarahan masa nifas karena *atonia uteri*
 - b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut.
 - c) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena *atonia uteri*.
 - d) Pemberian ASI awal.
 - e) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
 - f) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah *hipotermi*
- 2) Kunjungan II (6 hari setelah persalinan)
 - a) Memastikan *involution uteri* berjalan normal : *uterus* berkontraksi, *fundus* dibawah *umbilicus*, tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau
 - b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal
 - c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat
 - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
 - e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari
- 3) Kunjungan III (2 minggu setelah persalinan)
 - a) Memastikan *involution uteri* berjalan normal : *uterus* berkontraksi, *fundus* dibawah *umbilicus*, tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau
 - b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal
 - c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat
 - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik, dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit

- e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari
- 4) Kunjungan IV (6 minggu pasca postpartum)
 - a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia alami atau bayinya
 - b) Memberikan konseling KB secara dini
 - c) Menganjurkan/mengajak ibu membawa bayinya ke posyandu atau puskesmas untuk penimbangan dan imunisasi

4. Pemberian ASI Eksklusif

a. Pengertian

ASI merupakan cairan ciptaan Allah yang tiada tandingannya untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi dan melindungi terhadap infeksi. ASI merupakan hadiah terindah dari ibu kepada bayi yang disekresikan oleh kedua payudara ibu berupa makanan alamiah atau susu terbaik bernutrisi dan berenergi tinggi yang mudah dicerna dan mengandung komposisi nutrisi yang seimbang dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang tersedia setiap saat, siap disajikan dalam suhu kamar dan bebas dari kontaminasi.²¹

ASI eksklusif adalah memberikan ASI saja kepada bayi tanpa makanan atau minuman tambahan lain termasuk air putih kecuali obat-obatan, vitamin, mineral dan ASI yang diperas lalu diberikan ke bayi selama 6 bulan. Pemberian ASI eksklusif dikenal sebagai salah satu yang memberikan pengaruh paling kuat terhadap kelangsungan hidup anak, pertumbuhan dan perkembangan.²¹

Untuk itu *World Health Organization (WHO)* merekomendasikan untuk menyusui bayi dari usia 0-6 bulan atau biasa disebut ASI eksklusif. ASI eksklusif adalah menyusui bayi secara murni, yakni bayi hanya diberi ASI saja selama 6 bulan tanpa tambahan cairan lain, seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, air putih, dan makanan tambahan lain seperti pisang, bubur susu, biskuit, bubur, atau nasi tim. Setelah bayi

berusia 6 bulan, barulah bayi diberikan makanan pendamping ASI dengan ASI tetap diberikan sampai usia 2 tahun atau lebih.²²

b. Proses Terbentuknya ASI

Dua reflek pada ibu sangat penting dalam proses laktasi yaitu reflek *prolaktin* dan reflek aliran timbul akibat perangsangan puting susu oleh hisapan bayi. Proses laktasi terdapat reflek *letdown*, terjadi akibat stimulus hisapan bayi yang mengakibatkan *hipotalamus* melepas *oksitosin* dari *hipofisis posterior*. Stimulasi *oksitosin* membuat sel-sel *miopitel* yang berada disekitar kelenjar *mamae* berkontraksi sehingga ASI dapat keluar melalui *duktus* dan ASI tersedia untuk bayi. Ibu yang mengalami stres karena kurangnya dukungan social akan mengalami gangguan pelepasan *oksitosin* selama proses *lactogenesis* dan jika hal ini terjadi berulang-ulang bisa mengurangi produksi ASI dengan pengosongan yang tidak penuh saat bayi menghisap.²³

c. Manfaat Pemberian ASI Eksklusif

Bagi bayi tidak ada pemberian yang lebih berharga dari ASI. Hanya seorang ibu yang dapat memberikan makanan terbaik bagi bayinya. Berikut manfaat pemberian ASI eksklusif:

1) Manfaat pemberian ASI bagi bayi

a) ASI sebagai nutrisi

ASI merupakan sumber gizi yang sangat ideal dengan komposisi yang seimbang dan disesuaikan dengan kebutuhan pertumbuhan bayi, ASI adalah makanan bayi yang paling sempurna, baik kualitas maupun kuantitasnya.²¹

b) ASI meningkatkan daya tahan tubuh bayi

Bayi yang baru lahir secara alamiah mendapat *imunoglobulin* (zat kekebalan tubuh) dari ibunya melalui *ari-ari*. Namun kadar zat ini akan cepat sekali menurun setelah bayi lahir. Badan bayi sendiri baru membuat zat kekebalan cukup banyak sehingga mencapai kadar *protektif* pada waktu berusia sekitar 9 sampai 12 bulan.²¹

c) ASI eksklusif meningkatkan kecerdasan

Kecerdasan anak berkaitan erat dengan otak maka jelas bahwa faktor utama yang mempengaruhi perkembangan kecerdasan adalah pertumbuhan otak. Bayi diberi ASI rata-rata memiliki IQ 6 poin lebih tinggi dibandingkan dengan bayi yang diberi susu formula. Anak yang diberi ASI akan lebih sehat, IQ lebih tinggi, EQ dan SQ baik.²¹

d) ASI eksklusif meningkatkan jalinan kasih sayang

Berada dalam dekapan ibu selama menyusui, bayi akan merasakan kasih sayang ibunya. Bayi merasa aman, tenang dengan dapat mendengar detak jantung ibunya yang telah ia kenal selama dalam kandungan. Hal ini yang akan membuat perkembangan emosi bayi dan membentuk pribadi yang percaya diri dan dasar spiritual yang baik.²¹

2) Bagi Ibu

Manfaat ASI bagi ibu adalah sebagai berikut :

a) Aspek kontrasepsi

Hisapan mulut bayi pada puting susu merangsang ujung saraf sensorik sehingga *posterior hipofise* mengeluarkan *prolaktin*. *Prolaktin* masuk ke indung telur, menekan produksi *estrogen* yang mengakibatkan tidak adanya *ovulasi*. Pemberian ASI eksklusif memberikan 98% metode kontrasepsi yang efisien selama periode ASI eksklusif dan belum terjadi *menstruasi* kembali.²²

b) Aspek kesehatan ibu

Hisapan bayi pada payudara akan merangsang pembentukan *oksitosin* oleh kelenjar *hipofisis*. *Oksitosin* membantu proses *invulasi uteri* dan mencegah terjadinya perdarahan postpartum. Penundaan haid dan berkurangnya perdarahan pasca persalinan akan mengurangi prevalensi *anemia defisiensi zat besi*.²²

c) Aspek penurunan berat badan

Dengan menyusui, tubuh akan menghasilkan ASI lebih banyak lagi sehingga timbunan lemak yang berfungsi sebagai cadangan tenaga akan terpakai sehingga berat badan ibu akan menyusut atau kembali seperti keadaan sebelum hamil.²²

d) Aspek psikologis

Keuntungan psikologis menyusui bukan hanya untuk bayi tetapi juga untuk ibu. Ibu akan merasa bangga dan diperlukan, rasa yang dibutuhkan oleh semua manusia.²²

d. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pemberian ASI

Banyak faktor yang mempengaruhi kegagalan pemberian ASI, hasil penelitian di Tuban Jawa Timur menyebutkan baik yang bersifat internal seperti motivasi, persepsi, dan ketekunan maupun yang bersifat eksternal seperti dukungan sosial dari masyarakat, keluarga, keterlibatan pihak-pihak yang terlibat dalam persalinan dan promosi susu formula yang makin gencar. Kebanyakan wanita secara fisik mampu menyusui, asalkan mendapatkan dorongan yang cukup dan dilindungi dari pengalaman dan komentar yang mengecilkan hati sementara sekresi ASI sedang terbentuk. Menyusui dipengaruhi jika suasana hati seorang ibu positif sifatnya, maka semua kombinasi perasaan dan aktivitas ibu tersebut memberikan perasaan kesenangan pada bayi.²⁴

Hasil penelitian kualitatif di Canada menyatakan bahwa pemberian ASI dikaitkan dengan isu-isu dukungan yang diberikan kepada ibu, promosi susu formula dan malu untuk menyusui di depan umum. Penelitian di Brazil memperlihatkan bahwa dukungan keluarga sangat menentukan perilaku ibu dalam memberikan ASI eksklusif kepada bayinya. Hasil penelitian di Arizona menemukan bahwa dukungan keluarga yang berasal dari suami, anggota keluarga lainnya (ibu) meningkatkan durasi menyusui sampai enam bulan pertama postpartum dan memegang peranan penting dalam keberhasilan ASI eksklusif.

Hasil penelitian di Yogyakarta dengan menganalisis secara mendalam dengan wawancara dan diskusi kelompok fokus menunjukkan bahwa dukungan informasi sangat penting bagi ibu hamil dan menyusui dalam memberikan ASI eksklusif. Dukungan tersebut diperoleh dari beberapa pihak, yaitu dari orang-orang yang berpengaruh (*signifcant others*), tenaga kesehatan, pelayanan kesehatan dan UKBM, serta kemudahan dan kelengkapan akses informasi ASI eksklusif.²⁵

e. Langkah Keberhasilan ASI eksklusif

Ada tujuh langkah untuk keberhasilan pemberian ASI eksklusif, yaitu :²²

- 1) Mempersiapkan payudara.
- 2) Mempelajari ASI dan tata laksana menyusui (teknik menyusui).
- 3) Menciptakan dukungan keluarga.
- 4) Memilih tempat melahirkan yang mendukung proses menyusui.
- 5) Memilih tenaga kesehatan yang mendukung pemberian ASI.
- 6) Mencari ahli persoalan menyusui seperti konsultasi laktasi untuk persiapan apabila menemui kesukaran.
- 7) Menciptakan suatu sikap yang positif tentang ASI dan menyusui.

f. Dukungan Sosial Suami

Suami adalah salah satu orang yang penting dalam kehidupan seorang ibu. Suami adalah orang yang memberikan dorongan kepada istrinya sebelum pihak lain turut memberikan dorongan. Suami merupakan pasangan hidup istri atau ayah dari anak-anaknya. Suami mempunyai suatu tanggungjawab yang penuh dalam suatu keluarga tersebut dan suami mempunyai peranan yang penting, dimana suami sangat dituntut bukan hanya sebagai pencari nafkah, akan tetapi sebagai pemberi motivasi atau dukungan dalam berbagai kebijakan yang akan diputuskan termasuk merencanakan keluarga.²⁶

Dukungan suami adalah salah satu bentuk interaksi yang di dalamnya terdapat hubungan yang saling memberi dan menerima bantuan yang bersifat nyata yang dilakukan oleh suami terhadap istrinya. Dukungan yang diberikan suami merupakan salah satu bentuk interaksi sosial yang

didalamnya terdapat hubungan yang saling memberi dan menerima bantuan yang bersifat nyata, bantuan tersebut akan menempatkan individu-individu yang terlibat dalam sistem sosial yang pada akhirnya akan dapat memberikan cinta, perhatian maupun *sense of attachment* baik pada keluarga sosial maupun pasangan.²⁶

g. Bentuk Dukungan

1) *Tangible and instrumental support* (dukungan instrumental)

Bentuk dukungan ini merupakan penyediaan materi yang dapat memberikan pertolongan langsung seperti pinjaman uang, pemberian barang, makanan serta pelayanan. Bentuk dukungan ini dapat mengurangi stres karena individu dapat langsung memecahkan masalahnya yang berhubungan dengan materi. Dukungan instrumental sangat diperlukan terutama dalam mengatasi masalah.²⁵

Dukungan instrumental merupakan suatu dukungan atau bantuan penuh dari orang terdekat dalam bentuk memberikan bantuan langsung, bersifat fasilitas atau materi misalnya menyediakan fasilitas yang diperlukan, tenaga, dana, memberi makanan maupun meluangkan waktu untuk membantu atau melayani dan mendengarkan.²⁵

2) *Informational support* (dukungan informasional)

Bentuk dukungan ini melibatkan pemberian informasi, saran atau umpan balik tentang situasi dan kondisi individu. Jenis informasi seperti ini dapat menolong individu untuk mengenali dan mengatasi masalah dengan lebih mudah. Dukungan ini meliputi memberikan nasehat, petunjuk, masukan atau penjelasan bagaimana seseorang bertindak dalam menghadapi situasi yang dianggap beban. Menjelaskan tentang pemberian saran dan sugesti, informasi yang dapat digunakan untuk mengungkapkan tentang suatu masalah.²⁵

3) *Emotional or esteem support* (dukungan emosional)

Dukungan emosional atau penghargaan hadir dengan bentuk penyampaian rasa empati, kepedulian, perhatian positif dan dorongan kepada orang tersebut. Ini memberikan kenyamanan dan kepastian dengan rasa memiliki dan dicintai pada saat stress. Dukungan ini sangat penting dalam menghadapi keadaan yang dianggap tidak dapat dikontrol.²⁷

Dukungan emosional yang diberikan dapat berupa rasa percaya, menghargai, memberikan kasih sayang, memiliki rasa peduli, mendengarkan dengan baik, menguatkan individu, rasa tulus membantu, selalu mendampingi dan menghibur ketika ada masalah, dan menciptakan suasana hangat yang dapat membuat individu merasa nyaman dan dicintai oleh keluarga, teman, sahabat, orang-orang terdekat lainnya sehingga individu akan lebih mampu menghadapi masalah dengan lebih baik.²⁶

4) *Appraisal Support* (dukungan penilaian)

Dukungan penilaian merupakan bentuk penghargaan yang diberikan seseorang kepada orang lain sesuai dengan kondisinya. Bantuan penilaian dapat berupa penghargaan atas pencapaian kondisi keluarga berdasarkan keadaan yang nyata, penilaian positif, pujian, serta penguatan terhadap individu. Dukungan berupa penghargaan positif pada individu, pemberian semangat persetujuan pada pendapat individu dan perbandingan yang positif dengan individu lain. Bentuk dukungan ini membantu individu dalam membangun harga diri dan kompetensi.²⁷

5. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir (BBL) .

a. Definisi

Bayi baru lahir (*neonatus*) adalah bayi yang berusia 0-28 hari. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram.⁷

b. Ciri-Ciri

Bayi baru lahir normal mempunyai ciri-ciri berat badan lahir 2500-4000 gram, umur kehamilan 37-40 minggu, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, menghisap ASI dengan baik, dan tidak ada cacat bawaan.²⁸

Bayi baru lahir normal memiliki panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar lengan 11-12 cm, frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit, pernapasan 40-60 x/menit, *lanugo* tidak terlihat dan rambut kepala tumbuh sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai APGAR >7, refleks-refleks sudah terbentuk dengan baik (*rooting, sucking, morro, grasping*), organ *genitalia* pada bayi laki-laki *testis* sudah berada pada *skrotum* dan penis berlubang, pada bayi perempuan *vagina* dan *uretra* berlubang serta adanya *labia minora* dan *mayora*, *mekonium* sudah keluar dalam 24 jam pertama berwarna hitam kecoklatan.²⁸

c. Klasifikasi Neonatus

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

- 1) *Neonatus* menurut masa *gestasinya* :
 - a) Kurang bulan (*preterm infant*) : < 259 hari (37 minggu)
 - b) Cukup bulan (*aterm infant*) : 259-294 hari (37-42 minggu)
 - c) Lebih bulan (*postterm infant*) : >294 hari (42 minggu/lebih)
- 2) *Neonatus* menurut berat badan lahir :
 - a) Berat lahir rendah : < 2500 gram
 - b) Berat lahir cukup : 2500-4000 gram
 - c) Berat lahir lebih : > 4000 gram

- 3) *Neonatus* menurut berat lahir terhadap masa *gestasi* (masa *gestasi* dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan) :
 - a) *Nenonatus* cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
 - b) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)

d. Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir Normal

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

Tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir adalah untuk membersihkan jalan napas, memotong dan merawat tali pusat, mempertahankan suhu tubuh bayi, identifikasi, dan pencegahan infeksi. Asuhan bayi baru lahir meliputi :

1) Penilaian Awal untuk Memutuskan *Resusitasi* pada Bayi

Untuk menilai apakah bayi mengalami *asfiksia* atau tidak dilakukan penilaian sepiantas setelah seluruh tubuh bayi lahir dengan tiga pertanyaan :

- a) Apakah kehamilan cukup bulan?
- b) Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?
- c) Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

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

2) Pemotongan dan Pengikatan Tali Pusat

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

Perawatan tali pusat adalah dengan tidak membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apa pun pada tali pusat. Perawatan rutin untuk tali pusat adalah selalu cuci tangan sebelum memegangnya, menjaga tali pusat tetap kering dan terpapar udara, membersihkan dengan air, menghindari dengan alkohol karena menghambat pelepasan tali pusat, dan melipat popok di bawah *umbilicus*.²⁹

3) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusui. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusui pertama biasanya berlangsung pada menit ke 45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusui dari satu payudara.³⁰

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

4) Mempertahankan Suhu Tubuh Bayi

Mekanisme pengaturan temperatur bayi belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak dilakukan pencegahan kehilangan panas maka bayi akan mengalami *hipotermia*. *Hipotermia* dapat terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada dalam ruangan yang hangat. Pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama 6 jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi.

5) Pemberian Salep Mata/Tetes Mata

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

6) Pencegahan Perdarahan Melalui Penyuntikan Vitamin K1 Dosis Tunggal di Paha Kiri

Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (*Phytomenadione*) 1 mg *intramuskuler* di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir.

7) Pemberian Imunisasi *Hepatitis B (HB 0)* Dosis Tunggal di Paha Kanan

Imunisasi *Hepatitis B* diberikan 1-2 jam di paha kanan setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan *Hepatitis B* melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati.

8) Pemeriksaan Bayi Baru Lahir (BBL)

Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi. Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan dianjurkan tetap berada di fasilitas tersebut selama 24 jam karena risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan. Saat kunjungan tindak lanjut (KN) yaitu 1 kali pada umur 1-3 hari, 1 kali pada umur 4-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari.

6. Konsep Dasar Keluarga Berencana (KB)

a. Pengertian KB

Kontrasepsi adalah usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan, upaya itu dapat bersifat sementara dapat pula bersifat permanen. Kontrasepsi atau antikonsepsi (*Conception control*) adalah cara, alat, atau obat-obatan untuk mencegah terjadinya konsepsi. Kontrasepsi adalah suatu usaha untuk mencegah bertemunya sperma dan ovum, sehingga tidak terjadi pembuahan yang mengakibatkan kehamilan.³¹

b. Tujuan Program Keluarga Berencana (KB)

Tujuan program KB, yaitu :

- 1) Memperkecil angka kelahiran.
- 2) Menjaga kesehatan ibu dan anak.
- 3) Membatasi kehamilan jika jumlah anak sudah mencukupi

c. Manfaat Keluarga Berencana (KB)

Manfaat Keluarga Berencana (KB) adalah :

- 1) Perbaikan kesehatan badan karena tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek.
- 2) Adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak-anak, untuk istirahat, dan menikmati waktu luang, serta melakukan kegiatan-kegiatan lain.

d. Kebutuhan Pada Calon Akseptor KB

1) Konseling

Konseling adalah suatu proses pemberian informasi objektif dan lengkap, dilakukan secara sistematis dengan panduan sistematis interpersonal, teknik bimbingan dan penguasaan pengetahuan klinik yang bertujuan untuk membantu seseorang mengenali kondisinya saat ini, masalah yang sedang dihadapinya dan menentukan jalan keluar atau upaya dalam mengatasi masalah tersebut.

Proses konseling yang benar, objektif dan lengkap akan meningkatkan kepuasan, kelangsungan dan keberhasilan penggunaan berbagai metode kontrasepsi.³²

Dalam memberikan konseling, khususnya bagi calon akseptor Keluarga Berencana (KB) yang baru, hendaknya dapat diterapkan enam langkah yang sudah dikenal dengan kata kunci SATU TUJU. Penerapan SATU TUJU tersebut tidak perlu dilakukan secara berurutan karena petugas harus menyesuaikan diri dengan kebutuhan klien. Kata kunci SATU TUJU adalah sebagai berikut :

a) SA : SApa dan Salam kepada klien secara terbuka dan sopan.

Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara di tempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinkan klien untuk membangun rasa percaya diri. Tanyakan kepada klien apa yang perlu dibantu serta jelaskan pelayanan apa yang dapat dipeolehnya.

b) T : Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya

Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi (KR), tujuan, kepentingan, harapan, serta keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya. Tanyakan kontrasepsi yang diinginkan oleh klien. Berikan perhatian kepada klien apa yang disampaikan klien sesuai dengan kata-kata, gerak isyarat dan caranya. Coba

tempatkan diri kita di dalam hati klien. Perhatikan bahwa kita memahami. Dengan memahami pengetahuan, kebutuhan dan keinginan klien, kita dapat membantunya.

- b) U : Uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa kontrasepsi. Bantulah klien pada jenis kontrasepsi yang paling diinginkan, serta jelaskan pula jenis-jenis kontrasepsi lain yang ada. Uraikan juga mengenai risiko penularan *Human ImmunodeficiencyVirus/ Acquired Immune Deficiency Syndrome* (HIV/AIDS) dan pilihan metode ganda.
- c) TU: Bantulah klien menentukan pilihannya.
Bantulah klien berpikir mengenai apa yang paling sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.
- d) J : Jelaskan secara lengkap kepada klien bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya. Setelah klien memilih jenis kontrasepsi, jika diperlukan perhatikan alat kontrasepsinya.
- e) U : Perlunya kunjungan Ulang.
Diskusikan dan buat kontrak dengan klien untuk melakukan pemeriksaan lanjutan atau permintaan kontrasepsi apabila dibutuhkan.

e. Penapisan Klien

Tujuan utama panapisan klien sebelum pemberian suatu metode kontrasepsi, untuk menentukan apakah ada:

1) Kehamilan

- a) Klien tidak hamil apabila :
 - (1) Tidak senggama sejak haid terakhir
 - (2) Sedang memakai metode efektif secara baik dan benar
 - (3) Sekarang didalam 7 hari pertama haid terakhir
 - (4) Di dalam 4 minggu pasca persalinan
 - (5) Dalam 7 hari pasca keguguran
 - (6) Menyusui dan tidak haid

- b) Keadaan yang membutuhkan perhatian khusus
- c) Masalah (misalnya : *diabetes*, tekanan darah tinggi) yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut.
- d) Apabila klien menyusui dan kurang dari 6 minggu pasca persalinan maka pil kombinasi adalah metode pilihan terakhir.
- e) Tidak cocok untuk pil progestin (minipil), suntikan *Depo medroxy progesterone asetat* (DMPA) atau Norethindrone enanthate (NET-EN) atau susuk
- f) Tidak cocok untuk suntikan progestin (DMPA atau NET-EN).

f. Macam-Macam Metode Kontrasepsi

1) Metode Kontrasepsi Sederhana Tanpa Alat

Metode kontrasepsi sederhana tanpa alat (metode alamiah) adalah sebagai berikut :³³

a) Metode Kalender

Masa berpantang dihitung dengan memakai rumus yaitu hari pertama mulai subur = siklus haid terpendek-18 dan hari subur terakhir = siklus haid terpanjang-11. Sebenarnya cara tersebut hanya cocok bagi wanita yang siklus haidnya teratur. Sebelum memulai, hendaknya meminta wanita tersebut mencatat pola siklus haidnya paling sedikit selama 6 bulan dan sebaiknya selama 12 bulan. Setelah itu, baru bisa ditentukan kapan mulainya hari subur pertama dan hari subur terakhir dengan menggunakan rumus di atas. Contoh: siklus haid terpendek yaitu 28 hari dan siklus haid terpanjang 28 hari, jadi $28-18 =$ hari ke 10 dari hari pertama haid siklus terpanjang $28-11 =$ hari ke-17. Jadi, masa berpantang adalah mulai dari hari ke-10 sampai hari ke-17 dihitung mulai dari pertama haid.

b) Metode Suhu Basal Badan (Thermal)

Suhu badan diukur memakai termometer, sewaktu bangun pada pagi hari (dalam keadaan istirahat penuh), setiap hari. Hasil pengukuran dicatat pada kartu pencatatan suhu badan. Metode suhu basal badan (thermal) adalah suatu metode kontrasepsi yang dilakukan dengan mengukur suhu tubuh untuk mengetahui suhu tubuh basal, untuk menentukan masa ovulasi. Metode suhu basal tubuh mendeteksi kapan ovulasi terjadi. Keadaan ini dapat terjadi karena progesterone, yang dihasilkan oleh korpus luteum, menyebabkan peningkatan suhu basal tubuh. Sebelum perubahan suhu basal tubuh dipertimbangkan sebagai masa ovulasi, suhu tubuh terjadi peningkatan sedikitnya 0,40F (0,2-0,50C) di atas 6 kali perubahan suhu sebelumnya yang diukur.

c) Metode Lendir Cervic (*Metode Ovulasi Billings/MOB*)

Adalah metode kontrasepsi dengan menghubungkan pengawasan terhadap perubahan lendir serviks wanita yang dapat di deteksi di vulva. Metode ovulasi didasarkan pada pengenalan terhadap perubahan lendir serviks selama siklus menstruasi yang menggambarkan masa subur dalam siklus dan waktu fertilitas maksimal dalam masa subur.

d) Metode Sympto Thermal

Adalah metode kontrasepsi yang dilakukan dengan mengamati perubahan lendir dan perubahan suhu badan tubuh. Dasarnya kombinasi antara bermacam metode KB alamiah untuk menentukan masa subur/ ovulasi

e) Metode Amenorhea Laktasi

Metode Amenorhea Laktasi adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa pemberian makanan tambahan atau minuman apapun. Efektifitas metode amenorhea laktasi tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan pasca persalinan).

Petunjuk penggunaan metode amenore-laktasi adalah sebagai berikut:

- (1) Bayi harus berusia kurang dari 6 bulan
- (2) Wanita yang belum mengalami perdarahan pervaginam
- (3) Setelah 56 hari pascapartum.
- (4) Pemberian ASI harus merupakan sumber nutrisi yang eksklusif untuk bayi.

f) Coitus Interruptus (Senggama Terputus)

Metode Kontrasepsi dimana senggama di akhiri sebelum terjadi ejakulasi intra-vagina. Ejakulasi terjadi jauh dari genitalia eksterna. Efektifitasnya efektif bila dilaksanakan dengan benar. Efektifitas bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap melaksanakannya (angka kegagalan 4-18 kehamilan per 100 perempuan per tahun). Efektifitas akan jauh menurun apabila sperma dalam waktu 24 jam sejak ejakulasi masih melekat pada penis.

2) Metode Kontrasepsi Sederhana Dengan Alat

Metode kontrasepsi sederhana dengan alat adalah sebagai berikut :³¹

a) Kondom

Adalah suatu selubung atau sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil), yang dipasang pada penis (kondom pria) atau vagina (kondom wanita) pada saat berhubungan seksual. Efektifitas kondom cukup efektif bila dipakai secara benar pada setiap kali berhubungan seksual. Pada beberapa pasangan, pemakaian kondom tidak efektif karena tidak dipakai secara konsisten. Secara ilmiah didapatkan hanya sedikit angka kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun.

b) Pil Kombinasi

Pil kombinasi merupakan pil kontrasepsi yang berisi hormon sintetis estrogen dan progesteron. Pil kombinasi terbagi dalam 3 jenis :

- (1) Monofasik: Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet, mengandung hormon aktif esterogen/ progestin dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- (2) Bifasik: Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif esterogen/progestin dengan dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- (3) Trifasik: Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif esterogen/progestin dengan tiga dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif; dosis hormon bervariasi setiap hari.

Cara Kerja:

- (1) Menekan ovulasi
- (2) Mencegah implantasi
- (3) Mengentalkan lendir servik

Efektifitas : Efektifitas tinggi, 1 kehamilan/1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan.

Keuntungan/Manfaat :

- (1) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- (2) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
- (3) Dapat digunakan sebagai metode jangka panjang.
- (4) Mengurangi jumlah perdarahan sehingga mengurangi anemia
- (5) Mencegah kanker ovarium dan kanker endometrium
- (6) Mencegah kista ovarium.
- (7) Mencegah kehamilan ektopik

Kerugian

- (1) Mahal dan membosankan karena di gunakan setiap hari.
- (2) Mual 3 bulan pertama
- (3) Pusing
- (4) Perdarahan bercak pada 3 bulan pertama
- (5) Nyeri payudara
- (6) Kenaikan berat badan
- (7) Tidak mencegah Penyakit Menular Seksual (PMS).
- (8) Tidak dapat digunakan untuk ibu menyusui.

Kontra indikasi/yang tidak boleh menggunakan :

- (1) Hamil atau diduga hamil
- (2) Perokok usia > 35 tahun
- (3) Riwayat penyakit jantung atau tekanan darah tinggi (>180/110).
- (4) Riwayat diabetes militus (DM)> 20 tahun
- (5) Myoma uteri
- (6) Epilepsi
- (7) Menyusui di bawah 6 minggu pasca persalinan
- (8) Sakit kepala hebat (migraine)

c) Pil Progestin

Kontrasepsi Pil progestin atau minipil merupakan pil yang mengandung progestin dalam dosis yang sangat rendah. Jenis kontrasepsi pil progestin ada 2 yaitu kemasan dengan isi 35 pil: 300 ig levonorgestrel atau 350 ig noretindron dan kemasan dengan isi 28 pil: 75 ig norgestrel. Cara Kerja :

- (1) Menghambat Ovulasi
- (2) Mencegah Implantasi
- (3) Memperlambat transport gamet/ ovum
- (4) Mengentalkan lendir serviks yang kental

Efek samping :

(1) Gangguan frekuensi dan lamanya haid

Perdarahan atau haid yang tidak teratur seringkali terjadi pada pengguna pil progestin. Lakukan pemeriksaan tambahan untuk menyingkirkan kemungkinan adanya kehamilan.

(2) Sefalgia (sakit kepala)

Penggunaan pil progestin tidak dianjurkan untuk klien yang mempunyai riwayat migren atau sefalgia berat. (PPIBI, 2011: 125)

d) Kontrasepsi Suntikan/Injeksi

(1) Suntikan Kombinasi

Suntik kombinasi merupakan kontrasepsi suntik yang berisi hormon sintetis estrogen dan progesteron. Terdiri dari 2 jenis, yaitu: 25 mg depo medroksiprogesteron asetat dan 5 mg estradiol valerat. 50 mg noretindron enantat dan 5 mg estradiol valerat. Mekanisme Kerja :

- (a) Menekan ovulasi
- (b) Menghambat transportasi gamet oleh tuba
- (c) Mempertebal mukus serviks (mencegah penetrasi sperma)
- (d) Mengganggu pertumbuhan endometrium, sehingga menyulitkan proses implantasi

Cara Penggunaan:

- (a) Suntikan *intra muskular* (IM) setiap bulan.
- (b) Diulang tiap 4 minggu sekali
- (c) 7 hari lebih awal, terjadi resiko gangguan perdarahan
- (d) Setelah hari ke 7 bila tidak hubungan 7 hari kemudian atau gunakan kontrasepsi lain.

Efek Samping dan penanganannya :

(a) Amenorhea

Singkirkan kehamilan jika hamil lakukan konseling. Bila tidak hamil, sampaikan bahwa darah tidak terkumpul di rahim.

(b) Mual/pusing/muntah

Pastikan tidak hamil. Informasikan hal tersebut bisa terjadi, jika hamil lakukan konseling/ rujuk.

(c) Spotting

Jelaskan ini merupakan hal biasa tapi juga bisa berlanjut, jika berlanjut maka anjurkan ganti cara.

Instruksi Untuk Klien

(a) Harus kembali untuk suntik ulang tiap 4 minggu (1 bulan).

(b) Tidak haid 2 bulan maka pastikan tidak hamil.

(c) Harus menyampaikan obat lain yang sedang diminum

(d) Mual, sakit kepala, nyeri ringan payudara dan spotting sering ditemukan pada 2-3 kali suntikan pertama.

(2) Suntikan Progestin

Menurut PPIBI (2016), kontrasepsi suntik progestin yang umum digunakan adalah *Depo Medroxyprogesteron acetate* (DMPA) dan *Norethisteron Enantatate* (NET-EN) yang merupakan progesteron alamiah yang ada didalam tubuh seorang perempuan. Kontrasepsi progestin tidak mengandung estrogen sehingga dapat digunakan pada masa laktasi dan perempuan yang tidak mengandung estrogen.

Mekanisme Kerja

(a) Menekan ovulasi

(b) Lendir serviks menjadi kental dan sedikit, sehingga merupakan barier terhadap spermatozoa.

- (c) Membuat endometrium menjadi kurang baik/ layak untuk implantasi dari ovum yang sudah dibuahi.
- (d) Mempengaruhi kecepatan transpor ovum di dalam *tuba falopi*.

Efektifitas :

Efektifitas suntikan progestin memiliki efektifitas yang tinggi (3 kehamilan per 1000 perempuan) pada tahun pertama penggunaan, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yaitu setiap 12 minggu.

Efek samping dan penatalaksanaannya :

(a) Amenore

Jelaskan bahwa sebagian besar pengguna suntikan progestin mengalami hal ini. Haid tidak harus ada setiap bulan dan hal ini tidak mengganggu kesehatan ibu. Klien tidak akan menjadi *infertil* karena darah tidak terkumpul didalam rahim. Beberapa pengguna justru merasa senang jika tidak mendapat haid, bila klien merasa terganggu akan hal ini anjurkan menggunakan suntik kombinasi.

(b) Perdarahan *ireguler*

Jelaskan bahwa kondisi ini tidak mengganggu kesehatan klien dan gangguan ini akan berkurang setelah beberapa bulan penggunaan untuk penanganan jangka pendek, gunakan ibuprofen 3x 800 mg / hari selama 5 hari atau asam mefenamat 2x 500 mg setelah makan.

(c) Kenaikan berat badan

Lakukan kajian pola diet dan jika ditemukan masalah rujuk klien ke ahli gizi

(d) Perdarahan banyak atau berkepanjangan

Untuk penanganan efek samping seperti ini dapat menggunakan kontrasepsi oral kombinasi 1 tablet sehari selama 21 hari yang dimulai sejak timbulnya perdarahan.

(e) Sefalgia

Untuk sefalgia yang terkait dengan pemakaian suntikan progestin, dapat diberikan aspirin (325-650mg), Ibuprofen (200-400 mg), paracetamol (325-1000 mg), atau penghilang nyeri lainnya, jika sefalgia menjadi lebih berat atau lebih sering timbul selama penggunaan suntikan progestin maka lakukan evaluasi tentang kemungkinan penyebab lainnya.

e) Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)

AKBK adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara 3-5 tahun. Metode ini dikembangkan semua *The Population Council*, yaitu suatu organisasi internasional yang didirikan tahun 1952 untuk mengembangkan teknologi kontrasepsi.⁸

Keuntungan kontrasepsi implant :

- (1) Daya guna tinggi
- (2) Perlindungan jangka panjang (sampai 3 tahun)
- (3) Pengembalian kesuburan yang cepat
- (4) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
- (5) Tidak mengganggu ASI
- (6) Pasiennya hanya kembali ke klinik jika ada keluhan
- (7) Dapat dicabut setiap saat
- (8) Mengurangi jumlah darah menstruasi
- (9) Menurangi/ memperbaiki anemia

Kerugian kontrasepsi implant :

- (1) Menimbulkan gangguan menstruasi, yaitu menstruasi menjadi tidak teratur.
- (2) Berat badan bertambah
- (3) Menimbulkan acne (jerawat), ketegangan payudara
- (4) Liang senggama menjadi kering.

Teknik pemasangan kontrasepsi implant : Prinsip pemasangan KB implant adalah dipasang tepat di bawah kulit, diatas lipas siku, di daerah lengan atas.³⁴

Cara pemakaian :

- (1) Pastikan klien telah mencuci lengan atas hingga bersih
- (2) Lapsi tempat penyangga lengan atau meja samping dengan kain bersih
- (3) Persilahkan klien berbaring dan lengan atas yang telah disiapkan, tempatkan di atas meja penyangga, lengan atas membentuk sudut 30 terhadap bahu dan sendi siku 90 untuk memudahkan petugas melakukan pemasangan.
- (4) Tentukan tempat pemasangan yang optimal, 8 cm di atas lipas siku dan reka posisi kapsul di bawah kulit (subdermal).
- (5) Siapkan tempat peralatan dan bahan serta bungkus steril tanpa menyentuh peralatan yang ada di dalamnya.
- (6) Persiapkan tempat insisi dengan mengoleskan antiseptik
- (7) Lakukan anestesi dengan lidocain 1, lakukan anestesi lokal (intrakutan dan subdermal)
- (8) Pastikan efek anestesi telah berlangsung, pegang skapel dengan sudut 45, buat insisi dangkal hanya sekedar menembus kulit.
- (9) Trokar harus dipegang dengan ujung yang tajam menghadap ke atas.

- (10) Tanda 1 dekat pangkal menunjukkan batas masuknya trokat sebelum memasukkan setiap kapsul. Tanda 2 dekat ujung menunjukkan batas pencabutan trokat setelah memasang setiap kapsul. Untuk meletakkan kapsul tepat dibawah kulit, angkat trokar ke atas, sehingga kulit terangkat.
- (11) Masukkan trokar perlahan-lahan dan hati-hati ke arah tanda 1 dekat pangkal. Trokar harus selalu terlihat mengangkat kulit selama pemasangan. Saat trokar masuk sampai tanda 1, cabut pendorong dari trokar (implant-2). Untuk implant-2 plus, justru pendorong dimasukkan (posisi panah sebelah atas) setelah tanda 1 tercapai dan putar 180 searah jarum jam hingga terbebas dari tahanan. Lakukan hingga kapsul terpasang semua.
- (12) Sebelum mencabut trokar raba kapsul untuk memastikan kedua kapsul telah terpasang. Setelah kedua kapsul terpasang keluarkan trokar dengan pelan pelan. Tekan insisi dengan kasa selama 1 menit untuk menghentikan perdarahan. Bersihkan tempat pemasangan dengan kasa antiseptik dan tutup luka insisi menggunakan plester.

Pada pencabutan banyak dijumpai kesulitan sehingga diupayakan untuk merekayasa teknik pencabutan sebagai berikut:

(1) Teknik U klasik

- (a) Klem yang dipakai mencabut kapsul pada teknik U merupakan modifikasi klem yang digunakan vasektomi tanpa pisau atau diameter ujung klem di perkecil dari 3,5 menjadi 2,2 mm.
- (b) Tentukan lokasi insisi pada kulit diantara kapsul 1 dan 2 lebih 3mm dari ujung kapsul dekat siku, lakukan anestesi pada bagian bawah ujung kapsul. Setelah itu lakukan insisi kecil, jepit batang kapsul pada 3 mm dari

ujung kapsul dengan menggunakan klem U dan pastikan jepitan mencakup seluruh lingkaran batang kapsul.

- (c) Angkat klem U untuk mempresentasikan ujung kapsul dengan baik. Sambil mempertahankan ujung kapsul dengan klem fiksasi, bersihkan jaringan ikat yang melingkupi ujung kapsul sehingga bagian tersebut dapat dibebaskan dan tampak dengan jelas.
- (d) Tarik keluar ujung kapsul yang dijepit sehingga seluruh batang kapsul dapat dikeluarkan. Letakkan kapsul yang sudah dicabut pada mangkok.

(2) Teknik pop out

- (a) Untuk menggunakan teknik ini, raba tempat pencabutan secara hati-hati untuk menentukan dan menandai kapsul
- (b) Raba ujung kapsul di daerah dekat siku untuk memilih salah satu kapsul yang lokasinya terletak di tengah dan mempunyai letak yang sama dengan ujung kapsul yang lainnya. Dorong ujung bagian atas kapsul (dekat bahu klien) yang telah dipilih tadi dengan menggunakan jari. Pada saat ujung kapsul tampak jelas dibawah kulit, buat insisi kecil 2-3mm dengan menggunakan skapel.
- (c) Lakukan penekanan dengan menggunakan ibu jari dan jari tangan lainnya pada ujung bagian bawah kapsul untuk membuat ujung kapsul tersebut tepat berada dibawah tempat insisi.
- (d) Tekan jaringan ikat yang sudah berpotong tadi dengan kedua ibu jari sehingga ujung bawah kapsul tampil keluar. Tekan sedikit ujung cranial kapsul sehingga mencuat (pop out) pada luka insisi dan dengan mudah dapat di pegang dan di cabut.

f) Alat Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR)

AKDR merupakan salah satu metode jangka panjang yang cukup efektif karena hanya terjadi kurang dari 1 kehamilan diantara 100 pengguna AKDR (6-8 per 1000 pengguna) di tahun pertama memakai AKDR. Efek kontraseptif akan menurun apabila waktu penggunaannya telah melampaui 10 tahun. Jenis Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR), yaitu :³²

(1) AKDR CuT-380A

Kecil, kerangka dari plastik yang fleksibel, berbentuk huruf T diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu). Tersedia di Indonesia dan terdapat dimana-mana. AKDR yang mengandung hormon Levonogestrel (LNG).
Keuntungan AKDR

- (a) Sebagai kontrasepsi, efektifitasnya tinggi (6-8 kehamilan per 1000 perempuan dalam 1 tahun pertama)
- (b) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan
- (c) Metode jangka panjang (proteksi 10 tahun) untuk yang mengandung tembaga, dan 5 tahun untuk yang mengandung hormon
- (d) Sangat efektif karena tidak perlu mengingat-ingat
- (e) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- (f) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil
- (g) AKDR Cu 380 A tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
- (h) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah keguguran (apabila tidak terjadi infeksi)
- (i) Dapat digunakan sampai menopause (dicabut setelah kurang lebih 1 tahun)
- (j) Tidak ada interaksi dengan obat lain
- (k) Membantu mencegah kehamilan ektopik

- (l) Dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat (AKDR Cu 380 A)

Kerugian/Keterbatasan

- (a) Nyeri pada waktu pemasangan
- (b) Efek samping yang umum terjadi: perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan setelah itu akan berkurang), haid lebih lama dan lebih banyak, perdarahan (spotting) antar menstruasi, saat haid lebih sakit.
- (c) Tidak mencegah infeksi menular seksual (IMS), termasuk HIV/AIDS.
- (d) Tidak baik digunakan oleh perempuan yang sering berganti-ganti pasangan atau menderita PMS.
- (e) Penyakit Radang Panggul (PRP) terjadi sesudah perempuan dengan IMS menggunakan AKDR. PRP dapat menyebabkan infertilitas.
- (f) Diperlukan prosedur medis, termasuk pemeriksaan pelvik dalam pemasangan AKDR.
- (g) Ada sedikit nyeri dan spotting terjadi segera setelah pemasangan AKDR, tetapi biasanya menghilang dalam 1-2 hari.
- (h) Klien tidak dapat melepas sendiri AKDR (harus dilepaskan oleh petugas kesehatan terlatih).
- (i) Kemungkinan AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui klien (sering terjadi bila AKDR dipasang segera setelah melahirkan).
- (j) Klien harus memeriksakan posisi benang AKDR dari waktu ke waktu dengan cara memasukkan jarinya ke dalam vagina.

Yang dapat menggunakan AKDR

- (a) Usia reproduktif.
- (b) Keadaan nulipara.
- (c) Menginginkan kontrasepsi jangka panjang.
- (d) Menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi.
- (e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui bayinya.
- (f) Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi.
- (g) Resiko rendah dari IMS.
- (h) Tidak menyukai metode hormonal.
- (i) Tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari.
- (j) Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari pasca persalinan.

Yang tidak boleh menggunakan AKDR

- (a) Sedang hamil (diketahui hamil atau kemungkinan hamil)
- (b) Perdarahan vagina yang tidak diketahui (sampai dapat dievaluasi)
- (c) Sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, servitis)
- (d) Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sedang menderita PRP atau abortus septic
- (e) Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim

Waktu pemasangan AKDR

- (a) Setiap saat selama 7 hari pertama menstruasi atau dalam siklus berjalan bila diyakini klien tidak hamil
- (b) Pasca persalinan (segera setelah melahirkan sampai 48 jam pertama atau setelah 4-6 minggu atau setelah 6 bulan menggunakan MAL
- (c) Pasca keguguran (segera atau selama 7 hari pertama) selama tidak ada komplikasi infeksi/ radang panggul

Adapun efek samping dan penanganannya menurut PPIBI (2016) yaitu sebagai berikut:

Tabel 7 Efek samping dan penanganan AKDR

(1) Perdarahan	(a) Lakukan evaluasi penyebab- penyebab perdarahan lainnya dan lakukan penanganan yang sesuai jika diperlukan (b) Jika tidak ditemukan penyebab lainnya, beri non steroid anti-inflamatori (NSAID, seperti ibuprofen) selama 5-7 hari.
(2) Kram atau nyeri	(1) Cari penyebab nyeri dan beri penanganan yang sesuai jika diperlukan. (2) Jika tidak ditemukan penyebab-penyebab lainnya berikan asetaminofen atau ibuprofen setiap hari pada beberapa hari pertama menstruasi.
(3) Keluhan benang	(a) Gunting benang sehingga tidak menonjol keluar dari mulut rahim (muara serviks) (b) Jelaskan bahwa benang AKDR tidak lagi keluar dari mulut rahim dan pasangannya tidak akan merasajuluran benang tersebut. (c) Buat dalam catatan klien bahwa benang telah dipotong rata setinggi dengan permukaan serviks (penting untuk teknik melepas AKDR nantinya.

g) Metode Keluarga Berencana Vasektomi

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin punya anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini. Efektifitas vasektomi :

- (1) Setelah masa pengosongan sperma dari vesikula seminalis maka kehamilan hanya terjadi pada 1/100 perempuan pada tahun pertama penggunaan.
- (2) Pada mereka yang tidak dapat memastikan masih adanya sperma pada ejakulat atau tidak patuh menggunakan kondom hingga 20 kali ejakulasi maka kehamilan terjadi pada 2-3/100 perempuan pada tahun pertama penggunaan.
- (3) Selama 3 tahun penggunaan, terjadi sekitar 4 kehamilan/100 perempuan.

Manfaat non kontraseptif vasektomi

- (1) Hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka panjang
- (2) Tinggi tingkat rasio efisiensi biaya dan lamanya penggunaan kontrasepsi.

Keterbatasan Vasektomi

- (1) Permanen dan timbul masalah bila klien menikah lagi.
- (2) Bila tak siap ada kemungkinan penyesalan di kemudian hari
- (3) Resiko dan efek samping pembedahan kecil.
- (4) Ada nyeri/rasa tak nyaman pasca bedah
- (5) Perlu tenaga pelaksana terlatih
- (6) Tidak melindungi klien terhadap PMS

h) Alat kontrasepsi Tubektomi

Adalah metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi. Efektivitas tubektomi :

- (1) Kurang dari 1 kehamilan per 100 (5/1000) perempuan pada tahun pertama penggunaan.
- (2) Pada 10 tahun penggunaan, terjadi sekitar 2 kehamilan per 100 perempuan (18-19 per 1000 perempuan).
- (3) Efektivitas kontrasepsi terkait juga dengan teknik tubektomi (penghambatan atau oklusi tuba). Tetapi secara keseluruhan efektivitas tubektomi cukup tinggi dibandingkan metode kontrasepsi lainnya.

Keuntungan kontrasepsi tubektomi

- (1) Langsung efektif
- (2) Masa reproduktif wanita terbatas: seorang pria dapat mempertahankan kesuburannya selama bertahun-tahun dan memiliki lebih banyak kesempatan untuk menyesali keputusan menjalani tubektomi.

Kerugian kontrasepsi tubektomi

Tubektomi wanita memiliki resiko morbiditas dan mortalitas operasi :

- (1) Tubektomi tidak selalu dapat dipulihkan
- (2) Tubektomi merupakan metode kontrasepsi alternatif yang lebih rumit yang memerlukan penyediaan fasilitas khusus dan petugas terlatih.
- (3) Tubektomi tidak segera efektif, dan kontrasepsi lain harus digunakan sampai diperoleh hasil hitung sperma negatif 2 kali berturut-turut.

7. Konsep Teori Covid-19

a. Pengertian Covid-19

Pandemi Covid merupakan keluarga besar virus yang menyebabkan penyakit pada manusia dan hewan. Pada manusia biasanya menyebabkan penyakit infeksi saluran pernapasan, mulai flu biasa hingga penyakit yang serius seperti *Middle East Respiratory Syndrome* (MERS) dan Sindrom Pernapasan Akut Berat/ *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS). Penyakit ini terutama menyebar di antara orang-orang melalui tetesan pernapasan dari batuk dan bersin. Virus ini dapat tetap bertahan hingga tiga hari dengan plastik dan stainless steel SARS CoV-2 dapat bertahan hingga tiga hari atau dalam aerosol selama tiga jam. Virus ini juga telah ditemukan di feses, tetapi hingga Maret 2020 tidak diketahui apakah penularan melalui feses mungkin, dan risikonya diperkirakan rendah.

b. Karakteristik Epidemiologi

Menurut Safrizal dkk, (2020) karakteristik epidemiologi meliputi beberapa hal:

1) Orang dalam pemantauan

Seseorang yang mengalami gejala demam ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) atau memiliki riwayat demam atau ISPA tanpa pneumonia. Selain itu seseorang yang memiliki riwayat perjalanan ke negara yang terjangkit pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala juga dikategorikan sebagai dalam pemantauan.

2) Pasien dalam pengawasan

Seseorang yang mengalami memiliki riwayat perjalanan ke negara yang terjangkit pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala-gejala covid-19 dan seseorang yang mengalami gejala-gejala, antara lain demam ($>38^{\circ}\text{C}$); batuk, pilek, dan radang tenggorokan, pneumonia ringan hingga berat berdasarkan gejala klinis dan/atau gambaran

radiologis; serta pasien dengan gangguan sistem kekebalan tubuh (immunocompromised) karena gejala dan tanda menjadi tidak jelas.

Seseorang dengan demam $>38^{\circ}\text{C}$ atau ada riwayat demam atau ISPA ringan sampai berat dan pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala, memiliki salah satu dari paparan berikut: Riwayat kontak dengan kasus konfirmasi Covid-19, bekerja atau mengunjungi fasilitas kesehatan yang berhubungan dengan pasien konfirmasi Covid-19, memiliki riwayat perjalanan ke wilayah endemik, memiliki sejarah kontak dengan orang yang memiliki riwayat perjalanan pada 14 hari terakhir ke wilayah endemik.

c. Mekanisme Penularan

Covid-19 paling utama ditransmisikan oleh tetesan aerosol penderita dan melalui kontak langsung. Aerosol kemungkinan ditransmisikan ketika orang memiliki kontak langsung dengan penderita dalam jangka waktu yang terlalu lama. Konsentrasi aerosol di ruang yang relatif tertutup akan semakin tinggi sehingga penularan akan semakin mudah.

d. Karakteristik Klinis

Menurut Safrizal dkk, (2020) berdasarkan penyelidikan epidemiologi saat ini, masa inkubasi Covid-19 berkisar antara 1 hingga 14 hari, dan umumnya akan terjadi dalam 3 hingga 7 hari. Demam, kelelahan dan batuk kering dianggap sebagai manifestasi klinis utama. Gejala seperti hidung tersumbat, pilek, pharyngalgia, mialgia dan diare relatif jarang terjadi pada kasus yang parah, dispnea dan / atau hipoksemia biasanya terjadi setelah satu minggu setelah onset penyakit, dan yang lebih buruk dapat dengan cepat berkembang menjadi sindrom gangguan pernapasan akut, syok septik, asidosis metabolik sulit untuk dikoreksi dan disfungsi perdarahan dan batuk serta kegagalan banyak organ, dll. Pasien dengan penyakit parah atau kritis mungkin mengalami demam sedang hingga rendah, atau tidak ada demam sama sekali. Kasus ringan hanya hadir dengan sedikit demam, kelelahan ringan dan sebagainya tanpa

manifestasi pneumonia. Dari kasus yang ditangani saat ini, sebagian besar pasien memiliki prognosis yang baik. Orang tua dan orang-orang dengan penyakit kronis yang mendasari biasanya memiliki prognosis buruk sedangkan kasus dengan gejala yang relatif ringan sering terjadi pada anak-anak. Beberapa gejala yang mungkin terjadi, antara lain:

1) Penyakit Sederhana (ringan)

Pasien-pasien ini biasanya hadir dengan gejala infeksi virus saluran pernapasan bagian atas, termasuk demam ringan, batuk (kering), sakit tenggorokan, hidung tersumbat, malaise, sakit kepala, nyeri otot, atau malaise. Tanda dan gejala penyakit yang lebih serius, seperti dispnea, tidak ada. Dibandingkan dengan infeksi HCoV sebelumnya, gejala non-pernapasan seperti diare sulit ditemukan.

2) Pneumonia Sedang

Gejala pernapasan seperti batuk dan sesak napas (atau takipnea pada anak-anak) hadir tanpa tanda-tanda pneumonia berat.

3) Pneumonia Parah

Demam berhubungan dengan dispnea berat, gangguan pernapasan, takipnea (> 30 napas / menit), dan hipoksia ($SpO_2 < 90\%$ pada udara kamar). Namun, gejala demam harus ditafsirkan dengan hati-hati karena bahkan dalam bentuk penyakit yang parah, bisa sedang atau bahkan tidak ada. Sianosis dapat terjadi pada anak-anak. Dalam definisi ini, diagnosis merupakan klinis, dan pencitraan radiologis digunakan untuk mengecualikan komplikasi.

4) Sindrom Gangguan Pernapasan Akut (ARDS)

Diagnosis memerlukan kriteria klinis dan ventilasi. Sindrom ini menunjukkan kegagalan pernapasan baru-awal yang serius atau memburuknya gambaran pernapasan yang sudah diidentifikasi. Berbagai bentuk ARDS dibedakan berdasarkan derajat hipoksia.

e. Pencegahan Penularan COVID-19

Menurut Kemenkes RI (2020) pencegahan penularan Covid-19 meliputi:

1) Sering-sering mencuci tangan

Sekitar 98 persen penyebaran penyakit bersumber dari tangan. Mencuci tangan hingga bersih menggunakan sabun dan air mengalir efektif membunuh kuman, bakteri, dan virus, termasuk virus corona. Pentingnya menjaga kebersihan tangan membuat memiliki risiko rendah terjangkit berbagai penyakit.

2) Hindari menyentuh area wajah

Virus corona dapat menyerang tubuh melalui area segitiga wajah, seperti mata, mulut, dan hidung. Area segitiga wajah rentan tersentuh oleh tangan, sadar atau tanpa disadari. Sangat penting menjaga kebersihan tangan sebelum dan sesudah bersentuhan dengan benda atau bersalaman dengan orang lain.

3) Hindari berjabat tangan dan berpelukan

Menghindari kontak kulit seperti berjabat tangan mampu mencegah penyebaran virus corona. Untuk saat ini menghindari kontak merupakan cara terbaik. Tangan dan wajah bisa menjadi media penyebaran virus corona.

4) Jangan berbagi barang pribadi

Virus corona mampu bertahan di permukaan hingga tiga hari. Penting untuk tidak berbagi peralatan makan, sedotan, handphone dan sisir. Gunakan peralatan sendiri demi kesehatan dan mencegah terinfeksi virus corona.

5) Etika ketika bersin dan batuk

Satu di antara penyebaran virus corona bisa melalui udara. Ketika bersin dan batuk, tutup mulut dan hidung agar orang yang ada di sekitar tidak terpapar percikan kelenjar liur. Lebih baik gunakan tisu untuk menutup mulut dan hidung di saat bersin atau batuk. Cuci tangan hingga bersih menggunakan sabun agar tidak ada kuman, bakteri, dan virus yang tertinggal di tangan.

6) Bersihkan perabotan di rumah

Tidak hanya menjaga kebersihan tubuh, kebersihan lingkungan tempat tinggal juga penting. Gunakan disinfektan untuk membersihkan perabotan yang ada di rumah. Bersihkan permukaan perabotan rumah yang rentan tersentuh, seperti gagang pintu, meja, furnitur, laptop, handphone, apa pun, secara teratur. Bisa membuat cairan disinfektan buatan sendiri di rumah menggunakan cairan pemutih dan air. Bersihkan perabotan rumah cukup dua kali sehari.

7) Jaga jarak sosial

Satu di antara pencegahan penyebaran virus corona yang efektif merupakan jaga jarak sosial. Pemerintah telah melakukan kampanye jaga jarak fisik atau *physical distancing*. Dengan menerapkan *physical distancing* ketika beraktivitas di luar ruangan atau tempat umum, sudah melakukan satu langkah mencegah terinfeksi virus corona. Jaga jarak dengan orang lain sekitar satu meter. Jaga jarak fisik tidak hanya berlaku di tempat umum, di rumah pun juga bisa diterapkan.

8) Hindari berkumpul dalam jumlah banyak

Pemerintah Indonesia bekerja sama dengan Kepolisian Republik Indonesia telah membuat peraturan untuk tidak melakukan aktivitas keramaian selama pandemik virus corona. Tidak hanya tempat umum, seperti tempat makan, wisata, gedung olah raga, tetapi tempat

ibadah saat ini harus mengalami dampak tersebut. Tindakan ini merupakan upaya untuk mencegah penyebaran virus corona. Virus corona dapat ditularkan melalui makanan, peralatan, hingga udara. Untuk saat ini, dianjurkan lebih baik melakukan aktivitas di rumah agar pandemik covid-19 cepat berlalu.

9) Mencuci bahan makanan

Selain mencuci tangan, mencuci bahan makanan juga penting dilakukan. Rendam bahan makanan, seperti buah-buah dan sayur-sayuran menggunakan larutan hidrogen peroksida atau cuka putih yang aman untuk makanan. Simpan di kulkas atau lemari es agar bahan makanan tetap segar ketika ingin dikonsumsi. Selain untuk membersihkan, larutan yang digunakan sebagai mencuci memiliki sifat antibakteri yang mampu mengatasi bakteri yang ada di bahan makanan.