

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Masalah Kasus

1. Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

Pengkajian dilakukan di Puskesmas Wirobrajan sejak pengambilan data awal pada tanggal 12 Desember 2022. Pengkajian tidak hanya dilakukan di Puskesmas Wirobrajan tetapi juga dilakukan melalui kunjungan rumah, dan juga secara *online* menggunakan *Whatsapp*. Jenis data yaitu data primer dari anamnesa dan pemeriksaan, serta data sekunder yang diperoleh melalui rekam medis dan buku KIA pasien.

a. Pengkajian tanggal 12 Desember 2022

Pada hari Senin, 12 Desember 2022 dilakukan pengkajian pertama kepada Ny. D Posyandu di RW 06 Patangpuluhan. Ny. D mengatakan saat ini memiliki 2 anak dan sedang hamil anak ke 3. Ny. D beralamat di Bugisan RT 31, RW 06, Patangpuluhan, Wirobrajan. Pendidikan terakhir Ny. D SMK dan sekarang bekerja sebagai wiraswasta. Suami Ny. D bernama Tn. T dengan pendidikan terakhir SMK dan sekarang bekerja sebagai buruh. Ny. D mengatakan ibu dan suami tidak memiliki pekerjaan sampingan.

Pada saat pengkajian kehamilan Ny. D hamil 34 minggu 6 hari dan mengatakan cemas karena kehamilannya dalam keadaan sungsang. Ny. D mengatakan ia pertama kali menstruasi itu pada usia 13 tahun, siklus menstruasi setiap bulannya 30 hari, dengan durasi setiap menstruasi yaitu 7 hari dengan ganti pembalut 3-4 kali dalam sehari, tidak merasakan nyeri pada saat menstruasi atau dismenore. Ny. D mengatakan Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) yaitu pada tanggal 13 April 2022 dan HPL (Hari Perkiraan Lahir) yaitu pada tanggal 20 Januari 2023.

Untuk pola nutrisi Ny. D mengatakan bahwa ia makan sehari 3x sehari dengan porsi sedang menggunakan nasi, lauk, dan sayur. Ny. D mengatakan minum sebanyak 8x sehari dengan air putih. Ny. D

mengatakan sehari BAB sebanyak 1 kali dengan tekstur padat lunak dan BAK sebanyak 5-6 kali dengan warna kuning jernih. Untuk pola *personal hygiene* Ny. D mengatakan mandi 2 kali sehari. Keramas 2 hari sekali. Ny. D menggunakan celana dalam berbahan katun.

Aktivitas sehari-sehari Ny. D yaitu berjualan. Jika di waktu senggang mengerjakan pekerjaan rumah seperti mencuci piring, menyapu, mengepel, dll. Ny. D mengatakan pada malam hari tidur pukul 10 malam bangun jam 5 pagi (tidur \pm 7 jam).

Dari data objektif didapatkan hasil bahwa keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TD: 120/85 mmHg, S: 36.5 °C, N: 84 x/menit, R: 20 x/menit, BB: 65 kg, TB: 151 cm, LLA: 29 cm, IMT: 25,87 kg/m² dengan status IMT normal. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan hasil bahwa konjungtiva tidak pucat berwarna merah, sklera berwarna putih, tidak ada sumbatan di hidung, gigi tidak ada yang berlubang, tidak ada sariawan, kedua telinga simetris, tidak ada pembengkakan limfe dan vena jugulari, tidak ada benjolan pada payudara, TFU 3 Jari bawah PX dengan bagian fundus teraba kepala, perut sebelah kiri teraba punggung, perut sebelah kanan teraba tangan dan kaki, bagian terendah janin teraba bokong. TFU Mc Donald 27 cm sehingga TBJ 2480 gram dan DJJ 143 x/menit. Refleks patella positif, kaki tidak bengkak dan tidak ada varises. Lalu didapatkan hasil laboratorium dengan hasil Haemoglobin 11.2 gr/dL, HbsAg : non reaktif, HIV : negatif, dan IMS : Non reaktif.

Berdasarkan pengkajian didapatkan analisa Ny. D Umur 33 Tahun G₃P₂Ab₀Ah₂ Umur Kehamilan 34 minggu 6 hari dengan Kehamilan Letak Sungsang. Masalah yang dihadapi oleh Ny. D adalah Ibu mengatakan cemas kehamilannya dalam keadaan sungsang. Berdasarkan pengkajian data objektif menunjukkan palpasi leopard bagian teratas janin teraba bulat, keras, melenting dan saat pemeriksaan DJJ punctum maximum berada di sebelah kiri atas pusat perut ibu. Selan itu, juga didapatkan dari hasil USG. Diagnosa kehamilan letak sungsang dapat di tegakkan melalui beberapa pemeriksaan yaitu pemeriksaan abdominal, denyut jantung janin,

pemeriksaan dalam, pemeriksaan sinar X dan Ultrasonografi.⁷ Untuk itu konseling yang tepat untuk Ny. D adalah posisi *Knee Chest*. Pada kasus ini diperlukan mengajarkan ibu *knee chest* sesuai dengan teori untuk penatalaksanaan kehamilan dengan letak sungsang. Langkah-langkah *knee chest* yaitu ibu dengan posisi menungging (seperti sujud), dimana : lutut dan dada menempel ada lantai, lutut sejajar dengan dada, lakukan 3-4 x/hari selama 15 menit, lakukan pada saat sebelum tidur, sesudah tidur, sebelum mandi dan selain itu juga telah melakukan posisi *knee chest* secara tidak langsung pada waktu melaksanakan sholat.⁸

b. Pengkajian tanggal 19 Januari 2023 (Melalui *Whatsapp*)

Ibu datang ke Puskesmas Wirobrajan untuk memeriksakan kehamilannya dikarenakan besok sudah HPL tetapi ibu belum ada tanda-tanda persalinan. Lalu dilakukan pemeriksaan dengan hasil tekanan darah 117/73 mmHg, berat badan 64,8 kg, gerakan janin aktif dan saat ini umur kehamilan ibu 39 minggu 6 hari. Sehingga diperoleh diagnosa Ny. D usia 33 tahun G₃P₂Ab₀Ah₂ usia kehamilan 39 minggu 6 hari dengan kehamilan normal. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberikan KIE pantau gerakan janin dan KIE tanda-tanda persalinan. Serta ibu minta untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi atau bila ada tanda-tanda persalinan.

c. Pengkajian tanggal 24 Januari 2023 (Melalui *Whatsapp*)

Ibu datang ke Puskesmas Wirobrajan untuk memeriksakan kehamilannya dikarenakan sampai saat ini belum ada tanda-tanda persalinan. Lalu dilakukan pemeriksaan dengan hasil tekanan darah 115/75 mmHg, berat badan 65,2 kg, gerakan janin aktif dan saat ini umur kehamilan ibu 40 minggu 4 hari. Sehingga diperoleh diagnosa Ny. D usia 33 tahun G₃P₂Ab₀Ah₂ usia kehamilan 40 minggu 4 hari dengan kehamilan *postdate*. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberikan edukasi kepada ibu terkait keadaan yang dialaminya saat ini, menganjurkan ibu untuk dirujuk ke Rumah Sakit Pratama atas indikasi *postdate* sehingga perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut untuk dilakukan tindakan sesuai dengan anjuran dokter, melakukan rujukan ke

rumah sakit dengan diagnosa Ny. D usia 33 tahun G₃P₂Ab₀Ah₂ usia kehamilan 40 minggu 4 hari dengan *postdate*, memberikan KIE tanda-tanda persalinan dan persiapan persalinan di rumah sakit mulai dari biaya, pakaian ibu dan bayi, transportasi yang digunakan, rumah sakit yang dituju, pendonor yaitu suami, serta menganjurkan ibu untuk mulai mendiskusikan dengan suami terkait penggunaan metode kontrasepsi setelah lahiran.

2. Asuhan Kebidanan pada Persalinan

Ibu datang ke Poli Obsgyn RS Pratama tanggal 26 Januari 2023 pukul 09.00 WIB sesuai dengan rujukan dari Puskesmas Wirobrajan dikarenakan ibu belum ada tanda-tanda persalinan tetapi kehamilan sudah lewat waktu. Saat ini ibu merasa belum ada kenceng-kenceng, pengeluaran lendir darah maupun air ketuban. Ibu makan terakhir pada 26 Januari 2023 pukul 07.00 WIB, BAB terakhir 26 Januari 2023 pukul 06.00 WIB, BAK terakhir 26 Januari 2023 pukul 07.30 WIB. Ibu merasa cemas akan dilakukan induksi persalinan. Saat ini umur kehamilan 40 minggu 6 hari. Sehingga diperoleh diagnosa Ny. D usia 33 tahun G₃P₂Ab₀Ah₂ usia kehamilan 40 minggu 6 hari dengan Kehamilan *postdate*. Lalu berdasarkan *advice* dokter ibu akan dilakukan tindakan induksi dikarenakan kehamilan *postdate*. Berdasarkan pengkajian data objektif, keadaan umum ibu baik. Induksi persalinan mulai dilakukan pada pukul 13.00 WIB menggunakan Infus RL + Oksitosin 10 IU. Setelah dilakukan induksi persalinan selama 3 jam denyut jantung janin meningkat >160 kali/menit sehingga dilakukan SC *emergency* dengan diagnosa Ny. D usia 33 tahun G₃P₂Ab₀Ah₂ usia kehamilan 40 minggu 6 hari *Postdate* dengan *Fetal Compromise* dan ibu diminta mulai berpuasa sejak pukul 16.00 WIB. Setelah itu ibu masuk ke ruang operasi pukul 20.30 WIB dan bayi lahir pada pukul 21.45 dengan jenis kelamin perempuan dan bayi langsung menangis, tonus otot baik, warna kulit kemerahan.

3. Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

a. Pengkajian melalui *WhatsApp* tanggal 26 Januari 2023 (Setelah Lahir)

Bayi Ny. D lahir tanggal 26 Januari 2023 pukul 21.45 WIB secara

Sectio Caesarea atas indikasi *fetal compromise*. Bayi Ny. D lahir langsung menangis, tonus otot baik, warna kulit kemerahan. Hasil pemeriksaan berdasarkan buku KIA diperoleh berat badan lahir 2910 gram, panjang badan 49 cm, dan lingkar kepala 35 cm. Pemeriksaan fisik bayi menunjukkan bayi dalam keadaan normal, tidak ada kelainan maupun kecacatan. Diperoleh diagnosa By. Ny. D usia 1 jam perempuan, cukup bulan, sesuai masa kehamilan, normal. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu melakukan pengisapan lendir, menjaga kehangatan bayi, IMD, pemberian salep mata pada mata kanan dan mata kiri, injeksi vitamin K 1 mg secara IM pada paha kiri 1/3 bagian luar, dan imunisasi Hb 0. Selanjutnya, dilakukan perawatan dan observasi di ruang perinatal selama kurang lebih 6 jam, setelah bayi dalam kondisi stabil dilakukan rawat gabung bersama Ny. D di ruangan nifas.

b. Pengkajian melalui *WhatsApp* tanggal 27 Januari 2023 (KN I)

Ibu mengatakan bayinya di rawat gabung, sudah BAB dan BAK, bayi tidak rewel, bayi mau menyusui. Hasil pemeriksaan bayi dalam keadaan sehat dan tidak ada keluhan, tali pusat dalam kondisi bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi. Diperoleh diagnosa By. Ny. D usia 1 hari perempuan, cukup bulan, sesuai masa kehamilan, normal. Penatalaksanaan yang dilakukan adalah memberi konseling ibu untuk menjaga kehangatan bayinya, menganjurkan ibu dianjurkan lebih sering menyusui anaknya, menyusui dengan ASI agar kekebalan bayi terus bertambah, memberikan konseling ibu tentang perawatan tali pusat, memberitahu ibu tanda bahaya bayi baru lahir. Memberitahu ibu untuk melakukan kontrol ulang pada 4 Februari 2023.

c. Pengkajian tanggal 2 Februari 2023 (KN II)

Ibu mengatakan melakukan kontrol bayinya di rumah sakit, saat ini bayinya tidak ada keluhan, menyusui dengan kuat. Hasil pemeriksaan bayi dalam keadaan sehat, saat ini berat badan bayi 3120 gram, PB 49 cm, N 138 x/mnt, pernafasan 44 x/mnt, dan tali pusat sudah terlepas seluruhnya, tidak ada tanda-tanda infeksi. Diperoleh diagnosa By. Ny. D usia 7 hari

perempuan, cukup bulan, sesuai masa kehamilan, normal. Penatalaksanaan yang dilakukan adalah memberi konseling ibu untuk menjaga kehangatan bayinya, menganjurkan ibu dianjurkan lebih sering menyusui anaknya, menyusui dengan ASI agar kekebalan bayi terus bertambah, KIE terkait ASI eksklusif, *personal hygiene* bayi, dan memberitahu ibu untuk melakukan kontrol ulang 2-3minggu lagi atau bila ada keluhan

d. Pengkajian tanggal 25 Februari 2023 (KN III)

Dilakukan kunjungan rumah pada tanggal 25 Februari 2023, Ibu mengatakan tidak ada keluhan dan bayinya sehat serta bayi sudah melakukan imunisasi BCG pada 22 Februari 2023. Hasil pemeriksaan saat imunisasi BCG yaitu bayi dalam keadaan sehat, saat ini berat badan bayi 3950 gram, PB 50 cm, N 142 x/mnt, pernafasan 48 x/mnt, suhu 37,0 °C ,dan tali pusat sudah terlepas seluruhnya. Diperoleh diagnosa By. Ny. D usia 27 hari perempuan, cukup bulan, sesuai masa kehamilan, normal. Ibu dimotivasi untuk memberikan ASI eksklusif. Dalam mempertahankan produksi ASI, ibu dianjurkan kelola stress, jaga kesehatan, makan makanan gizi seimbang dan istirahat cukup. Asuhan dasar bayi muda yang diberikan adalah motivasi jaga kehangatan, KIE tanda bahaya, pemenuhan imunisasi dasar dan anjuran timbang BB secara rutin. Ibu diberi penjelasan bahwa BB bayi sudah sesuai grafik KMS pada buku KIA.

4. Asuhan Kebidanan pada Nifas

a. Pengkajian melalui *Whatsapp* tanggal 27 Januari 2023 (KF I)

Ibu mengatakan saat ini sudah mulai mencoba miring kiri dan kanan serta mencoba duduk, luka jahitan masih terasa nyeri. Hasil pemeriksaan di rumah sakit menunjukkan bahwa ibu dalam kondisi baik dan sehat, ASI sudah keluar, perut teraba keras, dan pengeluaran darah dirasa normal. Diperoleh diagnosa Ny. D usia 33 tahun P₃A₀Ah₃ post *sectio caesarea* 12 jam normal dengan KB Pascasalin MOW. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberikan KIE pada ibu tentang perawatan luka jahitan, kebersihan diri dan daerah kewanitaan, menjaga kehangatan bayi, memberikan ASI eksklusif agar tercipta bonding yang baik antara ibu dan

bayi, pemenuhan nutrisi selama masa nifas, pemenuhan kebutuhan istirahat selama masa nifas serta tanda-tanda bahaya nifas.

b. Pengkajian melalui *Whatsapp* tanggal 2 Februari 2023 (KF II)

Ibu mengatakan melakukan kontrol jahitannya di rumah sakit, saat ini sudah tidak mules dan nyeri luka jahit hanya sedikit. Hasil pemeriksaan data objektif menunjukkan bahwa keadaan umum Ny. D baik, kesadaran *compos mentis*, tekanan darah 112/78 mmHg, nadi 84 kali/menit, pernafasan 20 kali/menit, dan suhu 36,5 °C. Pemeriksaan ibu menunjukkan pada mata sklera putih, konjungtiva merah muda, pada payudara tidak teraba bendungan ASI, puting tidak lecet, dan terdapat pengeluaran ASI. Pada pemeriksaan abdomen menunjukkan TFU pertengahan simpisis-pusat dan luka jahitan ibu sudah kering serta diganti perban anti air. Untuk pemeriksaan lochea sanguinolenta batas normal. Sehingga diperoleh diagnosa Ny. D usia 33 tahun P₃A₀Ah₃ post *sectio caesarea* hari ke-7 normal KB Pascasalin MOW. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu KIE *personal hygiene*, KIE nutrisi, KIE pola istirahat, KIE teknik menyusui, dan KIE tanda bahaya nifas.

c. Pengkajian tanggal 25 Februari 2023 (KF III)

Dilakukan kunjungan rumah pada tanggal 25 Februari 2023, Ibu mengatakan saat ini dalam keadaan sehat dan tidak ada keluhan. Hasil pemeriksaan data objektif menunjukkan bahwa keadaan umum Ny. I baik, kesadaran *compos mentis*, tekanan darah 106/78 mmHg, nadi 76 kali/menit, pernafasan 20 kali/menit, dan suhu 36,5 °C. Pemeriksaan ibu menunjukkan pada mata sklera putih, konjungtiva merah muda, pada payudara tidak teraba bendungan ASI, puting tidak lecet, dan terdapat pengeluaran ASI. Pada pemeriksaan abdomen menunjukkan TFU tidak teraba. Sehingga diperoleh diagnosa Ny. D usia 33 tahun P₃A₀Ah₃ post *sectio caesarea* hari ke-27 normal KB Pascasalin MOW. Tata laksana yang diberikan adalah menyampaikan hasil pemeriksaan, memberikan dukungan ibu untuk pemberian ASI eksklusif. Ibu dianjurkan tetap menjaga pola makan gizi seimbang, personal hygiene, kelola stress dan menjaga

pola istirahat. Ibu diberikan KIE tanda bahaya ibu nifas. Pada masa ini, ibu mulai diberikan informasi waktu untuk memulainya hubungan seksual setelah nifas.

d. Pengkajian melalui *Whatsapp* tanggal 4 Maret 2023 (KF IV)

Ibu mengatakan tidak ada keluhan. Ibu mengatakan darah nifas berhenti, tidak ada pengeluaran cairan dari jalan lahir. ASI sudah lancar dan tidak ada masalah menyusui. Pada pengkajian KB, ibu mengatakan sudah melakukan MOW saat proses *sectio caesarea*. Data objektif didapatkan tanda-tanda vital dalam batas normal, fundus uteri sudah tidak teraba, dan pengeluaran pervaginam berwarna putih. Analisa kasus ini adalah Ny. D usia 29 tahun P₃A₀Ah₃ post *sectio caesarea* hari ke 37 normal KB Pascasalin MOW. Tata laksana yang diberikan adalah memberikan dukungan ibu untuk pemberian ASI eksklusif. Ibu dianjurkan tetap menjaga pola makan gizi seimbang, personal hygiene, kelola stress dan menjaga pola istirahat.

5. Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana

Pengkajian pada tanggal 4 Maret 2023 melalui *WhatsApp*, ibu mengatakan sudah melakukan MOW saat proses *sectio caesarea* dikarenakan ibu sudah tidak ingin hamil lagi setelah ini. Ibu juga sudah melakukan kontrol 1 minggu pasca SC.

B. Kajian Teori

1. Asuhan Berkesinambungan (*Continuity of Care*)

Continuity of care dalam kebidanan merupakan serangkaian kegiatan pelayanan berkesinambungan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, serta keluarga berencana.⁹ Kemenkes RI menyatakan bahwa asuhan kebidanan berkelanjutan terdiri dari pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan, dan masa sesudah melahirkan, penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi, serta pelayanan kesehatan seksual diselenggarakan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara menyeluruh terpadu dan

berkesinambungan. *Continuity of care* yang dilakukan oleh bidan pada umumnya berorientasi untuk meningkatkan kesinambungan pelayanan dalam suatu periode.

Continuity of care memiliki 3 jenis pelayanan yaitu manajemen, informasi dan hubungan. Kesinambungan manajemen melibatkan komunikasi antar perempuan dan bidan. Kesinambungan informasi menyangkut ketersediaan waktu yang relevan. Kedua hal tersebut penting untuk mengatur dan memberikan pelayanan kebidanan.⁹ Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan dari bidan hampir 8 kali lipat lebih besar untuk melakukan persalinan di bidan yang sama. Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan oleh bidan melaporkan kepuasan lebih tinggi terkait informasi, saran, penjelasan, tempat persalinan, persiapan persalinan, pilihan untuk menghilangkan rasa sakit dan pengawasan oleh bidan. Penelitian di Denmark memiliki kesamaan hasil penelitian bahwa dengan *Continuity of care* mendapatkan pengalaman yang membaik, mengurangi morbiditas maternal, mengurangi penggunaan intervensi pada saat persalinan termasuk operasi *Caesar*, meningkatkan jumlah persalinan normal dibandingkan dengan perempuan yang merencanakan persalinan dengan tindakan. Hasil yang signifikan secara *continuity of care* secara *women center* meliputi dukungan, partisipasi dalam pengambilan keputusan, perhatian terhadap psikologis, kebutuhan dan harapan pada saat akan melahirkan, informasi dan menghargai perempuan.¹⁰

2. Kehamilan

a. Konsep Dasar Kehamilan

1) Definisi Kehamilan

Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dapat dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam tiga trimester, dimana dalam trimester pertama berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15

minggu (minggu ke-13 hingga ke-27) dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40).¹¹ Umur kehamilan dibagi menjadi 3 yaitu :

- a) Trimester I (usia kehamilan 0-12 minggu)
- b) Trimester II (usia kehamilan 13-24 minggu)
- c) Trimester III (usia kehamilan 25 minggu sampai melahirkan)

2) Etiologi

Bertemunya sel sperma laki-laki dan sel ovum matang dari wanita yang kemudian terjadi pembuahan, proses inilah yang mengawali suatu kehamilan. Terjadinya suatu kehamilan harus ada sperma, ovum, pembuahan ovum (konsepsi), implantasi (*nidasi*) yaitu perlekatan embrio pada dinding rahim, hingga *plasentasi* / pembentukan plasenta. Dalam proses pembuahan, dua unsur penting yang harus ada yaitu sel telur dan sel sperma. Sel telur diproduksi oleh indung telur atau ovarium wanita, saat terjadi ovulasi seorang wanita setiap bulannya akan melepaskan satu sel telur yang sudah matang, yang kemudian ditangkap oleh rumbai – rumbai (*microfilamen fimbria*) dibawa masuk ke rahim melalui saluran telur (*tuba fallopi*), sel ini dapat bertahan hidup dalam kurun waktu 12-48 jam setelah ovulasi.

Berbeda dengan wanita yang melepaskan satu sel telur setiap bulan, hormon pria *testis* dapat terus bekerja untuk menghasilkan sperma. Saat melakukan senggama (*coitus*), berjuta-juta sel sperma (*spermatozoon*) masuk ke dalam rongga rahim melalui saluran telur untuk mencari sel telur yang akan di buahi dan pada akhirnya hanya satu sel sperma terbaik yang bisa membuahi sel telur.¹¹

3) Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda-tanda bahaya kehamilan adalah tanda-tanda yang mengindikasikan adanya bahaya yang dapat terjadi selama kehamilan atau periode antenatal, yang apa bila tidak dilaporkan atau tidak terdeteksi bisa menyebabkan kematian ibu.¹³

- a) Sakit kepala yang hebat

- b) Masalah penglihatan
 - c) Bengkak pada muka dan tangan
 - d) Nyeri abdomen yang hebat
 - e) Gerakan janin berkurang
 - f) Perdaham Pervagina
 - g) Perdaham Pervagina
- 4) Komplikasi Kehamilan

Komplikasi kehamilan merupakan penyebab langsung kematian maternal. Komplikasi kehamilan yang sering terjadi yaitu :¹⁴

a) Anemia

Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan keadaan hemoglobin dibawah $< 11\text{gr/dL}$. Anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi dan perdarahan akut bahkan tak jarang keduanya saling berinteraksi. Anemia dapat menyebabkan perdarahan pada waktu persalinan dan nifas, BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah yaitu kurang dari 2500gram).

b) Abortus

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan. WHO IMPAC menetapkan batas usia kehamilan kurang dari 22 minggu, namun beberapa acuan terbaru menetapkan batas usia kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500mg.

c) Kehamilan Ektopik Terganggu

Kehamilan ektopik adalah kehamilan yang terjadi di luar rahim (uterus). Penegakan diagnosis dibantu dengan pemeriksaan USG.

d) Mola hidatidosa

Mola hidatidosa adalah bagian dari penyakit trofoblastik gestasional, yang disebabkan oleh kelainan pada villi khorionik yang disebabkan oleh proliferasi trofoblastik dan edem.

e) Hiperemesis Gravidarum

Hiperemesis gravidarum adalah mual dan muntah berlebihan pada

wanita hamil sampai mengganggu pekerjaan sehari-hari karena pada umumnya menjadi buruk karena terjadi dehidrasi.

f) IUFD (Intra Uterine Fetal Death)

Menurut WHO dan The American College of Obstetricians and Gynecologists yang disebut kematian janin adalah janin yang mati dalam rahim dengan berat badan 500 gram atau lebih atau kematian janin dalam rahim pada kehamilan 20 minggu atau lebih. Kematian janin merupakan hasil akhir dari gangguan pertumbuhan janin, gawat janin, atau infeksi.

g) Plasenta previa

Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat abnormal yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir.

h) Solusio Plasenta

Solusio plasenta (abruptio plasenta) adalah lepasnya sebagian atau seluruh plasenta dimana pada keadaan normal implantasinya di atas 22 minggu dan sebelum lahirnya anak.

i) Preeklamsia dan Eklamsia

Tanda khas preeklamsia adalah tekanan darah yang tinggi, ditemukannya protein dalam urin dan pembengkakan jaringan (edema) selama trimester kedua kehamilan. Terjadi nyeri kepala, muntah, gangguan penglihatan, dan kemudian anuria. Pada stadium akhir dan paling berat terjadi eklamsia, pasien akan mengalami kejang.

j) Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan mulai dan setelah ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian ketuban pecah dini terjadi pada kehamilan aterm lebih dari 37 minggu sedangkan kurang dari 36 minggu tidak terlalu banyak.

3. Kehamilan dengan Letak Sungsang

a. Definisi Kehamilan Letak Sungsang

Letak sungsang adalah letak janin yang memanjang dengan bokong sebagai bagian yang terendah (presentasi bokong). Presentasi bokong adalah janin letak memanjang dengan bagian terendahnya bokong, kaki atau kombinasi keduanya.¹¹

b. Macam-macam Letak Sungsang

Letak sungsang dapat dibagi menjadi:¹⁵

1) Letak Bokong (*Frank Breech*)

Letak dengan dua tungkai terangkat ke atas.

2) Letak Sungsang Sempurna (*Complete Breech*)

Letak bokong dimana kedua kaki ada disamping bokong.

3) Letak Sungsang Tidak Sempurna

Dimana selain bokong bagian terendahnya juga terdapat kaki / lutut yang terdiri dari:

a) Kedua kaki : Letak kaki sempurna

b) Satu kaki : Letak kaki sempurna

c) Kedua lutut : Letak lutut sempurna

d) Satu lutut : Letak lutut tidak sempurna

c. Etiologi Kehamilan Letak Sungsang

Beberapa etiologi dari posisi letak sungsang adalah sebagai berikut:¹⁵

1) Prematuris karena bentuk rahim relatif kurang lonjong, jumlah air ketuban masih banyak, dan ukuran kepala anak relatif besar.

2) Hidramnion sehingga anak mudah bergerak.

3) Plasenta previa karena menghalangi turunnya kepala ke dalam pintu atas panggul.

4) Bentuk rahim yang abnormal, seperti uterus bikornis.

5) Panggul sempit.

6) Kelainan bentuk kepala, yaitu hidrocefalus dan anensefalus karena kepala kurang sesuai dengan bentuk pintu atas panggul.

d. Diagnosis Kehamilan Letak Sungsang

Diagnosa kehamilan letak sungsang dapat di tegakkan melalui beberapa pemeriksaan yaitu :⁷

1) Pemeriksaan abdomminal

- a) Letaknya adalah memanjang
- b) Diatas panggul teraba massa lunak, irreguler dan tidak terasa seperti kepala, di curigai adalah bokong. Pada presentasi bokong murni otot-otot paha terengang di atas tulang-tulang di bawahnya, memberikan gambaran keras menyerupai kepala dan menyebabkan kesalahan diagnosa.
- c) Punggung ada di sebelah kanan dekat garis tengah. Bagianbagian kecil ada disebelah kiri. Jauh dari garis tengah dan belakang.
- d) Kepala teraba difundus uteri, mungkin kepala sukar di raba bila kepala ada di bawah hepar atau iga-iga. kepala lebih keras dan lebih bulat dari pada bokong dan kadang- kadang dapat dipantulkan (ballottement). Kalau di fundus uteri taraba masa yang dapat dipantulkan, harus dicurigai presentasi bokong.
- e) Benjolan kepala tidak ada dan bokong tidak dapat dipantulkan.

2) Denyut jantung janin

Denyut janin terdengar paling keras pada atau diatas umbilikus dan pada sisi yang sama dengan punggung pada RSA (Right Sacrum Anterior) denyut jantung janin terdengar paling keras di kuadran kanan atau perut ibu. Kadang-kadang denyut jantung janin terdengar dibawah umbilikus, dalam hal ini banyak diagnosa yang dibuat dengan palpasi jangan dirubah oleh sebab itu denyut jantung janin terdengar tidak ditempat biasa.

3) Pemeriksaaan dalam

- a) Bagian terendah teraba tinggi
- b) Tidak teraba kepala yang keras, rata dan teratur dengan garisgaris sutura dan fontanella. Hasil pemeriksaan negatif ini menunjukkan adanya mal presentasi.

- c) Bagian terendahnya teraba lunak dan ireguler. Anus dan tuber ishiadicum terletak pada satu garis. Bokong tidak teraba, yang teraba hanya bagian muka.
- d) Kadang-kadang pada presentasi bokong murni sacrum tertarik dibawah dan teraba oleh jari-jari pemeriksian, hanya dapat teraba bagian kepala seperti tulang yang keras.
- e) Sacrum ada di kuadran kanan dan panggul dan daimeter bitrochanteria ada pada diameter obliqua kanan.
- f) Kadang-kadang teraba kaki dan harus dibedakan dengan tangan.

4) Ultrasonografi

Pemeriksaan seksama dengan ultrasonografi akan memastikan letak janin yang tidak normal. Letak sungsang dikenal pula dengan istilah kelahiran bokong dengan empat kemungkinan. Kemungkinan pertama, ditemukan bokong sempurna atau bokong kaki, jika kedua tungkai terlipat didepan perut. Kedua, bokong murni, kalau kedua tungkai menekuk lurus kearah depan tubuh hingga bekerja sebagai badai mengurangi kebebasan gerak lahir. Terakhir, bokong lutut, satu atau dua lutut menghadap jalan lahir.

e. Faktor yang Mempengaruhi Kehamilan Letak Sungsang

Faktor-faktor penyebab letak sungsang dapat berasal dari :¹⁶

1) Faktor ibu

a) Keadaan rahim

(1)Rahim arkuatus

Pada fundus uteri tampak cekungan yang ke dalam diteruskan menjadi sub-septum. Merupakan kelainan yang relatif lebih ringan dari pada kelainan uterus septus dan uterus bikornis. Uterus arkuatus sering dianggap sebagai variasi normal saja.

(2)Septum pada rahim

Ini kondisi di mana bagian dalam rahim wanita dibagi oleh dinding otot atau jaringan ikat fibrosa (septum). Septum bahkan dapat memanjang hingga ke dalam rahim (septum parsial) atau

serviks (septum lengkap). Septum parsial lebih umum daripada septum lengkap. Rahim yang berbentuk memanjang (septum uterus) juga dapat membuat janin sulit berputar, sehingga janin berpeluang dalam posisi sungsang.

(3) Uterus dupleks

Uterus dupleks adalah kondisi saat uterus lain ikut membesar karena lapisan otot kurang tebal. Kondisi uterus dupleks dapat menyebabkan ruptura uteri dan kelemahan his. Permasalahn ini akan diikuti sulitnya proses persalinan pada wanita.

(4) Mioma pada kehamilan

(5) Mioma dapat mengganggu kehamilan dengan dampak berupa kelainan letak bayi dan plasenta, terhalangnya jalan lahir, kelemahan pada saat kontraksi rahim, pendarahan yang banyak setelah melahirkan dan gangguan pelepasan plasenta, bahkan bisa menyebabkan keguguran.

b) Keadaan plasenta

(1) Plasenta letak rendah

Plasenta letak rendah adalah sebuah kondisi yang menggambarkan bahwa plasenta terletak pada bagian bawah rahim, atau di bagian samping atau menutup rahim.

(2) Plasenta previa

Akibat adanya plasenta previa atau ari – ari berada di segmen bawah dari ruang rahim, menyebabkan ruang bawah tersebut menjadi sempit dan bayi akan sulit berotasi akibat lasenta previa tersebut, sehingga posisi bayi akan tetap sungsang.

c) Keadaan jalan lahir

(1) Kesempitan panggul

(2) Deformitas tulang panggul Ketidakseimbangan berbagai kelompok otot yang disebabkan oleh disfungsi saraf, atau akibat cacat kongenital yang terjadi pada tulang panggul. Hal tersebut

dapat menyebabkan bayi sungsang.

(3) Terdapat tumor menghalangi jalan lahir dan perputaran ke kepala ke posisi normal

2) Faktor janin

Pada janin terdapat berbagai keadaan yang menyebabkan letak sungsang yaitu :

a) Tali pusat pendek atau lilitan tali pusat

Ukuran tali pusat yang pendek akan membuat bayi sulit bergerak atau berputar ketika masuk ke masa persalinan. Bayi akan merasa terikat dengan ukuran ini sehingga ketika seharusnya bayi berputar ke arah panggul, namun tidak bisa terjadi. Beberapa kondisi tali pusat yang terlilit pada janin juga bisa mengakibatkan kelahiran prematur. Kelahiran sungsang bisa membuat bayi menerima resiko terlilit tali pusat yang lebih besar. Karena itu kelahiran sungsang biasanya akan membutuhkan bidan atau dokter yang sudah ahli. Jika bayi terlilit tali pusat maka bisa menyebabkan resiko kematian bayi saat persalinan juga semakin tinggi. Ibu hamil harus bersiap menghadapi bahaya melahirkan bayi sungsang. Komplikasi masalah tali pusat memang menjadi penyebab bayi sungsang dalam kandungan.

b) Hidrocephalus atau anensefalus.

Hidrocephalus adalah penyakit yang terjadi akibat gangguan aliran cairan di dalam otak (cairan serebro spinal) atau akumulasi cairan serebrospinal dalam ventrikel serebral, ruang subarahnoid, atau ruang subdural. Sedangkan Anensefalus adalah suatu keadaan dimana sebagian besar tulang tengkorak dan otak tidak terbentuk. Dua kondisi tersebut dapat membuat janin sulit untuk merubah posisi kepala sehingga menjadi sungsang.

c) Kehamilan kembar

Pada kehamilan kembar, biasanya cairan amnion (air ketuban) berjumlah banyak, sehingga memungkinkan bayi saling berotasi

sehingga menyebabkan bisa terjadinya posisi sungsang.

d) Hidramion atau oligohidramion

Polihidramnion atau biasa di singkat hidramnion, merupakan keadaan dimana air ketuban yang berlebih, biasanya lebih dari 2 liter, jika terjadi kelebihan air ketuban, maka didalam rahim yang berbentuk ruang atau kantung tersebut posisi bayi ibarat akan semakin longgar dengan kelebihan cairan ketuban. Akibatnya ruang yang terlalu besar atau longgar tersebut akan mudah atau memberikan kesempatan pada janin untuk berputar dan bergerak ke segala arah. Salah satu dampaknya adalah janin berputar menjadi posisi sungsang.

e) Prematuritas

Akibat ukuran janin yang kecil sementara ukuran uterus adalah normal sehingga memungkinkan janin berotasi pada keadaan ruang yang sedang longgar tersebut akibatnya kepala janin bisa saja berada di atas dan bokong janin berada di bawah dan disebut sungsang.

f. Komplikasi Kehamilan Letak Sungsang

Posisi janin sungsang tentunya dapat mempengaruhi proses persalinan. Proses persalinan yang salah jelas menimbulkan resiko, seperti hipoksia sebagai penyebab tersering kematian bayi sungsang dan prolaps tali pusat insiden 3,7% pada bayi sungsang, lebih sering pada primigravida daripada multigravida (6% dan 3%). Lebih umum pada persalinan premature terjadi pada presentasi inkomplet (tipe kaki menumbung presentasi bokong).⁷

g. Penatalaksanaan Kehamilan Letak Sungsang

Penatalaksanaan untuk kehamilan dengan sungsang asuhan mandiri yang bersifat menyeluruh dari langkah-langkah sebelumnya yaitu :⁸

- 1) Beri informasi kehamilannya dan dukungan moril.
- 2) Lakukan postural posisi knee chest serta anjurkan untuk dilaksanakan di rumah.
- 3) Bila diperlukan kolaborasi dengan dokter dan kapan ibu harus segera

datang ke tempat pelayanan kesehatan.

Langkah-langkah knee chest yaitu ibu dengan posisi menungging (seperti sujud), dimana : lutut dan dada menempel pada lantai, lutut sejajar dengan dada, lakukan 3-4 x/hari selama 15 menit, lakukan pada saat sebelum tidur, sesudah tidur, sebelum mandi dan selain itu juga telah melakukan posisi knee chest secara tidak langsung pada waktu melaksanakan sholat. Syarat-syarat knee chest, yaitu: ⁸

- 1) Pada kehamilan 7-7,5 bulan masih dapat dicoba.
- 2) Melakukan posisi knee chest 3-4 x/hari selama 15 menit.
- 3) Latihan ini hanya efektif jika usia kehamilan maksimal 35-36 minggu.
- 4) Situasi rahim yang masing longgar diharapkan dapat memberikan peluang kepala turun menuju pintu atas panggul.
- 5) Dasar pertimbangan kepala lebih berat dari pada bokong sehingga dengan hukum alam akan mengarah kepala ke pintu atas panggul

4. Kehamilan Postdate

a. Definisi

Kehamilan *postdate* adalah suatu kehamilan yang berlangsung melebihi 40 minggu ditambah satu atau lebih hari (setiap hari yang melebihi tanggal perkiraan lahir). Nama lain kehamilan lewat waktu yaitu kehamilan serotinus, *prolonged pregnancy*, *postterm pregnancy*.¹⁷ Definisi menurut *World Health Organization* (WHO) terdapat perluasan penggunaan istilah-istilah yang bergantian dalam komunitas medis, dalam penelitian dan buku-buku pelajaran:

- 1) Kehamilan *postterm* adalah suatu kehamilan yang berlangsung pada atau melebihi 42 minggu atau 294 hari. Akhir-akhir ini istilah ini digunakan untuk menunjukkan kehamilan yang berlangsung melebihi 41 minggu.
- 2) Kehamilan *postdate* adalah suatu kehamilan yang berlangsung melebihi 40 minggu ditambah satu atau lebih hari (setiap waktu yang melebihi tanggal perkiraan lahir)
- 3) *Prolonged pregnancy* adalah semua kehamilan yang melebihi 42

minggu, merupakan sinonim dari postterm.

Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa antara kehamilan postterm, *postdate* maupun *prolonged pregnancy* memiliki definisi yang hampir sama yaitu kehamilan yang melebihi hari perkiraan persalinan. Dapat disimpulkan pula bahwa pentatalaksanaan yang diberikan untuk mengakhiri kehamilan ini sama tergantung dari umur kehamilan ibu.

b. Etiologi

Penyebab terjadinya kehamilan *postdate* belum jelas, beberapa teori diajukan sebagai berikut:⁵

1) Pengaruh progesterone

Penurunan hormon progesteron dalam kehamilan dipercaya merupakan kejadian perubahan endokrin yang penting dalam memacu proses biomolekuler pada persalinan dan meningkatkan sensitivitas uterus terhadap oksitosin, sehingga beberapa penulis menduga bahwa terjadinya kehamilan *postdate* adalah karena masih berlangsungnya pengaruh progesteron.

2) Teori oksitosin

Pemakaian oksitosin untuk induksi persalinan pada kehamilan *postdate* memberi kesan atau dipercaya bahwa oksitosin secara fisiologis memegang peranan penting dalam menimbulkan persalinan dan pelepasan oksitosin dari neurohipofisis ibu hamil yang kurang pada usia kehamilan lanjut diduga sebagai salah satu faktor penyebab kehamilan *postdate*.

3) Teori kortisol/ACTH janin

Dalam teori ini diajukan bahwa sebagai “pemberi tanda” untuk dimulainya persalinan adalah janin, diduga akibat peningkatan tiba-tiba kadar kortisol plasma janin. Kortisol janin akan mempengaruhi plasenta sehingga produksi progesteron berkurang dan memperbesar sekresi estrogen, selanjutnya berpengaruh terhadap meningkatnya produksi prostaglandin. Pada cacat bawaan janin seperti anencephalus,

hipoplasia adrenal janin dan tidak adanya kelenjar hipofisis pada janin akan menyebabkan kortisol janin tidak diproduksi dengan baik sehingga kehamilan dapat berlangsung lewat waktu.

4) Syaraf uterus

Tekanan pada ganglion servikalis dari Pleksus Frankenhauser akan membangkitkan kontraksi uterus. Pada keadaan di mana tidak ada tekanan pada pleksus ini, seperti pada kelainan letak, tali pusat pendek dan bagian bawah masih tinggi kesemuanya diduga sebagai penyebab terjadinya kehamilan *postdate*.

5) Herediter

Seorang ibu yang mengalami kehamilan *postdate* mempunyai kecenderungan untuk melahirkan lewat waktu pada kehamilan berikutnya. Bilamana seorang ibu mengalami kehamilan *postdate* saat melahirkan anak perempuan, maka besar kemungkinan anak perempuannya akan mengalami kehamilan *postdate*.

c. Patofisiologi

Serviks yang akan mengalami persalinan normal secara bertahap akan melunak, menipis, mudah berdilatasi, dan bergerak ke arah anterior mendekati waktu persalinan. Serviks pada wanita multipara lebih cepat matang dibandingkan nulipara, dan pemahaman mengenai paritas penting dalam menentukan saat yang tepat untuk melakukan pemeriksaan serviks pada kehamilan lanjut.

Kehamilan lewat waktu yang disebabkan karena faktor hormonal, kurangnya produksi oksitosin akan menghambat kontraksi otot uterus secara alami dan adekuat, sehingga mengurangi respons serviks untuk menipis dan membuka. Akibatnya kehamilan bertahan lebih lama dan tidak ada kecenderungan untuk persalinan pervaginam.¹⁸

d. Faktor Predisposisi

Seseorang ibu yang mengalami kehamilan *postdate* mempunyai kecenderungan untuk melahirkan lewat waktu pada kehamilan berikutnya.⁵ Sebuah kecenderungan genetik kehamilan *postdate* telah

didemonstrasikan, seorang wanita yang lahir lewat waktu memiliki 49% peningkatan risiko melahirkan anak melampaui usia kehamilan 42 minggu, risikonya adalah 23% jika ayah dari anak tersebut lahir lewat waktu sedangkan *anencephaly* janin dan kekurangan surfaktan plasenta adalah penyebab langka kehamilan yang melebihi taksiran persalinan.

e. Faktor Risiko

Faktor risiko yang diketahui untuk kehamilan *postdate* adalah kehamilan *postdate* sebelumnya, nuliparitas, usia ibu yang lebih tua dari 30 tahun, dan obesitas. Dibandingkan dengan wanita berat badan normal, risiko dari kehamilan *postdate* pada wanita dengan obesitas hampir dua kali lipatnya. Risiko *sectio caesarea* maupun induksi persalinan pada kehamilan ini, meningkat bersama dengan umur ibu dan BMI serta lebih dari dua kali lipatnya pada wanita berumur ≥ 35 tahun. Risiko lima kali lipat terlihat pada wanita primigravida. Dengan kata lain, nuliparitas, peningkatan umur ibu dan obesitas merupakan faktor risiko terkuat untuk kehamilan *postdate* dan *sectio caesarea* maupun induksi persalinan.

f. Gejala Klinis

Kehamilan dapat dinyatakan sebagai kehamilan lewat waktu bila didapat 3 atau lebih dari 4 kriteria hasil pemeriksaan sebagai berikut:⁵

- 1) Telah lewat 36 minggu sejak tes kehamilan positif
- 2) Telah lewat 32 minggu sejak DJJ pertama terdengar dengan doppler
- 3) Telah lewat 24 minggu sejak dirasakan gerak janin pertama kali
- 4) Telah lewat 22 minggu sejak terdengarnya DJJ pertama kali dengan stetoskop leannec

Tanda klinis/laboratoris untuk kehamilan *postdate*, antara lain sebagai berikut:

- 1) Keadaan klinis yang dapat ditemukan ialah gerakan janin yang jarang, yaitu secara subjektif kurang dari 7 kali/20 menit atau secara obyektif dengan kardiopografi kurang dari 10 kali/20 menit.¹⁹
- 2) Pada bayi akan ditemukan tanda-tanda lewat waktu yang terbagi menjadi:

a) Stadium I

Kulit kehilangan verniks kaseosa dan terjadi maserasi sehingga kulit kering, rapuh, dan mudah mengelupas

b) Stadium II

Kulit kehilangan verniks kaseosa dan terjadi maserasi sehingga kulit kering, rapuh, dan mudah mengelupas disertai pewarnaan mekonium (kehijauan) di kulit

c) Stadium III

Kulit kehilangan verniks kaseosa dan terjadi maserasi sehingga kulit kering, rapuh, dan mudah mengelupas disertai pewarnaan kekuningan pada kuku, kulit, dan tali pusat.¹⁷

g. Prognosis

Kematian janin pada kehamilan postdate meningkat; apabila pada kehamilan normal (37-41 minggu) angka kematiannya 1,1% pada kehamilan 43 minggu, angka kematian bayi menjadi 3,3% dan pada kehamilan 44 minggu menjadi 6,6%. Pada beberapa kasus, fungsi plasenta tetap baik meskipun usia kehamilan mencapai di atas 42 minggu, sehingga anak menjadi besar (>4000 gram) dan mempersulit persalinan. Morbiditas ibu meningkat karena kejadian partus buatan dan sectio caesarea meningkat.

h. Komplikasi

1) Perubahan pada plasenta

Disfungsi plasenta merupakan penyebab terjadinya komplikasi pada kehamilan lewat waktu dan meningkatnya risiko pada janin. Perubahan yang terjadi pada plasenta adalah sebagai berikut:

- a) Terjadi peningkatan penimbunan kalsium, hal ini dapat menyebabkan gawat janin dan bahkan kematian janin intrauterin yang dapat meningkat sampai 2-4 kali lipat. Timbunan kalsium plasenta meningkat sesuai dengan progresivitas degenerasi plasenta, namun beberapa vili mungkin mengalami degenerasi tanpa mengalami kalsifikasi.

- b) Selaput vaskulosinsisial menjadi tambah tebal dan jumlahnya berkurang, keadaan ini dapat menurunkan mekanisme transport dari plasenta.
 - c) Terjadi proses degenerasi jaringan plasenta seperti edema, timbunan fibrinoid, fibrosis, thrombosis intervili, dan infark vili.
 - d) Perubahan biokimia, adanya insufisiensi plasenta menyebabkan protein plasenta dan kadar DNA (*deoxyribonucleid Acid*) dibawah normal, sedangkan konsentrasi RNA (*Ribonucleid Acid*) meningkat. Transport kalsium tidak terganggu, aliran natrium, kalium, dan glukosa menurun. Pengangkutan bahan dengan berat molekul tinggi seperti asam amino, lemak, dan gama globulin biasanya mengalami gangguan sehingga dapat mengakibatkan gangguan pertumbuhan janin intrauterin.
- 2) Pengaruh pada janin
- a) Berat janin

Bila terjadi perubahan anatomi yang besar pada plasenta, maka terjadi penurunan berat janin. Sesudah umur kehamilan 36 minggu, grafik rata-rata pertumbuhan janin mendatar dan tampak adanya penurunan sesudah 42 minggu. Namun, sering kali pula plasenta masih dapat berfungsi dengan baik sehingga berat janin bertambah terus sesuai dengan bertambahnya umur kehamilan.

- b) Sindrom postmaturitas

Dapat dikenali pada neonatus melalui beberapa tanda seperti, gangguan pertumbuhan, dehidrasi, kulit kering, keriput seperti kertas (hilangnya lemak sub kutan), kuku tangan dan kaki panjang, tulang tengkorak lebih keras, hilangnya verniks kaseosa dan lanugo, maserasi kulit terutama daerah lipat paha dan genital luar, warna coklat kehijauan atau kekuningan pada kulit dan tali pusat, serta muka tampak menderita dan rambut kepala banyak atau tebal. Tidak seluruh neonatus dari kehamilan *postdate* menunjukkan postmaturitas, tergantung dengan fungsi plasenta.

c) Gawat janin atau kematian perinatal menunjukkan angka meningkat sebagian besar terjadi intrapartum. Keadaan ini umumnya disebabkan karena makrosomia yang dapat menyebabkan terjadinya distosia pada persalinan serta insufisiensi plasenta dapat berakibat pertumbuhan janin terhambat, oligohidramnion (terjadi kompresi tali pusat, keluar mekonium yang kental), hipoksia janin, aspirasi mekonium oleh janin, serta cacat bawaan, terutama akibat hipoplasia adrenal dan anensefalus.

3) Pengaruh pada ibu

a) Morbiditas/mortalitas ibu: dapat meningkat sebagai akibat dari makrosomia janin dan tulang tengkorak menjadi lebih keras sehingga menyebabkan terjadi distosia persalinan, *incoordinate uterine action*, partus lama, meningkatkan tindakan obstetric dan persalinan traumatis/perdarahan postpartum akibat bayi besar.

b) Aspek emosi: ibu dan keluarga menjadi cemas bilamana kehamilan terus berlangsung melewati taksiran persalinan.⁵

i. Penatalaksanaan

Pengelolaan secara aktif dengan melakukan persalinan anjuran pada usia kehamilan 41 atau 42 minggu untuk memperkecil risiko terhadap janin, sedangkan pengelolaan pasif atau ekspektatif didasarkan pada pandangan bahwa persalinan anjuran yang dilakukan semata-mata atas dasar postdate mempunyai risiko atau komplikasi cukup besar terutama risiko persalinan operatif sehingga menganjurkan untuk dilakukan pengawasan secara terus menerus terhadap kesejahteraan janin, baik secara biofisik maupun biokimia sampai persalinan berlangsung dengan sendirinya atau timbul indikasi untuk mengakhiri kehamilannya.⁵

Penatalaksanaan *postdate* dalam persalinan adalah sebagai berikut:

- 1) Apabila tidak ada tanda-tanda insufisiensi plasenta, persalinan spontan dapat ditunggu dengan pengawasan ketat.
- 2) Pemeriksaan dalam untuk menilai kematangan serviks, kalau sudah matang dapat dilakukan induksi persalinan. Cara objektif untuk menilai

kematangan serviks menggunakan sistem penilaian bishop.

- 3) Pada persalinan pervaginam diperhatikan bahwa partus lama sangat merugikan bayi. Janin postmatur kadang-kadang besar dan kemungkinan disproporsi sefalo pelvis serta distosia janin perlu dipertimbangkan.
- 4) Pasien tidur miring sebelah kiri.
- 5) Gunakan pemantauan elektronik jantung janin
- 6) Beri oksigen bila ditemukan keadaan jantung yang abnormal.
- 7) Perhatikan jalannya persalinan.
- 8) Segera setelah lahir, bayi harus segera diperiksa terhadap kemungkinan hipoglikemi, hipovolemi, hipotermia, dan polisitemi
- 9) Pemantauan yang baik terhadap ibu (aktivitas uterus) dan kesejahteraan janin.
- 10) Hindari penggunaan obat penenang atau analgetika selama persalinan.
- 11) Siapkan oksigen dan sectio caesarea bila sewaktu-waktu terjadi kegawatan janin.
- 12) Cegah terjadinya aspirasi mekonium dengan segera mengusap wajah neonatus dan dilanjutkan resusitasi sesuai dengan prosedur pada janin dengan cairan ketuban bercampur mekonium.
- 13) Pengawasan ketat terhadap neonatus dengan tanda-tanda postmaturitas.⁵

5. Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta.²⁰

b. Klasifikasi Persalinan

1) Persalinan Normal

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin. Persalinan normal dimulai dengan kala I persalinan yang didefinisikan sebagai pemulaan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks yang progresif, dan diakhiri dengan pembukaan lengkap (10 centimeter). Hal ini dikenal dengan pembukaan serviks. Persalinan normal disebut juga sebagai persalinan spontan, yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri dan melalui jalan lahir.²¹

2) Persalinan Buatan

Persalinan buatan adalah proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar, misalnya ekstraksi dengan forceps atau dilakukan operasi *section caesarea*.²¹

3) Persalinan Anjuran

Persalinan anjuran adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan misalnya pemberian pitocin dan prostaglandin.²¹

c. Etiologi Persalinan

Beberapa teori yang menyebabkan mulainya persalinan adalah sebagai berikut:²²

1) Penurunan Kadar Progesterone

Progesterone menimbulkan relaxasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his. Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu.

2) Teori Oksitosin

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

3) Keregangan otot-otot

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

4) Pengaruh Janin

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

5) Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2 atau E2 yang diberikan secara intravena, intra dan extra amnial menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap umur kehamilan. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim

sehingga hasil konsepsi dapat keluar. Prostaglandin dapat dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. Hal ini juga didukung dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun daerah perifer pada ibu hamil, sebelum melahirkan atau selama persalinan.

6) Teori Iritasi Mekanis

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

d. Tanda-Tanda Persalinan

1) Timbulnya kontraksi uterus

Timbulnya his persalinan dengan sifat-sifat sebagai berikut: Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan, pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin lama makin pendek dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan serviks, makin beraktifitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi, kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit), kontraksi yang terjadi dapat menyebabkan pendataran, penipisan dan pembukaan serviks.²²

2) Penipisan dan pembukaan serviks

Penipisan dan pembukaan serviks ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula.²³ Pada akhir bulan ke-IX hasil pemeriksaan serviks menunjukkan bahwa serviks yang tadinya tertutup, panjang dan kurang lunak, kemudian menjadi lebih lembut, dan beberapa menunjukkan telah terjadi pembukaan dan penipisan. Perubahan ini berbeda untuk masing-masing ibu, misalnya pada multipara sudah terjadi pembukaan 2 cm namun pada primipara sebagian besar masih dalam keadaan tertutup.

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

Plak lender disekresi serviks sebagai hasil proliferasi kelenjar

lendir serviks pada awal kehamilan. Plak ini menjadi sawar pelindung dan menutup jalan lahir selama kehamilan. Pengeluaran plak inilah yang dimaksud sebagai *bloody show*. *Bloody show* paling sering terlihat sebagai rabas lendir bercampur darah yang lengket dan harus dibedakan dengan cermat dari perdarahan murni. *Bloody show* merupakan tanda persalinan yang akan terjadi, biasanya dalam 24 sampai 48 jam. Dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari canalis cervicalis keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa capillair darah terputus.²⁴

4) Ketuban Pecah

Pada kondisi normal, ketuban pecah pada akhir kala I persalinan. Apabila terjadi sebelum awitan persalinan (sebelum umur kehamilan 37 minggu) dan terjadi saat sudah memasuki waktunya tetapi dalam 24 jam tidak terjadi persalinan, keadaan tersebut adalah ketuban pecah dini (KPD). Kurang lebih 80% wanita yang mendekati usia kehamilan cukup bulan dan mengalami KPD mulai mengalami persalinan spontan mereka dalam waktu 24 jam.¹⁶

e. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Faktor yang mempengaruhi persalinan adalah:²⁰

1) Power (Kekuatan Ibu)

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

His persalinan merupakan suatu kontraksi dari otot-otot rahim yang fisiologis, akan tetapi bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya dan bersifat nyeri. Kontraksi rahim bersifat otonom yang artinya tidak dipengaruhi oleh kemauan, namun dapat dipengaruhi dari luar misalnya rangsangan oleh jari-jari tangan.²⁵

Ketika kepala sampai pada dasar panggul, timbul suatu reflek

yang mengakibatkan pasien menekan diafragmanya kebawah. Tenaga meneran pasien akan menambah kekuatan kontraksi uterus. Pada saat pasien meneran, diafragma dan otot-otot dinding abdomen akan berkontraksi. Kombinasi antara his dan tenaga meneran pasien akan meningkatkan tekanan intrauterus sehingga janin akan semakin terdorong keluar. Kekuatan sekunder tidak mempengaruhi dilatasi serviks, tetapi setelah dilatasi serviks lengkap, kekuatan ini cukup penting untuk mendorong janin keluar. Apabila dalam persalinan melakukan valsava maneuver (meneran) terlalu dini, dilatasi serviks akan terhambat. Meneran akan menyebabkan ibu lelah dan menimbulkan trauma serviks.

2) *Passage* (Jalan Lahir)

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

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

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

Pintu bawah panggul ialah batas bawah panggul sejati. Dilihat

dari bawah, struktur ini berbentuk lonjong, seperti intan, di bagian anterior dibatasi oleh lengkung pubis, di bagian lateral dibatasi oleh tuberosita isikum, dan dibagian posterior dibatasi oleh ujung koksigeum. Bidang hodge berfungsi untuk menentukan sampai dimana bagian terendah janin turun ke panggul pada proses persalinan. Bidang hodge tersebut antara lain:

- a) Hodge I merupakan bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promontorium
- b) Hodge II yakni bidang yang sejajar Hodge I setinggi bagian bawah simfisis
- c) Hodge III yakni bidang yang sejajar Hodge I setinggi spina ischiadika
- d) Hodge IV merupakan bidang yang sejajar Hodge I setinggi tulang koksigis.

3) *Passanger* (Janin dan Plasenta)

a) Janin

Hubungan janin dengan jalan lahir:

- (1) Sikap: Menunjukkan hubungan bagian-bagian janin satu sama lain. Biasanya tubuh janin berbentuk lonjong (avoid) kira-kira sesuai dengan kavum uterus.
- (2) Letak (situs): Menunjukkan hubungan sumbu janin dengan sumbu jalan lahir. Bila kedua sumbunya sejajar disebut letak memanjang, bila tegak lurus satu sama lain disebut letak melintang.
- (3) Presentasi dan bagian bawah: Presentasi menunjukkan bagian janin yang berada dibagian terbawah jalan lahir.
- (4) Posisi dan penyebutnya: Posisi menunjukan hubungan bagian janin tertentu (penyebut umpamanya ubun-ubun kecil, dagu atau sacrum) dengan bagian kiri, kanan, depan, lintang (lateral) dan belakang dari jalan lahir.

b) Plasenta

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

c) Air ketuban

Volume air ketuban pada kehamilan cukup bulan kira-kira 1000-1500 cc. Ciri-ciri air ketuban yaitu berwarna putih keruh, berbau amis dan berasa manis. Komposisi air ketuban terdiri atas 98% air, sisanya albumin, urea, asam uric, kreatinin, sel-sel epitel, rambut lanugo, verniks caseosa, dan garam organic. Amnion/air ketuban melindungi plasenta dan tali pusat dari tekanan kontraksi uterus.²⁶

4) Psikologis

Faktor psikologis menurut Rohani (2013) yakni :²⁵

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

5) Penolong

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

f. Tahapan Persalinan

1) Kala I

Persalinan kala I meliputi fase pembukaan 1-10 cm, yang di tandai dengan penipisan dan pembukaan *serviks*, kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan *serviks* (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit), cairan lendir bercampur darah (*show*) melalui vagina. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler serta *kanalis servikalis* karena pergeseran *serviks* mendatar dan terbuka.²³ Kala I dibagi atas 2 fase yaitu:

- a) Fase laten, dimana pembukaan *serviks* berlangsung lambat, dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai 3 cm, berlangsung dalam 7-8 jam. Hal yang perlu dicatat di lembar observasi pada kala I fase laten, yaitu: denyut jantung janin (DJJ) diperiksa setiap 1 jam, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus diperiksa setiap 1 jam, nadi diperiksa setiap 30-60 menit, suhu tubuh diperiksa setiap 4 jam, tekanan darah diperiksa setiap 4 jam, pembukaan *serviks* dan penurunan kepala diperiksa setiap 4 jam sekali.
- b) Fase aktif (pembukaan *serviks* 4-10 cm), pada fase aktif frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/ memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan bagian terbawah janin. Dari pembukaan 4 hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata per jam (*primipara*) atau lebih 1 cm hingga 2 cm (*multipara*).²³ Fase aktif berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase, yaitu:²⁷
 - (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.

2) Kala II

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi. Tanda dan gejala kala II yaitu: his semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50-100 detik, menjelang akhir kala I ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.¹⁶ Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan/ atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka.⁷ Pada waktu his kepala janin mulai terlihat, vulva membuka dan perineum meregang. Dengan his mengedan yang terpimpin akan lahirlah kepala dengan diikuti seluruh badan janin. Kala II pada primi 1½ – 2 jam, pada multi ½ – 1 jam. Pada saat kala II, pendamping persalinan harus menjaga kenyamanan ibu, memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan ibu, mengatur posisi sesuai kenyamanan ibu, menjaga kandung kemih tetap kosong, memberikan minum yang cukup, memimpin persalinan, memantau DJJ, melahirkan bayi, merangsang bayi.

3) Kala III

Kala III dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Partus kala III disebut juga kala uri. Seluruh prosesnya biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir.⁷ Kala III merupakan periode waktu dimana penyusutan volume rongga uterus setelah kelahiran bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Setelah bayi lahir kontraksi rahim istirahat sebentar. Uterus terasa keras dengan fundus uterus setinggi pusat, dan berisi plasenta yang menjadi tebal 2 kali sebelumnya. Beberapa saat kemudian timbul his pelepasan dan pengeluaran uri. Dalam waktu 5-10 menit plasenta terlepas, terdorong ke dalam vagina akan lahir spontan atau sedikit dorongan dari atas

simfisis atau fundus uteri.²²

Penatalaksanaan kala III yaitu dengan manajemen aktif kala III. Manajemen aktif kala III berupa jepit potong tali pusat, sedini mungkin, pemberian oksitosin 10 IU sesegera mungkin dengan mengecek janin tunggal, melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT) dan masase fundus setelah plasenta lahir. Menurut penelitian yang dilakukan oleh susiloningtyas dan purwanti, berdasarkan bukti-bukti pengelolaan aktif kala III telah memberikan hasil secara bermakna terhadap penurunan resiko kasus perdarahan post partum.²⁸

4) Kala IV

Dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu. Paling kritis karena proses perdarahan yang berlangsung. Masa 1 jam setelah plasenta lahir. Pemantauan 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran plasenta, 30 menit pada jam kedua setelah persalinan, jika kondisi ibu tidak stabil, perlu dipantau lebih sering. Observasi intensif karena perdarahan yang terjadi pada masa ini. Observasi yang dilakukan yaitu :tingkat kesadaran penderita, pemeriksaan tanda vital, kontraksi uterus, perdarahan, dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc.²² Asuhan dan pemantauan pada kala IV:¹⁶

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

6. Induksi Persalinan

a. Induksi Persalinan

1) Definisi

Induksi persalinan adalah suatu upaya agar persalinan mulai berlangsung sebelum atau sesudah kehamilan cukup bulan dengan jalan merangsang timbulnya his. Induksi persalinan adalah upaya untuk melahirkan janin menjelang aterm dalam keadaan belum terdapat tanda-tanda persalinan atau belum inpartu, dengan kemungkinan janin dapat hidup di luar kandungan (umur di atas 28 minggu).¹⁷

2) Indikasi

Indikasi untuk dilakukan induksi persalinan sebagai berikut:¹⁹

a) Faktor ibu tergantung derajat penyakit

- (1) Preeklamsia berat/eklamsia yang tidak membaik dengan terapi
- (2) Diabetes mellitus

b) Faktor janin

- (1) Janin mati dalam kandungan (IUFD: *Intra Uterine Fetal Death*)
- (2) Pertumbuhan janin terhambat (IUGR: *Intra Uterine Growth Retardation*)
- (3) Inkompatibilitas rhesus

c) Keadaan kehamilan

- (1) *Prolonged pregnancy* (usia kehamilan \geq 41 minggu)
- (2) Ketuban pecah dini (KPD), usia kehamilan \geq 34 minggu)
- (3) Amnionitis atau khorioamnionitis
- (4) Solusio plasenta
- (5) Partus tak maju

3) Kontraindikasi

Kontraindikasi induksi serupa dengan kontraindikasi untuk menghindari persalinan dan kelahiran spontan. Faktor janin meliputi makrosomia yang besar, gestasi janin lebih dari satu, hidrosefalus berat, malpresentasi, atau status janin yang meresahkan. Beberapa kontraindikasi ibu berkaitan dengan tipe insisi uterus sebelumnya, anatomi panggul yang terdistorsi atau sempit, plasentasi abnormal, dan

kondisi seperti infeksi herpes genital aktif atau kanker serviks.²⁹

4) Persyaratan Induksi

a) Presentasi

Presentasi harus kepala. Induksi persalinan tidak boleh dilakukan bila letak lintang, presentasi majemuk dan sikap ekstensi pada janin, dan hampir tidak boleh dilakukan kalau bayinya presentasi bokong.

b) Stadium kehamilan

Semakin kehamilannya mendekati masa aterm, semakin mudah pelaksanaan induksi.

c) Station

Kepala janin harus sudah masuk panggul. Semakin rendah kepala bayi, semakin mudah dan semakin aman prosedur tersebut.

d) Kematangan serviks

Serviks harus sudah mendatar, panjangnya kurang dari 1,3 cm (0,5 inci), lunak, bisa dilebarkan dan sudah membuka untuk dimasuki sedikitnya satu jari tangan dan sebaiknya dua jari tangan. Cincin ostium internum tidak boleh kaku. Keadaan yang lebih menguntungkan adalah bilamana serviks berada dalam garis pusat jalan lahir atau di sebelah anteriornya. Kalau serviks di sebelah posterior, kondisi untuk induksi kurang menguntungkan.

e) Paritas

Induksi pada multipara jauh lebih mudah dan lebih aman dari pada primigravida, angka keberhasilan meningkat bersama-sama paritas.

f) Maturitas janin

Umumnya semakin kehamilan mendekati 40 minggu, semakin baik hasilnya bagi janin. Kalau kehamilan harus diakhiri sebelum aterm, pengujian maturitas janin harus dilakukan untuk menetapkan sejauh mungkin apakah janin akan dapat hidup di luar kandungan.

5) Metode Induksi

Metode yang digunakan untuk induksi persalinan sebagai berikut:¹⁹

a) Induksi secara farmakologis

Metode induksi secara farmakologis meliputi prostaglandin (PEG1: misoprostol) dan oksitosin. Misoprostol dapat diberikan secara vaginal, oral (*buccal*), atau sublingual. Misoprostol tidak bisa digunakan untuk stimulasi, dan tidak boleh digunakan untuk induksi persalinan dengan riwayat operasi *sectio caesarea* (SC).

b) Titrasi/drip oksitosin dosis rendah

Titrasi oksitosin 2,5—5 IU dalam dextrose 5% 500 ml, diberikan secara drip sampai maksimal 2 botol (1000 ml). Bila setelah 3 botol tidak terjadi kontraksi atau belum tercapai skor bishop >5, maka pasien diistirahatkan selama 24 jam kemudian diulangi lagi. Bila 2 seri induksi ternyata tidak ada kontraksi atau tidak tercapai skor bishop >5, maka induksi dapat disebut gagal.

c) Inseri foley intrauterine

d) Stimulasi dengan amniotomi dan stripping

(1) Amniotomi/ ARM (*artificial rupture of the membranes*) dikerjakan apabila penderita benar-benar sudah dalam persalinan, kepala janin telah masuk dalam panggul dan membuka sekurang-kurangnya 2-3 cm.

(2) *Stripping/sweeping* yaitu melepaskan atau memisahkan selaput kantong ketuban dari segmen bawah uterus dengan cara:

(a) Manual: dengan jari tengah/telunjuk dimasukkan ke dalam kanalis servikalis hingga di atas ostium uteri internum dan bergerak melingkar untuk melepaskan selaput ketuban dari segmen bawah rahim.

(b) Dengan balon kateter foley yang dipasang di dalam segmen bawah uterus melalui kanalis servikalis, diisi cairan (dapat sampai 100cc pada foley no. 24) bertujuan mendorong selaput ketuban di daerah bawah uterus sampai terlepas (bukan untuk dilatasi serviks).

7. Persalinan *Sectio Caesarea*

a. Pengertian

Sectio Caesarea (SC) adalah proses persalinan dengan melalui pembedahan di mana irisan dilakukan di perut ibu (laparotomi) dan rahim (histerektomi) untuk mengeluarkan bayi. Seksio Sesarea umumnya dilakukan ketika proses persalinan normal melalui vagina tidak memungkinkan karena beresiko kepada komplikasi medis lainnya.³⁰

b. Klasifikasi

Ada beberapa jenis *Sectio Caesarea* (SC), yaitu diantaranya :³⁰

- 1) Jenis klasik yaitu dengan melakukan sayatan vertikal sehingga memungkinkan ruangan yang lebih besar untuk jalan keluar bayi. Akan tetapi jenis ini sudah sangat jarang dilakukan saat ini karena sangat beresiko terhadap terjadinya komplikasi.
- 2) Sayatan mendatar di bagian atas dari kandung kemih sangat umum dilakukan pada masa sekarang ini. Metode ini meminimalkan risiko terjadinya perdarahan dan cepat penyembuhannya.
- 3) Histerektomi caesar yaitu bedah caesar diikuti dengan pengangkatan rahim. Hal ini dilakukan dalam kasus-kasus di mana pendarahan yang sulit tertangani atau ketika plasenta tidak dapat dipisahkan dari rahim.
- 4) Bentuk lain dari Seksio Sesarea (SC) seperti extraperitoneal CS atau Porro CS

c. Indikasi

Dokter spesialis kebidanan akan menyarankan Seksio Sesarea (SC) ketika proses kelahiran melalui vagina kemungkinan akan menyebabkan risiko kepada sang ibu atau bayi. adapun hal-hal yang dapat menjadi pertimbangan disaran nya bedah caesar antar lain :³¹

1) Faktor Ibu

a) Plasenta Previa

Plasenta previa totalis merupakan indikasi mutlak untuk *sectio caesarea* tanpa menghiraukan faktor-faktor lainnya. Plasenta previa parsialis pada primigravida sangat cenderung untuk *sectio caesarea*. Perdarahan banyak dan berulang merupakan indikasi mutlak untuk

sectio caesarea karena perdarahan itu biasanya disebabkan oleh plasenta previa yang lebih tinggi derajatnya.

b) Panggul Sempit

Pada panggul sempit tidak ada gunanya melakukan versi luar karena meskipun menjadi presentasi kepala, akhirnya perlu dilakukan sectio caesarea. Batas terendah untuk melahirkan janin vias naturalis adalah dengan conjugatafera 8 cm. Panggul dengan conjugatafera 8 cm dapat dipastikan tidak dapat melahirkan janin dengan normal dan harus diselesaikan dengan sectio caesarea.

c) Disproporsi Sefalopelvik

Disproporsi fetopelvik mencakup panggul sempit (contracted pelvis) fetus yang tumbuhnya terlampau besar atau adanya ketidakseimbangan relatif antara ukuran bayi dan ukuran pelvis yang ikut menimbulkan masalah disproporsi adalah bentuk pelvis, presentasi fetus panggul, kemampuan berdilatasi pada serviks, dan efektifitas kontraksi uterus.

d) Partus Lama

Persalinan yang berlangsung lebih lama dari 24 jam di golongkan sebagai persalinan lama menimbulkan efek berbahaya baik terhadap ibu maupun anak dapat menyebabkan atonia uteri, laserasi, perdarahan, infeksi, gawat janin dan kematian perinatal maka dari itu perlu segera dilakukan sectio caesarea untuk penanganannya.

e) Preeklampsia

Pada preeklampsia berat, persalinan harus terjadi dalam 24 jam sejak gejala eklampsia timbul. Preeklampsia dapat mengancam janin atau persalinan tidak dapat terjadi dengan bahaya hipoksia dan pada persalinan bahaya ini semakin besar. Pada gawat janin dalam kala I diperlukan tindakan sectio caesarea segera.

f) Pernah *Sectio caesarea*

Sebelumnya Pada wanita yang pernah mengalami sectio

caesarea sebelumnya biasanya kembali mengalami hal yang sama pada kehamilan dan persalinan berikutnya, hal ini disebabkan karena mengingat adanya bahaya ruptur uteri karena sectio caesarea sebelumnya. Namun wanita yang pernah mengalami sectio caesarea sebelumnya dapat di perbolehkan untuk bersalin normal kecuali jika sebab sectio caesarea sebelumnya adalah mutlak karena adanya kesempitan panggul.

2) Faktor Janin

a) Gawat Janin Tindakan operasi dilakukan pada kasus gawat janin dalam rahim, gangguan pertumbuhan janin dalam rahim, kematian janin dalam rahim, tali pusat janin menubung pada kehamilan dan persalinan kala I yang dapat menyebabkan gawat janin harus segera dilakukan sectio caesarea.

b) Malpresentasi Janin

(1)Letak Lintang

Bila ada kesempitan panggul maka sectio caesarea adalah cara terbaik dalam segala letak lintang dengan janin hidup dan besar biasa. Semua primigravida dengan letak lintang harus ditolong dengan sectio caesarea walaupun tidak ada perkiraan panggul sempit. Pada multipara dengan letak lintang dapat lebih dulu ditolong dengan cara–cara lain.

(2)Letak Sungsang

Sectio caesarea dianjurkan pada letak sungsang apabila ada indikasi panggul sempit, janin besar, dan primigravida dengan komplikasi pertolongan persalinan letak sungsang melalui jalan vagina sebagian besar pertolongan persalinan di lakukan dengan sectio caesarea.

(3)Presentasi Dahi

Presentasi dahi dengan ukuran panggul dan janin yang normal tidak dapat lahir spontan normal sehingga harus

dilahirkan secara sectio caesarea.

(4)Presentasi Muka

Indikasi untuk melakukan sectio caesarea pada presentasi muka adalah mento posterior persistens, kesempitan panggul, dan kesulitan turunnya kepala dalam rongga panggul

d. Komplikasi

Tabel 1. Komplikasi *Sectio Caesarea*³¹

Komplikasi Maternal	Komplikasi Fetal
1) Demam	1) Kelahiran premature
2) Endometritis	2) Trauma selama persalinan
3) Infeksi luka	3) Masalah pernafasan seperti
4) Perdarahan	transient tachypnea of the
5) Sub involusi uterus	newborn /TTN
6) Adhesi dan dehiscence insisi uterus	
7) Atelectasis paru	
8) Emboli paru	
9) Infeksi saluran kemih	
10) Tromboflebitis	

8. Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Periode neonatal/neonates/BBL adalah periode sejak lahir sampai 28 hari pertama kehidupan. Selama beberapa minggu, neonatus mengalami transisi dari kehidupan intrauterine ke luar dan menyesuaikan dengan lingkungan yag baru.³²

Bayi baru lahir adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai Apgar lebih dari 7 dan tanpa cacat bawaan.³³

b. Fisiologi Bayi Baru Lahir

Tanda-tanda bayi baru lahir normal adalah sebagai berikut: ³⁴

- 1) Berat badan 2.500-4.000 gram

- 2) Panjang badan 48-52 cm.
- 3) Lahir aterm 37-42 minggu.
- 4) Lingkar dada 30-38 cm
- 5) Lingkar kepala 33-35 cm.
- 6) Frekuensi jantung 120-160 kali/menit.
- 7) Pernapasan \pm 40-60 kali/menit
- 8) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup.
- 9) Genitalia: pada perempuan, labia mayora sudah menutupi labia minora.
Pada laki- laki, testis sudah turun, skrotum sudah ada.
- 10) Refleks isap dan menelansudah terbentuk dengan baik.
- 11) Refleks grasp atau mengenggam sudah baik.
- 12) Eliminasi baik, mekonium keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecokelatan.

c. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir dibagi dalam beberapa klasifikasi yaitu :³⁵

- 1) Bayi baru lahir menurut masa gestasinya :
 - a) Kurang bulan (*preterm infant*) : kurang dari 37 minggu
 - b) Cukup bulan (*term infant*) : 37-42 minggu
 - c) Lebih bulan (*postterm infant*) : 42 minggu atau lebih
- 2) Bayi baru lahir menurut berat badan lahir:
 - a) Berat lahir rendah : 4000 gram
 - b) Berat lahir cukup : 2500-4000 gram
 - c) Berat lahir lebih : >4000 gram
- 3) Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan) :
 - a) Neonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
 - b) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)

d. Penatalaksanaan

Semua bayi diperiksa segera setelah lahir untuk mengetahui apakah transisi dari kehidupan intrauterine ke ekstrauterine berjalan dengan lancar

dan tidak ada kelainan. Pemeriksaan medis komprehensif dilakukan dalam 24 jam pertama kehidupan. Pemeriksaan rutin pada bayi baru lahir harus dilakukan, tujuannya untuk mendeteksi kelainan atau anomali kongenital yang muncul pada setiap kelahiran dalam 10-20 per 1000 kelahiran, pengelolaan lebih lanjut dari setiap kelainan yang terdeteksi pada saat antenatal, mempertimbangkan masalah potensial terkait riwayat kehamilan ibu dan kelainan yang diturunkan, dan memberikan promosi kesehatan, terutama pencegahan terhadap *sudden infant death syndrome* (SIDS).³⁶ Tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir adalah untuk membersihkan jalan napas, memotong dan merawat tali pusat, mempertahankan suhu tubuh bayi, identifikasi, dan pencegahan infeksi. Asuhan bayi baru lahir meliputi:

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

Jika ada jawaban “tidak” kemungkinan bayi mengalami asfiksia sehingga harus segera dilakukan resusitasi. Penghisapan lendir pada jalan napas bayi tidak dilakukan secara rutin.³⁷

- 3) Pemotongan dan perawatan tali pusat

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

untuk tali pusat adalah selalu cuci tangan sebelum memegangnya, menjaga tali pusat tetap kering dan terpapar udara, membersihkan dengan air, menghindari dengan alkohol karena menghambat pelepasan tali pusat, dan melipat popok di bawah umbilicus.³⁶

4) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusu. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusu pertama biasanya berlangsung pada menit ke- 45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusu dari satu payudara.³⁷ Jika bayi belum menemukan puting ibu dalam waktu 1 jam, posisikan bayi lebih dekat dengan puting ibu dan biarkan kontak kulit dengan kulit selama 30-60 menit berikutnya. Jika bayi masih belum melakukan IMD dalam waktu 2 jam, lanjutkan asuhan perawatan neonatal esensial lainnya (menimbang, pemberian vitamin K, salep mata, serta pemberian gelang pengenalan) kemudian dikembalikan lagi kepada ibu untuk belajar menyusu.

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

6) Pemberian salep mata/tetes mata

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

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

Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1

(Phytomenadione) 1 mg intramuskuler di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir. Pemberian vitamin K sebagai profilaksis melawan *hemorrhagic disease of the newborn* dapat diberikan dalam suntikan yang memberikan pencegahan lebih terpercaya, atau secara oral yang membutuhkan beberapa dosis untuk mengatasi absorpsi yang bervariasi dan proteksi yang kurang pasti pada bayi.³⁶ Vitamin K dapat diberikan dalam waktu 6 jam setelah lahir

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

9) Pemeriksaan Bayi Baru Lahir (BBL)

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

10) Pemberian ASI eksklusif

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

e. Komplikasi Bayi Baru Lahir

1) Asfiksia

Asfiksia adalah kegagalan untuk memulai dan melanjutkan pernapasan secara spontan dan teratur pada saat bayi baru lahir atau beberapa saat sesudah lahir. Bayi mungkin lahir dalam kondisi asfiksia (asfiksia primer) atau mungkin dapat bernapas tetapi kemudian mengalami asfiksia beberapa saat setelah lahir (asfiksia sekunder).³⁸

2) BBLR (Berat Badan Lahir Rendah)

Berat badan lahir rendah adalah bayi baru lahir dengan berat badan lahir kurang dari 2500 gram. Menurut beratnya dibedakan menjadi :³⁹

- a) Bayi berat lahir rendah (BBLR) berat lahir 1500 - 2500 gram
- b) Bayi berat lahir sangat rendah (BBLSR) berat lahir 1000 - 1500 gram
- c) Bayi berat lahir ekstrem rendah (BBLER) berat lahir < 1000 gram

3) Ikterus Neonatorum

Ikterus neonatorum merupakan keadaan klinis pada bayi yang ditandai oleh pewarnaan ikterus pada kulit dan sklera akibat akumulasi bilirubin tak terkonjugasi yang berlebihan. Ikterus secara klinis akan mulai tampak pada bayi baru lahir bila kadar bilirubin darah 5-7 mg/dL.³⁹

4) Sindrom Gangguan Nafas

Sindrome gawat nafas / respiratory distress Syndrome (RDS) adalah Suatu penyakit paru-paru pada bayi baru lahir , terutama pada bayi premature, dimana suatu membran yang tersusun atas protein dan sel-sel mati melapisi alveoli (kantong udara tipis dalam paru-paru) sehingga membuat kesulitan untuk terjadinya pertukaran gas.³⁹

9. Masa Nifas

a. Nifas

1) Pengertian Masa Nifas

Nifas atau puerperium dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas atau masa puerperium mulai setelah partus selesai dan berakhir setelah kira-kira enam minggu atau 42 hari.¹¹ Masa nifas dibagi dalam 3 tahap:⁴⁰

- a) Puerperium dini (*immediate puerperium*), yaitu pemulihan di mana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan (waktu 0-24 jam postpartum).
- b) Puerperium intermedial (*early puerperium*), suatu masa di mana pemulihan dari organ-organ reproduksi secara menyeluruh selama kurang lebih 6-8 minggu.
- c) Remote puerperium (*late puerperium*), waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan yang sempurna secara bertahap terutama jika selama masa kehamilan dan persalinan ibu mengalami komplikasi, waktu untuk sehat bisa berminggu-minggu, bulan bahkan tahun.

Untuk menjamin perawatan masa nifas yang baik bagi ibu dilaksanakan suatu pelayanan pasca persalinan. Pelayanan pasca persalinan adalah pelayanan kesehatan yang diberikan bagi ibu dan bayi baru lahir dalam kurun waktu 6 jam sampai 42 hari setelah melahirkan yang dilaksanakan secara terintegrasi dan komprehensif. Ibu nifas dan bayi baru lahir yang sehat dipulangkan setelah 24 jam pasca melahirkan, sehingga sebelum pulang diharapkan ibu dan bayinya mendapat 1 kali pelayanan pasca persalinan.⁴¹

2) Perubahan Masa Nifas

a) Perubahan Fisiologis Nifas

(1) Sistem Reproduksi

(a) Uterus

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil. Setelah persalinan, kondisi tubuh ibu secara anatomi akan mengalami perubahan, salah satunya adalah kembalinya rahim pada ukuran semula. Proses ini disebut dengan involusi uterus. Ketika involusi berlangsung, pada tempat implantasi plasenta ditemukan banyak pembuluh darah yang terbuka sehingga resiko perdarahan postpartum sangat besar. Hal ini terjadi jika otot-otot pada uterus tidak berkontraksi dengan baik untuk menjepit pembuluh darah yang terbuka.⁴² Proses ini akan membantu mengurangi bekas luka implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan. Bekas luka perlekatan plasenta membutuhkan waktu 8 minggu untuk sembuh sepenuhnya. Selama 1 sampai 2 jam pertama postpartum intensitas kontraksi uterus dapat berkurang dan menjadi teratur.

Tabel 2. Perubahan Bentuk Uterus

Involusi	TFU	Berat uterus (gr)
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000
Plasenta lahir	2 jari bawah pusat	750
1 minggu (7 hari) postpartum	Pertengahan pusat simpisis	500
2 minggu (14 hari) postpartum	Tidak teraba diatas simpisis	350
6 minggu postpartum	Bertambah kecil	50-60
8 minggu postpartum	Normal	30

(b)Lochea

Lochea berasal dari bahasa Latin, yang digunakan untuk menggambarkan perdarahan pervaginam setelah persalinan. Lochea adalah cairan secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas.

Tabel 3. Jenis-jenis Lochea

Jenis	Waktu	Warna	Ciri-ciri
-------	-------	-------	-----------

Rubra (cruenta)	1-3 hari	Merah	Berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo dan mekonium
Sanguinolenta	3-7 hari	Merah kekuningan	Berisi darah dan lendir
Serosa	7-14 hari	Merah jambu kemudian kuning	Cairan serum, jaringan desidua, leukosit, dan eritrosit
Alba	2-6 minggu	Putih	Cairan berwarna putih seperti krim terdiri dari leukosit dan sel-sel desidua

Selain lochea diatas, ada jenis lochea yang tidak normal

yaitu:

- i. Lochea purulenta, terjadi karena adanya infeksi. Biasanya ditandai dengan keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
- ii. Locheastasis, lochea yang pengeluarannya tidak lancar

(c) Serviks

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi lahir, tangan pemeriksa masih dapat dimasukkan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk. Namun demikian, selesai involusi, ostium eksternum tidak sama seperti sebelum hamil.⁴³

(d) Vulva, Vagina, dan Perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul

kembali sementara labia menjadi lebih menonjol.⁴⁴

Perubahan pada perineum postpartum terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomy 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.⁴⁵ Robekan perineum umumnya terjadi di garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin melewati pintu bawah panggul dengan ukuran yang lebih besar. Dalam penyembuhan luka memiliki fase-fase pada keluhan yang dirasakan ibu pada hari pertama sampai hari ke-3 ini merupakan fase inflamasi, dimana pada fase ini ibu akan merasakan nyeri pada luka jahitan di perineum, hal ini akan terjadi sampai 4 hari postpartum.⁴⁶

(e) Payudara

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis, yaitu produksi susu dan sekresi susu (*let down*). Selama sembilan bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi untuk menghambat kelenjar *pituitary* akan mengeluarkan prolaktin (hormon laktogenik). Ketika bayi menghisap puting, reflek saraf merangsang *lobus posterior pituitary* untuk menyekresi hormon oksitosin. Oksitosin merangsang reflek *let down* (mengalirkan), sehingga menyebabkan ejeksi ASI melalui *sinus aktiferus* payudara ke duktus yang terdapat pada puting. Ketika ASI dialirkan karena isapan bayi atau dengan dipompa sel-sel acini terangsang

untuk menghasilkan ASI lebih banyak.⁴⁷

(2) Sistem Kardiovaskuler

Perubahan volume darah bergantung pada beberapa faktor, misalnya kehilangan darah selama melahirkan dan mobilisasi, serta pengeluaran cairan ekstrasvaskular (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.⁴⁸

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.

(3) 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 akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa postpartum. Jumlah sel darah putih tersebut masih bisa naik lagi sampai 25.000-30.000, terutama pada ibu dengan riwayat persalinan lama. Kadar hemoglobin, hemotokrit, 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.⁴⁹

(4)Sistem Pencernaan

Sistem pencernaan selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolestrol darah, dan memperlambat kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal.⁵⁰

(5)Sistem Perkemihan

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. Diuresis dapat terjadi setelah 2-3 hari postpartum.⁵⁰

(6)Sistem Muskuloskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada

waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena ligamen rotundum menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusnya serat-serat elastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu. Pemulihan kembali jaringan-jaringan penunjang alat genitalia, serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, dibantu dengan latihan atau senam nifas, bisa dilakukan sejak 2 hari postpartum.⁴⁹

(7)Sistem Endokrin

(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. Isapan 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 dan 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. Enzim insulinasi berlawanan efek diabetogenik pada saat enurunan hormon *Human Placenta Lactogen* (HPL), estrogen dan kortisol, serta placenta kehamilan, sehingga pada masa postpartum kadar gula darah menurun secara yang 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.

b) Perubahan Psikologis 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. Dalam menjalani adaptasi psikososial menurut Rubin setelah melahirkan, ibu akan melalui fase-fase sebagai berikut:⁵¹

(1)Masa *Taking In*

Masa ini terjadi 1-3 hari pasca-persalinan, ibu yang baru melahirkan akan bersikap pasif dan sangat tergantung pada dirinya (trauma), segala energinya difokuskan pada kekhawatiran tentang badannya. Dia akan bercerita tentang persalinannya secara berulang-ulang.

(2)Masa *Taking On*

Masa ini terjadi 3-10 hari pasca-persalinan, ibu menjadi khawatir tentang kemampuannya merawat bayi dan menerima tanggung jawabnya sebagai ibu dalam merawat bayi semakin besar. Perasaan yang sangat sensitive sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati.

(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 social. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

3) Tanda Bahaya Masa Nifas

Tanda bahaya pada nifas adalah sebagai berikut :⁵²

- a) Perdarahan hebat atau peningkatan perdarahan secara tiba-tiba (melebihi haid biasa atau jika perdarahan tersebut membasahi lebih dari 2 pembalut saniter dalam waktu setengah jam)
- b) Pengeluaran cairan vaginal dengan bau busuk yang keras.
- c) Rasa nyeri di perut bagian bawah atau punggung Sakit Kepala yang terus menerus. nyeri epigastrium, atau, masalah penglihatan.
- d) Pembengkakan pada wajah dan tangan Demam muntah, rasa sakit sewaktu buang air seni, atau merasa tidak enak badan Payudara yang memerah panas dan/atau sakit.
- e) Kehilangan selera makan untuk waktu yang berkepanjangan Rasa sakit. warna merah, kelembutan dan/atau pembengkakan pada kaki.
- f) Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengurus diri-sendiri atau bayi.
- g) Merasa sangat letih atau bernafas terengah-engah

4) Pelayanan Masa Nifas

Jadwal kunjungan pada masa nifas adalah sebagai berikut:⁵³

- a) Kunjungan I (6 -8 jam *postpartum*)
 - (1)Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
 - (2)Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut.
 - (3)Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri.
 - (4)Pemberian ASI awal.

- (5) Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
- (6) Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi.
- b) Kunjungan II (6 hari *postpartum*)
 - a) Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal.
 - b) Menilai adanya tanda -tanda demam, infeksi dan perdarahan.
 - c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat
 - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik, dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
 - e) Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.
- c) Kunjungan III (2 minggu *postpartum*)

Asuhan pada 2 minggu *postpartum* sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari *postpartum*.
- d) Kunjungan IV (6 minggu *postpartum*)
 - a) Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.
 - b) Memberikan konseling KB secara dini
 - c) Menganjurkan/mengajak ibu membawa bayinya ke posyandu atau puskesmas untuk penimbangan dan imunisasi.
- 5) Penatalaksanaan Nifas
 - a) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan
 - b) Mengajarkan ibu cara untuk mengurangi ketidaknyamanan yang terjadi pada masa nifas
 - c) Demonstrasi pada ibu cara menilai kontraksi dan masase uterus
 - d) Memberitahu ibu tanda bahaya pada masa nifas
 - e) Bantu ibu melakukan mobilisasi dini secara bertahap
 - f) Mengingatkan ibu untuk tidak menahan BAK dan BAB
 - g) Memberi ibu KIE mengenai istirahat

- h) Memberi KIE mengenai nutrisi ibu nifas
- i) Memberi KIE mengenai personal hygiene
- j) Memberi ibu KIE mengenai pentingnya ASI Eksklusif dan teknik menyusui yang benar
- k) Jelaskan pada ibu tentang kunjungan berkelanjutan, diskusikan dengan ibu dalam menentukan kunjungan berikutnya.

6) Komplikasi Nifas

a) Perdarahan

Pendarahan postpartum adalah pendarahan lebih dari 500-600 ml selama 24 jam setelah anak lahir. Pendarahan postpartum adalah pendarahan dalam kala IV lebih dari 500-600 cc dalam 24 jam setelah anak dan plasenta lahir. Pendarahan postpartum disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya:⁵⁴

- (1) Robekan jalan lahir bisa disebabkan oleh robekan spontan atau memang sengaja dilakukan episiotomi, robekan jalan lahir dapat terjadi ditempat: robekan serviks, perlukaan vagina, robekan perineum.
- (2) Antonia uteri atau uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan pemijatan fundus uteri (plasenta telah lahir).
- (3) Inversio uteri adalah suatu keadaan dimana fundus uteri terbalik sebagian atau seluruhnya kedalam vakum uteri. Penyebab inversio uteri yaitu uterus lembek atau lemah tidak berkontraksi.
- (4) Retensio plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga atau lebih dari 30 menit setelah bayi lahir.
- (5) Sisa Plasenta. Sewaktu suatu bagian dari plasenta tertinggal dapat menyebabkan terjadinya pendarahan. Karena uterus tidak dapat berkontraksi secara efektif

b) Infeksi Nifas

Infeksi nifas merupakan masuknya bakteri pada traktus genitalia, terjadi sesudah melahirkan, kenaikan suhu sampai 38°c

atau lebih selama 2 hari dalam 10 hari pertama pasca persalinan, dengan mengecualikan 24 jam pertama. Macam-macam infeksi masa nifas :⁵⁴

(1) Infeksi perineum, vulva, vagina dan serviks

Nyeri serta panas pada tempat infeksi dan kadang-kadang perih bila kencing. Bila getah radang bisa keluar, biasanya keadaannya tidak berat, suhu 38° C dan nadi dibawah 100 per menit.

(2) Endometritis

Tanda dan gejala endometritis : Takikardi, suhu 38° C sampai 40° C, menggigil, nyeri tekan uterus, subinvolusi, distensi abdomen, lochea sedikit dan tidak berbau, atau banyak berbau busuk, mengandung darah dan seropulen, dan jumlah sel darah putih meningkat

(3) Septikemia

Septikemia adalah keadaan dimana kuman-kuman atau toksinya langsung masuk ke dalam peredaran darah dan menyebabkan infeksi.

(4) Piemia

Pada piemia, penderita tidak lama setelah post partum sudah merasa sakit, perut nyeri, dan suhu agak meningkat. Suatu ciri khusus pada piemia ialah berulang-ulang suhu meningkat dengan cepat disertai menggigil, kemudian diikuti oleh turunnya suhu.

(5) Peritonitis

Peritonitis menyerang pada daerah pelvis (pelvis peritonitis). Peritonitis umum gejalanya : suhu meningkat, nadi cepat dan kecil, perut kembung dan nyeri, terdapat abses pada cavum douglas, defense musculair, fasies hyporactica

(6) Parametritis

Parametritis merupakan peradangan pada parametrium.

(7) Tromboflebitis

Radang pada vena terdiri dari tromboflebitis pelvis dan tromboflebitis femoralis. Tromboflebitis yang sering meradang adalah pada vena ovarika, terjadi karena mengalirnya darah dan luka bekas plasenta di daerah fundus uteri . disebabkan aliran darah lambat pada lipat paha karena tertekan ligamentum inguinale dan kadar fibrinogen meningkat pada masa nifas.

7) Asuhan Ibu pada Masa Nifas dengan Post *Sectio Caesarea* (SC)

Beberapa hal yang akan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan pada Masa Nifas dengan Post Seksio Sesarea (SC), yaitu :⁴⁷

a) Memeriksa Tanda-tanda vital, Periksalah suhu tubuh, denyut nadi, dan tekanan darah ibu secara teratur minimal sekali dalam satu jam jika ibu memiliki masalah kesehatan.

b) Membersihkan badan ibu dan merawat luka jahitan

Perawatan luka merupakan tindakan untuk merawat luka dan luka operasi yaitu luka bersih sehingga mudah untuk perawatannya, namun jika salah dalam merawat, maka akan bisa berakibat fatal.

Dalam perawatan luka Post Seksio Sesarea (SC) diperlukan beberapa hal yang harus diperhatikan, diantaranya :

a) Setiap satu minggu kasa harus dibuka. Idealnya kasa yang dipakai harus diganti dengan kasa baru setiap satu minggu sekali. Tidak terlalu sering agar luka cepat kering, jika sering dibuka luka bisa menempel pada kasa sehingga sulit untuk kering.

b) Bersihkan jika keluar darah dan langsung ganti kasa. Jika luka operasi keluar darah, maka segeralah untuk mengganti kasanya agar tidak basah atau lembab oleh darah. Karena darah merupakan kuman yang bisa cepat menyebar keseluruh bagian luka

c) Jaga luka agar tidak lembab. Usahakan semaksimal mungkin agar luka tetap kering karena tempat lembab akan menjadikan kuman cepat berkembang.

d) Menjaga kebersihan, agar luka operasi tidak terkena kotoran yang mengakibatkan cepat berkembangnya kuman, maka kebersihan diri

dan lingkungan sekitar semaksimal mungkin harus dijaga. Jauhkan luka dari kotoran, untuk itu seprei dan bantal harus selalu bersih dari debu.

- e) Gunakan bahan elastik atau pembalut yang kedap air (Opset) Jika mau mandi atau aktifitas yang mengharuskan bersentuhan dengan air, gunakan bahan plastik atau pembalut yang kedap air (opset) untuk melindungi luka bekas operasi agar tidak terkena air.

10. Keluarga Berencana

a. Keluarga Berencana

1) Definisi Keluarga Berencana

Keluarga Berencana adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan umur ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas.⁵⁵ Prinsip dasar metode kontrasepsi adalah mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi telur wanita (fertilisasi) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang di dalam rahim.⁴⁴

2) Tujuan Keluarga Berencana

Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia nomor 87 tahun 2014 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pengembangan Keluarga, Keluarga Berencana, dan Sistem Informasi Keluarga, kebijakan KB bertujuan untuk: ⁵⁶

- a) Mengatur kehamilan yang diinginkan
- b) Menjaga kesehatan dan menurunkan angka kematian ibu, bayi, dan anak
- c) Meningkatkan akses dan kualitas informasi, pendidikan, konseling, dan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi
- d) Meningkatkan partisipasi dan kesertaan pria dalam praktik Keluarga Berencana
- e) Mempromosikan penyusuan bayi sebagai upaya untuk menjarangkan jarak kehamilan.

3) Sasaran Keluarga Berencana

Sasaran Keluarga Berencana dibagi menjadi dua yaitu sasaran secara langsung dan sasaran tidak langsung. Adapun sasaran secara langsung adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang wanitanya berusia antara 15-49 tahun, bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan. Sedangkan untuk sasaran tidak langsungnya adalah pelaksana dan pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran hidup melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera.⁵⁷

b. Kontrasepsi

1) Definisi Kontrasepsi

Kontrasepsi berasal dari kata kontra dan konsepsi. Kontra yang berarti "melawan" atau "mencegah", sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur yang matang dengan sperma yang mengakibatkan kehamilan. Jadi kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan akibat adanya pertemuan antara sel telur.⁵⁸

2) Cara Kerja Kontrasepsi

Cara kerja kontrasepsi pada dasarnya adalah meniadakan pertemuan antara sel telur (ovum) dengan sel mani (sperma). Ada tiga cara untuk mencapai tujuan tersebut diantaranya adalah menekan keluarnya sel telur (ovulasi), menahan masuknya sperma ke dalam saluran kelamin wanita sampai mencapai ovum dan yang ketiga adalah menghalangi nidasi.⁵⁹

3) Macam-macam Kontrasepsi

a) Metode Sederhana/ Tradisional

(1) Tanpa alat

Metode kontrasepsi sederhana tanpa alat meliputi KB

Alamiah dan senggama terputus. KB Alamiah terdiri dari metode kalender, metode suhu basal, metode lendir serviks dan metode simptotermal. Metode kontrasepsi sementara pada masa antara yaitu Metode Amenore Laktasi (MAL) termasuk dalam jenis KB alamiah.⁶⁰

(2) Dengan alat

Metode kontrasepsi dengan alat adalah metode mekanis (barier) dan kimiawi. Metode mekanis meliputi kondom pria dan barier intra vaginal untuk wanita seperti diafragma, kap serviks dan spons. Penggunaan spermisida merupakan metode kimiawi kontrasepsi dengan alat.⁶⁰

b) Metode Modern

(1) Kontrasepsi hormonal

Kontrasepsi hormonal terbagi menjadi kontrasepsi oral, suntikan dan sub-kutis. Kontrasepsi oral merupakan kontrasepsi yang digunakan dengan cara diminum meliputi pil oral progestin (mini pil) dan pil kombinasi. Suntikan terdiri dari suntikan progestin yaitu DMPA dan suntikan kombinasi. Alat kontrasepsi hormonal progestin sub-kutis yaitu implan atau disebut juga dengan Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK).⁶⁰

(2) Alat Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR)

Metode kontrasepsi ini secara garis besar dibagi menjadi 2 yaitu AKDR yang mengandung hormon sintetik (sintetik progesteron) dan yang tidak mengandung hormone. AKDR yang mengandung hormon Progesterone atau Leunorgestrel yaitu Progestasert (Alza-T dengan daya kerja 1 tahun, LNG-20 mengandung Leunorgestrel.⁵⁶

(3) Kontrasepsi mantap

(a) Kontrasepsi mantap pada wanita

Penyinaran, penyumbatan tuba fallopii secara mekanis dan penyumbatan tuba fallopii secara kimiawi, serta Medis

Operatif Wanita (MOW). MOW sering dikenal dengan tubektomi karena prinsip metode ini adalah memotong atau mengikat saluran tuba/tuba falopii sehingga mencegah pertemuan antara ovum dan sperma.

(b) Kontrasepsi mantap pada pria

Medis Operatif Pria (MOP) atau vasektomi yaitu penyumbatan vas deferens secara mekanis dan penyumbatan vas deferens secara kimiawi sehingga cairan sperma tidak dapat keluar atau ejakulasi.^{56,58}

4) Fase dalam Penggunaan Kontrasepsi pada Program Keluarga Berencana

a) Fase menunda/mencegah kehamilan

Pada PUS dengan istri umur kurang dari 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilannya karena berbagai alasan. Untuk itu perlu penggunaan kontrasepsi untuk mencegah adanya kehamilan yang tidak direncanakan. Adapun syarat alat kontrasepsi yang diperlukan untuk fase ini adalah reversibilitas yang tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat terjamin hampir 100%, karena pada masa ini akseptor belum mempunyai anak; efektivitas yang tinggi, karena kegagalan akan menyebabkan terjadinya kehamilan dengan risiko tinggi dan kegagalan ini merupakan kegagalan program. Alat kontrasepsi yang direkomendasikan pada fase ini berturut-turut adalah pil, IUD mini, dan kontrasepsi sederhana.⁵⁵

b) Fase menjarangkan kehamilan

Periode umur istri antara 20-35 tahun merupakan periode umur paling baik untuk melahirkan dengan jumlah anak 2 orang dan jarak kelahiran adalah 2-4 tahun. Adapun ciri-ciri kontrasepsi yang sesuai pada fase ini adalah efektivitas cukup tinggi; reversibilitas cukup tinggi karena akseptor masih mengharapkan punya anak lagi; dapat dipakai 2-4 tahun yaitu sesuai dengan jarak kehamilan yang disarankan; tidak menghambat ASI, karena ASI merupakan

makanan terbaik untuk anak sampai umur 2 tahun dan akan mempengaruhi angka kesakitan serta kematian anak. Alat kontrasepsi yang direkomendasikan pada fase ini berturut-turut adalah IUD, suntik, pil, implant, dan kontrasepsi sederhana.⁵⁵

c) Fase menghentikan/mengakhiri kehamilan

Periode istri berumur lebih dari 35 tahun sangat dianjurkan untuk mengakhiri kesuburan setelah mempunyai anak lebih dari 2 orang dengan alasan medis yaitu akan timbul berbagai komplikasi pada masa kehamilan maupun persalinannya. Adapun syarat kontrasepsi yang disarankan digunakan pada fase ini adalah efektivitas sangat tinggi karena kegagalan menyebabkan terjadinya kehamilan dengan risiko tinggi bagi ibu maupun bayi, terlebih lagi akseptor tidak mengharapkan punya anak lagi; dapat dipakai untuk jangka panjang; tidak menambah kelainan yang sudah/mungkin ada karena pada umur ini risiko terjadi kelainan seperti penyakit jantung, hipertensi, keganasan dan metabolik meningkat. Alat kontrasepsi yang direkomendasikan pada fase ini berturut-turut adalah kontrasepsi mantap, IUD, implant, suntikan, sederhana, dan pil.⁵⁵

c. KB Metode Operatif Wanita (MOW)

1) Pengertian Metode Operatif Wanita (MOW)

MOW (Metode Operatif Wanita)/ Tubektomi atau juga dapat disebut dengan sterilisasi. MOW merupakan tindakan penutupan terhadap kedua saluran telur kanan dan kiri yang menyebabkan sel telur tidak dapat melewati saluran telur, dengan demikian sel telur tidak dapat bertemu dengan sperma laki laki sehingga tidak terjadi kehamilan, oleh karena itu gairah seks wania tidak akan turun.

Tubektomi adalah prosedur bedah sukarela untuk menghentikan fertilitas atau kesuburan perempuan dengan mengokulasi tuba fallopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin) sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum, jadi dasar dari MOW ini adalah

mengokulasi tubafallopei sehingga spermatozoa dan ovum tidak dapat bertemu.⁶¹

2) Syarat Metode Operatif Wanita (MOW)

Syarat dilakukan MOW yaitu sebagai berikut: ⁶¹

a. Syarat Sukarela

Syarat sukarela meliputi antara lain pengetahuan pasangan tentang cara cara kontrasepsi lain, resiko dan keuntungan kontrasepsi mantap serta pengetahuan tentang sifat permanen pada kontrasepsi ini.

b. Syarat Bahagia

Syarat bahagia dilihat dari ikatan perkawinan yang syah dan harmonis, umur istri sekurang kurangnya 25 dengan sekurang kurangnya 2 orang anak hidup dan anak terkecil lebih dari 2 tahun.

c. Syarat Medik

Setiap calon peserta kontrasepsi mantap wanita harus dapat memenuhi syarat kesehatan, artinya tidak ditemukan hambatan atau kontraindikasi untuk menjalani kontrasepsi mantap. Pemeriksaan seorang dokter diperlukan untuk dapat memutuskan apakah seseorang dapat menjalankan kontrasepsi mantap. Ibu yang tidak boleh menggunakan metode kontrasepsi mantap antara lain ibu yang mengalami peradangan dalam rongga panggul, obesitas berlebihan dan ibu yang sedang hamil atau dicurigai sedang hamil.

3) Teknik Metode Operatif Wanita (MOW)

a) Tahap persiapan pelaksanaan⁶¹

(1) Informed consent

(2) Riwayat medis/ kesehatan

(3) Pemeriksaan laboratorium

(4) Pengosongan kandung kencing, aseptis dan antisepsis daerah abdomen

(5) Anestesi

b) Tindakan pembedahan teknik yang digunakan dalam pelayanan

tubektomi antara lain: ⁶¹

a. Minilaparotomi

Metode ini merupakan penyederhanaan laparotomi terdahulu, hanya diperlukan sayatan kecil (sekitar 3 cm) baik pada daerah perut bawah (suprapubik) maupun sub umbilikal (pada lingkaran pusat bawah). Tindakan ini dapat dilakukan terhadap banyak klien, relative murah, dan dapat dilakukan oleh dokter yang mendapat pelatihan khusus. Operasi ini juga lebih aman dan efektif. Baik untuk masa interval maupun pasca persalinan, pengambilan tuba dilakukan melalui sayatan kecil. Setelah tuba didapat, kemudian dikeluarkan, diikat dan dipotong sebagian. Setelah itu, dinding perut ditutup kembali, luka sayatan ditutup dengan kasa yang kering dan steril serta bila tidak ditemukan komplikasi, klien dapat dipulangkan setelah 2 - 4 hari.

b. Laparaskopi

Prosedur ini memerlukan tenaga Spesialis Kebidanan dan Kandungan yang telah dilatih secara khusus agar pelaksanaannya aman dan efektif. Teknik ini dapat dilakukan pada 6 – 8 minggu pasca persalinan atau setelah abortus (tanpa komplikasi). Laparotomi sebaiknya dipergunakan pada jumlah klien yang cukup banyak karena peralatan laparaskopi dan biaya pemeliharaannya cukup mahal. Seperti halnya minilaparotomi, laparaskopi dapat digunakan dengan anestesi lokal dan diperlakukan sebagai klien rawat jalan setelah pelayanan.

c) Perawatan post operasi⁶¹

- (1)Istirahat 2-3 jam
- (2)Pemberian analgetik dan antibiotik bila perlu
- (3)Ambulasi dini
- (4)Diet biasa
- (5)Luka operasi jangan sampai basah, menghindari kerja berat selama 1 minggu, cari pertolongan medis bila demam (>38), rasa

sakit pada abdomen yang menetap, perdarahan luka insisi

4) Waktu Pelaksanaan Metode Operatif Wanita (MOW) ⁶¹

- a) Masa Interval (selama waktu selama siklus menstruasi)
- b) Pasca persalinan (post partum)

Tubektomi pasca persalinan sebaiknya dilakukan dalam 24 jam, atau selambat lambatnya dalam 48 jam pasca persalinan. Tubektomi pasca persalinan lewat dari 48 jam akan dipersulit oleh edema tuba dan infeksi yang akan menyebabkan kegagalan sterilisasi. Edema tuba akan berkurang setelah hari ke-7 sampai hari ke-10 pasca persalinan. Pada hari tersebut uterus dan alat alat genital lainnya telah mengecil dan menciut, maka operasi akan lebih sulit, mudah berdarah dan infeksi.

- c) Pasca keguguran, sesudah abortus dapat langsung dilakukan sterilisasi
- d) Waktu operasi membuka perut

Setiap operasi yang dilakukan dengan membuka dinding perut hendaknya harus dipikirkan apakah wanita tersebut sudah mempunyai indikasi untuk dilakukan sterilisasi. Hal ini harus diterangkan kepada pasangan suami istri karena kesempatan ini dapat dipergunakan sekaligus untuk melakukan kontrasepsi mantap.

5) Indikasi Metode Operatif Wanita (MOW)

Komperensi Khusus Perkumpulan untuk Sterilisasi Sukarela Indonesia tahun 1976 di Medan menganjurkan agar tubektomi dilakukan pada umur 25 – 40 tahun, dengan jumlah anak sebagai berikut:

- a. umur istri antara 25 – 30 tahun dengan 3 anak atau lebih
- b. umur istri antara 30 – 35 tahun dengan 2 anak atau lebih
- c. umur istri 35 – 40 tahun dengan satu anak atau lebih
- d. umur suami sekurang kurangnya berumur 30 tahun, kecuali apabila jumlah anaknya telah melebihi jumlah yang diinginkan oleh pasangan tersebut.⁶¹

6) Keuntungan Metode Operatif Wanita (MOW)

Menurut BKKBN, keuntungan dari kontrasepsi mantap ini antara lain: ⁶¹

- a. Perlindungan terhadap terjadinya kehamilan sangat tinggi
- b. Tidak mengganggu kehidupan suami istri
- c. Tidak mempengaruhi kehidupan suami istri
- d. Tidak mempengaruhi ASI
- e. Lebih aman (keluhan lebih sedikit), praktis (hanya memerlukan satu kali tindakan), lebih efektif (tingkat kegagalan sangat kecil), lebih ekonomis

7) Kerugian Metode Operatif Wanita (MOW)

Kerugian dalam menggunakan kontrasepsi mantap yaitu antara lain: ⁶¹

- a. Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini tidak dapat dipulihkan kembali.
- b. Klien dapat menyesal dikemudian hari.
- c. Resiko komplikasi kecil meningkat apabila digunakan anestesi umum.
- d. Rasa sakit/ketidakhnyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan
- e. Dilakukan oleh dokter yang terlatih dibutuhkan dokter spesialis ginekologi atau dokter spesialis bedah untuk proses laparoskopi.
- f. Tidak melindungi diri dari IMS

11. Kewenangan Kebidanan

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Undang-undang Nomor 4 tahun 2019 tentang Kebidanan. Terutama pasal 46 berisi tentang: Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan bertugas memberikan pelayanan yang meliputi:⁶²

- a. Pelayanan kesehatan ibu;
- b. Pelayanan kesehatan anak;
- c. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana;
- d. Pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang; dan/atau

e. Pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.

Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 47 ayat (1) , Bidan dapat berperan sebagai:

- a. pemberi Pelayanan Kebidanan;
- b. pengelola Pelayanan Kebidanan;
- c. penyuluh dan konselor;
- d. pendidik, pembimbing, dan fasilitator klinik;
- e. penggerak peran serta masyarakat dan pemberdayaan perempuan;
dan/atau
- f. peneliti.

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1) huruf a yang dijelaskan pada Pasal 49, Bidan berwenang:

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

Bidan memiliki wewenang dalam melakukan asuhan bayi baru lahir berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No.28 Tahun 2017 pasal 20 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan. Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf b diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak prasekolah. Dalam hal itu bidan berwenang melakukan pelayanan kesehatan neonatal esensia. Pelayanan neonatal esensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a meliputi inisiasi menyusui dini, pemotongan dan perawatan tali pusat, pemberian suntikan Vit

K1, pemberian imunisasi HB0, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pemantauan tanda bahaya, pemberian tanda identitas diri, dan merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil dan tepat waktu ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang lebih mampu.⁶³

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, Serta Pelayanan Kesehatan Seksual, Bagian Keempat tentang Pelayanan Kesehatan Masa Setelah Melahirkan Pasal 15 menyebutkan bahwa dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu, Bidan berwenang melakukan pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu, pemeriksaan tinggi fundus uteri, pemeriksaan lochia dan perdarahan, pemeriksaan jalan lahir, pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI Eksklusif, pemberian kapsul vitamin A, pelayanan kontrasepsi pascapersalinan, konseling dan penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada nifas.⁶⁴