

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

1. Asuhan Kebidanan Kehamilan

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

a. Pengkajian tanggal 12 Desember 2022

Asuhan kebidanan kehamilan pada Ny. R pertama kali dilakukan pada tanggal 12 Desember 2022, diperoleh data awal yaitu Ny. R usia 32 tahun, agama islam, pendidikan terakhir SMP, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, beralamat di Gebang RT 02/RW 02, Kemiri, Tanjungsari, Gunungkidul. Dilakukan anamnesa awal yaitu Ny. R tidak ada keluhan dan merasa nyaman dengan kehamilannya. Ny. R menikah 1 kali pada usia 21 tahun dan dengan suami sekarang sudah 11 tahun. Riwayat menstruasi menarache umur 12 tahun dengan siklus yang teratur, lamanya tujuh hari, sifat darah encer, dan tidak mengalami *flour albus* dan dimenorea. Bau khas darah haid serta kebiasaan ganti pembalut 3-4 kali dalam sehari. HPHT 15 April 2022 HPL 22 Januari 2023, saat ini umur kehamilan 34⁺³ minggu. Ny. R melakukan ANC sejak umur kehamilan 9⁺⁴ minggu, di Puskesmas dan Klinik dokter kandungan, dengan frekuensi periksa pada trimester I sebanyak satu kali, trimester II sebanyak tiga kali, trimester III sebanyak empat kali. Pergerakan janin yang pertama umur kehamilan 16 minggu dan pergerakan janin dalam 12 jam sebanyak ± 10 kali. Keluhan yang dirasakan selama kehamilan pada trimester I yaitu mual dan pusing, pada trimester II yaitu badan terasa pegal dan pada trimester III yaitu merasa mudah lelah. Status

imunisasi TT Ny. R sudah TT5 tahun 2018. Kehamilan ini merupakan kehamilan keempat, hamil pertama tahun 2011 lahir spontan cukup bulan ditolong oleh bidan jenis kelamin laki-laki dengan berat lahir 2950 gr. Hamil kedua tahun 2016 mengalami abortus pada usia kehamilan tujuh minggu. Hamil ketiga tahun 2018 lahir spontan cukup bulan ditolong oleh bidan jenis kelamin laki-laki dengan berat lahir 2500 gr. Riwayat kontrasepsi Ny. R sebelumnya menggunakan KB suntik tiga bulan sejak kelahiran anak pertamanya pada tahun 2011. Dalam penggunaan KB ibu hanya bisa bertahan selama dua tahun dikarenakan saat menggunakan KB suntik tiga bulanan ibu sering mengeluh pusing dan rambut rontok. Setelah itu, ibu berhenti menggunakan KB suntik tiga bulanan dan memilih berganti menggunakan kondom. Riwayat Kesehatan ibu dan keluarga tidak pernah/sedang menderita penyakit sistemik seperti hipertensi, DM, jantung, IMS, asma. Dalam keluarga tidak memiliki riwayat keturunan kembar dan ibu tidak ada alergi baik pada makanan, obat-obatan atau zat lain. Kehidupan sehari-hari ibu makan tiga kali sehari dengan macam jenis nasi, lauk, sayur dan buah, dengan jumlah satu porsi sedang. Kebutuhan minum \pm delapan gelas sehari dengan macam jenis air putih dan jus buah, dengan jumlah satu gelas ukuran sedang. Pola eliminasi BAB satu kali sehari dengan konsistensi lunak. Sedangkan BAK 5-7 kali sehari berwarna jernih. Pola aktivitas sehari-hari mengurus rumah tangga dan mengurus anak. Istirahat pada siang hari \pm satu jam dan malam hari \pm tujuh jam. Perilaku personal hygiene Ny. R mandi dua kali sehari, membersihkan alat kelamin setelah BAB/BAK/setelah mandi, mengganti pakaian dalam setelah mandi/dirasa tidak nyaman dan menggunakan jenis pakaian berbahan katun. Ny. R tidak memiliki kebiasaan minum jamu, minum minuman keras, merokok dan obat-obatan yang tidak sesuai dengan anjuran bidan/dokter. Ny. R dan keluarga menerima dan sangat senang dengan kehamilan ini karena ibu dan suami menginginkan anak perempuan.

Ny. R dan suami sudah mempersiapkan segala keperluan persiapan persalinan mulai dari biaya menggunakan BPJS dan tabungan pribadi, persiapan pakaian ibu dan bayi, transportasi yang digunakan motor, penolong persalinan bidan dan tempat persalinan di klinik/PMB, sudah mempersiapkan pendonor dari yaitu dari kakak kandung dan saudara sepupunya.

Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital menunjukkan keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tekanan darah 111/78 mmHg, nadi 82 x/menit, respirasi 20 x/menit, dan suhu 36,4 °C. Hasil pemeriksaan antropometri yaitu BB hamil 59 kg, tinggi badan 156 cm, LILA 25 cm, dan IMT 20,95 kg/m². Hasil pemeriksaan fisik pada mata simetri, sclera putih, konjungtiva merah muda. Pada mulut simetris, tidak stomatitis, tidak pucat. Pada leher tidak ada pembengkakan pada kelenjar tiroid, limfe dan vena jugularis. Pada abdomen hasil Leopold I TFU pertengahan proxymphoideus dan pusat teraba bulat lunak tidak melenting (bokong), Leopold II bagian kanan teraba datar, keras, memanjang (punggung) dan bagian kiri teraba tonjolan-tonjolan kecil (ekstermitas), Leopold III teraba bulat, keras, melenting (kepala) masih bisa digoyangkan, dan Leopold IV kepala belum masuk panggul, tangan sejajar (konvergen). TFU 19 cm, DJJ 138 x/menit. Irama teratur dan TBJ (19-12) x 155 = 1085 gram. Pada ekstermitas tidak terdapat oedem dan varises. Hasil pemeriksaan penunjang laboratorium pada tanggal 28 Juli 2022 didapatkan hasil hemoglobin 11,9 gr%, HIV negatif, sifilis negatif, HBSAg negatif dan golongan darah B.

Berdasarkan data subjektif dan objektif diperoleh diagnosa Ny. R usia 32 tahun G4P2Ab1Ah2 umur kehamilan 34⁺³ minggu janin tunggal intrauterine, hidup, presentasi kepala, punggung kanan dengan grande multipara. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberitahu ibu hasil pemeriksaan kehamilan dalam keadaan sehat dan normal, memberikan edukasi terkait nutrisi selama kehamilan

yaitu dengan mengonsumsi makanan sehat yang bergizi, sayur, buah, mencukupi kebutuhan protein baik nabati maupun hewani, serta mencukupi kebutuhan mineral tubuh dengan perbanyak minum kurang lebih dua liter perhari, memberikan edukasi terkait pola istirahat, bahwa ibu harus mengurangi aktivitas yang berat-berat, perbanyak istirahat \pm 8 jam sehari, memberikan edukasi terkait pemantauan gerak janin yang dalam 12 jam setidaknya gerak minimal 10 kali. Dan apabila dalam 12 jam gerak janin kurang dari 12 kali maka ibu dianjurkan untuk segera periksa atau melakukan USG untuk memastikan keadaan janin dalam kandungan, memberikan edukasi tentang risiko kehamilan pada paritas \geq empat kali serta menjelaskan atau menekankan tentang pemilihan KB MKJP dan kontrasepsi mantap pada ibu dengan mempertimbangkan usia dan jumlah paritas ibu saat ini, memberikan edukasi terkait tanda bahaya kehamilan trimester III yaitu demam tinggi, bengkak kaki, tangan dan wajah atau sakit kepala disertai kejang, air ketuban keluar sebelum waktunya, pendarahan, janin dirasakan kurang bergerak dibandingkan sebelumnya, memberikan edukasi terkait P4K atau persiapan persalinan seperti ibu harus sudah mempersiapkan dan memikirkan akan lahiran dimana, ditolong oleh siapa, biaya persalinan bagaimana, menggunakan kendaraan apa, menggunakan KB apa, dan siapa yang akan menjadi pendonor darah jika dibutuhkan, memberikan edukasi terkait konsumsi obat/suplemen kehamilan seperti kalk, tablet Fe, dan vitamin C, bahwasannya dalam mengonsumsi obat harus sesuai anjuran yang diberikan serta tidak boleh dibarengkan dengan teh, susu atau kopi, hanya boleh menggunakan air putih atau air jeruk supaya dapat diserap tubuh sempurna. Mengonsumsi tablet Fe dan Kalk tidak boleh diminum secara bersamaan karena akan menghambat penyerapan zat besi dalam tubuh dan menganjurkan ibu untuk selalu rutin periksa kehamilannya supaya tetap dalam pengawasan

bidan/dokter dan apabila ibu menemui salah satu tanda bahaya dalam kehamilan ibu dianjurkan untuk segera periksa.

b. Pengkajian tanggal 27 Desember 2022

Berdasarkan data yang didapat di buku KIA, Ny. R datang periksa ke puskesmas ingin memeriksakan kehamilannya dan tidak ada keluhan. Hasil pemeriksaan keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 89 x/menit, respirasi 20 x/menit, suhu 36,2 °C, BB 60 kg, UK 36⁺⁴ minggu, Leopold I TFU tiga jari bawah proxymphoideus pada fundus teraba bokong. TFU Mc Donald 20 cm, Leopold II teraba punggung bagian kanan, teraba ekstermitas bagian kiri, Leopold III teraba kepala janin dan masih bisa digoyangkan, Leopold IV belum masuk panggul (konvergen), dan DJJ 149 x/menit.

Berdasarkan data subjektif dan objektif diperoleh diagnosa Ny. R usia 32 tahun G4P2Ab1Ah2 umur kehamilan 36⁺⁴ minggu janin tunggal intrauterine, hidup, presentasi kepala, punggung kanan dengan grande multipara. Penatalaksanaan yang dilakukan memberitahu ibu hasil pemeriksaan kehamilan dalam keadaan sehat dan normal, memberikan edukasi terkait nutrisi selama kehamilan yaitu dengan mengonsumsi makanan sehat yang bergizi, sayur, buah, mencukupi kebutuhan protein baik nabati maupun hewani, serta mencukupi kebutuhan mineral tubuh dengan perbanyak minum kurang lebih dua liter perhari, memberikan edukasi terkait pemantauan gerak janin yang dalam 12 jam setidaknya gerak minimal 10 kali. Dan apabila dalam 12 jam gerak janin kurang dari 12 kali maka ibu dianjurkan untuk segera periksa atau melakukan USG untuk memastikan keadaan janin dalam kandungan, memberikan edukasi terkait konsumsi obat/suplemen kehamilan seperti kalsium, tablet Fe, dan vitamin C, bahwasannya dalam mengonsumsi obat harus sesuai anjuran yang diberikan serta tidak boleh dibarengkan dengan teh, susu atau kopi, hanya boleh menggunakan air putih atau air jeruk supaya

dapat diserap tubuh sempurna. Mengonsumsi tablet Fe dan kalsium tidak boleh diminum secara bersamaan karena akan menghambat penyerapan zat besi dalam tubuh, serta menganjurkan ibu untuk selalu rutin memeriksa kehamilannya supaya tetap dalam pengawasan bidan/dokter dan apabila ibu menemui salah satu tanda bahaya dalam kehamilan ibu dianjurkan untuk segera diperiksa.

c. Pengkajian tanggal 7 Januari 2023

Berdasarkan data yang didapat di buku KIA, Ny. R datang memeriksa ke puskesmas ingin memeriksakan kehamilannya dan tidak ada keluhan. Hasil pemeriksaan keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 90 x/menit, respirasi 19 x/menit, suhu 36,5 °C, BB 62 kg, UK 38 minggu, Leopold I TFU tiga jari bawah proxymphoideus pada fundus teraba bokong. TFU Mc Donald 21 cm, Leopold II teraba punggung bagian kanan, teraba ekstermitas bagian kiri, Leopold III teraba kepala janin masih bisa digoyangkan, Leopold IV belum masuk panggul (konvergen), dan DJJ 151 x/menit.

Berdasarkan data subjektif dan objektif diperoleh diagnosis Ny. R usia 32 tahun G4P2Ab1Ah2 umur kehamilan 38 minggu minggu janin tunggal intrauterine, hidup, presentasi kepala, punggung kanan dengan grande multipara Susp. IUGR. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberitahu ibu hasil pemeriksaan kehamilan dalam keadaan sehat, namun hasil pemeriksaan TFU tidak sebanding dengan umur kehamilannya. Oleh karena itu ibu harus memastikan dengan dokter SpOG supaya mendapatkan tindakan lebih lanjut, untuk menghindari hal-hal yang tidak diinginkan, memberikan edukasi terkait tanda bahaya IUGR yaitu meningkatkan risiko mortalitas dan morbiditas janin, persalinan preterm, komplikasi neonatus seperti asfiksia perinatal, gangguan termoregulasi, hipoglikemia, hipokalsemia dan gangguan fungsi imun, memberikan edukasi terkait nutrisi selama kehamilan yaitu dengan mengonsumsi makanan sehat

yang bergizi, sayur, buah, mencukupi kebutuhan protein baik nabati maupun hewani, serta mencukupi kebutuhan mineral tubuh dengan perbanyak minum kurang lebih dua liter perhari, memberikan edukasi terkait pemantauan gerak janin yang dalam 12 jam setidaknya gerak minimal 10 kali. Dan apabila dalam 12 jam gerak janin kurang dari 12 kali maka ibu dianjurkan untuk segera periksa atau melakukan USG untuk memastikan keadaan janin dalam kandungan, memberikan edukasi terkait konsumsi obat/suplemen kehamilan seperti kalk, tablet Fe, dan vitamin C, bahwasannya dalam mengonsumsi obat harus sesuai anjuran yang diberikan serta tidak boleh dibarengkan dengan teh, susu atau kopi, hanya boleh menggunakan air putih atau air jeruk supaya dapat diserap tubuh sempurna. Mengonsumsi tablet Fe dan kalk tidak boleh diminum secara bersamaan karena akan menghambat penyerapan zat besi dalam tubuh, memberikan support dan motivasi kepada ibu untuk selalu semangat dan berdoa semoga dilancarkan dan semua dalam kondisi sehat baik ibu maupun bayinya, serta merujuk ibu ke rumah sakit terkait besarnya TFU tidak sebanding dengan umur kehamilannya atau kemungkinan suspect IUGR, dengan tujuan untuk memastikan kembali kehamilannya, supaya mendapatkan tindak lanjut sesuai kewenangan yang diberikan oleh dokter.

2. Asuhan Kebidanan Persalinan

Berdasarkan data yang didapat melalui via *whatsApp*, ibu datang ke Rumah Sakit Panti Rahayu berdasarkan rujukan dari Puskesmas Tanjungsari untuk mendapatkan tindak lanjut terhadap diagnosa pemeriksaan Susp. IUGR. Pada saat datang ke rumah sakit ibu sudah merasakan kenceng-kenceng, namun masih hilang timbul dan ibu sudah merasakan rembesan dari air ketuban sejak tanggal 08 Januari 2023 pukul 13.00 WIB. Saat ini usia kehamilan ibu 38⁺⁴ minggu. Ibu makan terakhir tanggal 09 Januari 2023 pukul 07.00 WIB. BAB terakhir tanggal 08 Januari 2023 pukul 21.00 WIB. BAK terakhir tanggal 09 Januari 2023 pukul 09.00 WIB.

Ibu mulai dirawat sejak tanggal 09 Januari 2023 pukul 15.00 WIB. Ibu mendapatkan edukasi prosedur pre operasi mengenai pemeriksaan tanda-tanda vital, menjelaskan mengenai prosedur operasi dan selanjutnya menandatangani formulir persetujuan tindakan operasi (*informed consent*), mengintrusikan ibu untuk puasa sebelum tindakan operasi dilakukan, dilakukan pemasangan infus. Ibu mulai masuk ruang operasi tanggal 10 Januari 2023 pukul 11.45 WIB, dan bayi lahir secara SC pukul 12.37 WIB, kondisi bayi saat lahir segera menangis dan anggota gerak kebiruan, dengan jenis kelamin perempuan. Setelah selesai operasi bayi dilakukan observasi di ruang NICU untuk pemantauan lebih lanjut karena berat lahir hanya 1900 gram dan panjang badan 42 cm.

3. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir dan Neonatus

a. Pengkajian tanggal 10 Januari 2023

Berdasarkan data yang didapat melalui via *whatsApp*, bayi Ny. R lahir tanggal 10 Januari 2023 pukul 12.37 WIB secara Caesar atas indikasi KPD dan Susp. IUGR. Bayi Ny. R kondisi saat lahir segera menangis, namun anggota gerak kebiruan. Hasil pemeriksaan berdasarkan buku KIA diperoleh berat badan lahir 1900 gram, panjang badan 42 cm, lingkar kepala 32 cm dan jenis kelamin perempuan. Pemeriksaan fisik bayi yang lain dalam batas normal dan tidak ditemukan adanya kelainan. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu pengisapan lendir, pemberian salep mata kanan dan kiri serta injeksi vitamin K 1 mg secara IM pada paha kiri 1/3 bagian luar atas, serta menjaga kehangatan bayi selanjutnya dilakukan perawatan dan observasi diruang NICU untuk pemantauan lebih lanjut terkait dengan kondisinya, dan mendapat asuhan sesuai dengan advice dokter. Pada saat bayinya dirawat diruang NICU ibu tetap semangat memompa ASI dan diberikan ke ruang NICU untuk kebutuhan bayinya.

b. Pengkajian tanggal 20 Januari 2023

Berdasarkan data yang didapat via *whatsApp*, ibu mengatakan bayinya sudah dibawa pulang, sejak tanggal 13 Januari 2023. Saat ini

kondisinya baik, mau menyusu dengan kuat. Bayinya hanya diberikan ASI tanpa susu formula. Sudah BAB dan BAK dengan lancar. Bayi sehat, tali pusat bersih kering tidak terdapat tanda infeksi. Setiap pagi bayinya dijemur ± 1 jam sekitar pukul 08.00 WIB. Bayi Ny. R sudah diberi imunisasi HB-0 tanggal 19 Januari 2023. Bayi dalam keadaan umum baik, berat badan 2100 gram dan tidak ikterik.

Berdasarkan data subjektif dan objektif diperoleh diagnosa By. Ny. R usia 10 Hari cukup bulan, sesuai masa kehamilan, neonatus normal. Penatalaksanaan yang dilakukan menganjurkan ibu untuk selalu tetap menjaga kehangatan bayinya seperti selalu memakaikannya bedong, memberikan selimut dan topi karena bayi memiliki jaringan lemak di bawah kulit yang masih sedikit sehingga apabila terpapar suhu lingkungan yang dingin maka akan menyebabkan hipotermia, selain itu menjaga kehangatan bayi juga dapat membantu meningkatkan berat badan bayi, menganjurkan ibu untuk selalu memberikan ASI secara *on demand* (kira-kira 8-12 kali dalam sehari) atau minimal dua jam sekali, dengan begitu maka berat badan bayi akan bertambah dengan cepat. Menghimbau ibu untuk tetap memberikan ASI saja selama enam bulan tanpa selingan dengan susu formula, memberikan edukasi terkait perawatan bayi dengan metode kanguru untuk bayi dengan berat lahir <2500 gram. Perawatan metode kanguru disarankan untuk bayi kecil karena menjaga kehangatan dan meningkatkan asupan ASI, menganjurkan ibu untuk tetap merawat bayinya terutama pada tali pusat dengan prinsip bersih kering supaya terhindar dari infeksi.

c. Pengkajian tanggal 05 Februari 2023

Berdasarkan data subjektif, ibu mengatakan bayinya dalam keadaan sehat. Mau menyusu dengan kuat, BAB, BAK lancar tidak ada keluhan. Tali pusat sudah puput saat usia 14 hari. Data objektif yang didapatkan keadaan umum bayi baik, warna kulit tidak ikterik, BB 2845 gram, panjang badan 47 cm, LK 32 cm, LD, 33 cm, Lila 11

cm, suhu 36,8 °C, frekuensi napas 43 x/menit, denyut jantung 136 x/menit, tali pusat sudah lepas dan bersih, gerak reflek aktif dan tonus otot serta gerakan aktif.

Berdasarkan data subjektif dan objektif diperoleh diagnosa By. Ny. R usia 28 hari cukup bulan, sesuai masa kehamilan, neonates normal. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberitahu hasil pemeriksaan baik, pertumbuhan dan perkembangan dari setelah lahir hingga saat ini cukup baik, menganjurkan ibu untuk menjaga kebutuhan nutrisi bayi setiap dua jam untuk pemenuhan gizi (menyusui), memberikan edukasi kepada ibu untuk tetap memberikan ASI Eksklusif selama enam bulan tanpa tambahan susu formula, memberi edukais terkait tanda bahaya pada bayi seperti tali pusat berbau/bernanah, tinja bayi saat buang air besar berwarna pucat, demam tinggi, diare, muntah-muntah, kulitb dan mata bayi kuning, lemah, kejang, menangis/merintih menerus, sesak napas, tidak mau menyusu. Jika terdapat salah satu dari tanda bahaya maka ibu dianjurkan untuk segera periksa ke fasilitas kesehatan, menganjurkan ibu untuk rajin memberikan imunisasi dasar lengkap pada bayinya, dan senantiasa memantau jadwal imunisasi setiap bulannya di buku KIA, dan menganjurkan ibu untuk rutin membawa bayinya ke posyandu untuk pemantauan pertumbuhan dan perkembangannya, supaya tidak terjadi penyimpangan dengan usia dan keadaan normalnya.

4. Asuhan Kebidanan Nifas

a. Pengkajian tanggal 10 Januari 2023

Berdasarkan data yang didapat melalui via *whatsApp*, ibu mengatakan sudah bisa mobilisasi dini, namun masih merasakan nyeri pada luka SC. Hasil pemeriksaan di rumah sakit menunjukkan bahwa ibu dalam kondisi baik, ASI sudah keluar, perut teraba keras, pengeluaran darah dalam batas normal. Didapatkan diagnosa Ny. R usia 32 tahun P3Ab1Ah3 postpartum 8 jam normal. Penatalaksanaan

yang dilakukan di rumah sakit yaitu memberikan KIE perawatan luka jahitan, kebersihan diri dan kemaluannya, memberikan ASI Eksklusif agar tercipta bonding yang baik antara ibu dan bayi, pemenuhan nutrisi selama nifas tercukupi dengan perbanyak protein hewani untuk membantu penyembuhan luka, pemenuhan kebutuhan istirahat dan selalu menjaga dan mengerti akan tanda-tanda bahaya nifas.

b. Pengkajian tanggal 20 Januari 2023

Berdasarkan data yang didapat melalui via *whatsApp*, ibu mengatakansaat ini kondisinya dalam keadaan baik tidak ada keluhan. BAB dan BAK lancar, ASI keluar lancar, perut terasa kencang, luka jahitan sudah tidak terasa nyeri, perdarahan normal seperti saat menstruasi, warna darah tampak merah kecoklatan. Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, hasil pemeriksaan dalam buku KIA menunjukkan ibu dalam kondisi baik. Didapatkan diagnosa Ny. R usia 32 tahun P3Ab1Ah3 nifas hari ke-10 normal.

Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu menganjurkan ibu untuk makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, buah-buahan, sangat dianjurkan untuk perbanyak konsumsi protein hewani untuk membantu proses penyembuhan luka, menganjurkan ibu untruk mencukupi kebutuhan minum pada enam bulan pertama 14 gelas sehari dan enam bulan kedua 12 gelas sehari, menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembali sesering mungkin, menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup, saat bayi tidur ibu istirahat, menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan luka bekas operasi dan melakukan latihan fisik dilakukan setelah tiga bulan pasca melahirkan, memberi edukasi terkait tanda bahaya nifas yaitu demam lebih dari dua hari, keluar cairan berbau dari jalan lahir, payudara bengkak, merah disertai rasa sakit, bengkak di wajah, tangan dan kaki atau sakit kepala dan kejang-kejang, perdarahan lewat jalan lahir, ibu terlihat sedih dan murung menangis

tanpa sebab (depresi), serta memberi edukasi terkait hal-hal yang harus dihindari oleh ibu selama nifas yaitu membersihkan payudara dengan alkohol/povidon iodine/obat merah/sabun karena bisa terminum bayi, menempelkan daun-daunan pada kemaluan karena akan menimbulkan infeksi, mengikat perut terlalu kencang, latihan fisik dengan posisi telungkup.

c. Pengkajian tanggal 05 Februari 2023

Berdasarkan data subjektif, ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan, luka jahitan sudah tidak terasa nyeri dan perdarahan hanya tinggal flek-flek. Hasil pemeriksaan didapatkan keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, tekanan darah 122/84 mmHg, nadi 92 x/menit, respirasi 19 x/menit, suhu 36,3 °C, BB 58 kg, TFU tidak teraba, lochea alba, dan payudara tidak lecet dan ASI (+).

Berdasarkan data subjektif dan objektif diperoleh diagnosa Ny. R usia 32 tahun P3Ab1Ah3 nifas hari ke-28 normal. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu menganjurkan ibu untuk makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, buah-buahan dan sangat dianjurkan untuk perbanyak konsumsi protein hewani untuk membantu proses penyembuhan luka. Bidan menganjurkan ibu untuk mencukupi kebutuhan minum pada enam bulan pertama 14 gelas sehari dan enam bulan kedua 12 gelas sehari. Bidan menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin. Bidan juga menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup, saat bayi tidur ibu istirahat. Ibu dianjurkan untuk menjaga kebersihan luka bekas operasi dan melakukan latihan fisik dilakukan setelah tiga bulan pasca melahirkan. Ibu juga diajarkan bagaimana cara menyusui yang benar dan hanya memberikan ASI saja selama enam bulan, serta memberikan edukasi terkait perawatan bayi yang benar, seperti yang sudah ada di buku KIA dan ibu

dianjurkan konsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan.

5. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

Asuhan kebidanan pada kesehatan reproduksi Ny. R dilakukan pada tanggal 22 Maret 2023. Ibu mengatakan saat ini belum menggunakan KB, namun setelah berdiskusi dengan suami, ibu berencana akan menggunakan KB Implant. Karena jika menggunakan KB suntik ibu takut dengan efek samping seperti yang sudah terjadi sebelumnya, dan jika menggunakan KB IUD ibu takut karena ibu mendengar cerita dari tetangga tentang KB IUD, dan jika menggunakan KB pil ibu takut lupa minum dan akan berakibat yang tidak diinginkan. Riwayat kesehatan ibu tidak pernah/sedang menderita penyakit sistemik seperti hipertensi, DM, jantung, kanker payudara, tumor payudara, miom. Hasil pemeriksaan keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tekanan darah 117/81 mmHg, nadi 82 x/menit, respirasi 20 x/menit, suhu 36,4 °C, BB 57 kg, dan ASI (+).

Berdasarkan data subjektif dan objektif diperoleh diagnosa Ny. R usia 32 tahun P3Ab1Ah3 dengan konseling KB. Penatalaksanaan yang dilakukan memberitahu ibu hasil pemeriksaan dalam keadaan baik. Memberikan KIE kepada ibu tentang mekanisme kerja masing-masing KB. Memberikan KIE kepada ibu tentang efek samping masing-masing KB.

B. Kajian Teori

1. Konsep Dasar Teori Kehamilan

a. Definisi Kehamilan

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterin mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan.⁶ Lamanya kehamilan normal adalah 280 hari (40 minggu atau sembilan bulan tujuh hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam tiga periode yaitu triwulan pertama dari konsepsi sampai tiga bulan, triwulan kedua dari bulan keempat

sampai enam bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai sembilan bulan. Kehamilan melibatkan perubahan fisik maupun emosional dari ibu serta perubahan sosial dalam keluarga, pada umumnya kehamilan berkembang dengan normal dan menghasilkan kelahiran bayi sehat cukup bulan melalui jalan lahir namun kadang-kadang tidak sesuai dengan yang diharapkan.⁷

b. *Antenatal Care* (ANC)

1) Definisi *Antenatal Care* (ANC)

Antenatal Care adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan selama kehamilan.⁶

2) Tujuan *Antenatal Care* (ANC)⁸

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

3) Frekuensi kunjungan *Antenatal Care* (ANC)⁸

- a) Minimal dua kali pada trimester I
- b) Minimal satu kali pada trimester II

- c) Minimal tiga kali pada trimester III
- 4) Pelayanan sesuai standart, yaitu 10 T

Sesuai dengan kebijakan Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia (PPIBI), ada sepuluh standar pelayanan yang harus dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang dikenal dengan 10T. Pelayanan atau asuhan standar minimal 10T adalah sebagai berikut:⁸

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

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

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

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

- c) Ukur tekanan darah (T3)

Tekanan darah yang normal 100/70 – 140/90 mmHg, pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah melebihi 140/90 mmHg) perlu diwaspadai

pada kehamilan dan terjadinya *pre eklampsia* (hipertensi disertai odema wajah dan atau tungkai bawah; dan atau proteinuria.

d) Ukur tinggi fundus uteri (T4)

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

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

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

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

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

Tabel 1. Skrining Imunisasi TT

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

Sumber: PPIBI, 2016: 60

Tabel 2. Interval dalam Perlindungan TT Imunisasi

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

Sumber: PPIBI, 2016: 60

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

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

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

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

(1) Pemeriksaan rutin

(a) Pemeriksaan golongan darah

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

(b) Pemeriksaan kadar haemoglobin darah (Hb)

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

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

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

(d) Pemeriksaan protein dalam *urine*

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

(e) Pemeriksaan Hbsag

Semua Ibu hamil secara rutin harus menjalani pemeriksaan HBsAg pada kunjungan awal / trimester I dalam setiap kehamilan, ibu hamil yang

berstatus HBsAg positif, bayinya harus dijamin mendapatkan vaksinasi atau imonoglobulin sesuai kebutuhan

(f) Pemeriksaan dengan indikasi

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

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

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

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

i) Tatalaksana atau penanganan Kasus (T9)

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

j) Temu wicara (Konseling) (T10)

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

c. Tanda dan Gejala Kehamilan

Pengetahuan tentang kondisi fisiologis pada awal kehamilan penting dimiliki untuk memahami tanda dugaan (*presumptive*) dan tanda kemungkinan (*probable*) kehamilan. Tanda dugaan kehamilan meliputi perubahan-perubahan fisiologis yang dialami oleh wanita dan pada sebagian besar kasus mengindikasikan bahwa seorang wanita sedang hamil seperti *amenore* (tidak haid), pembesaran payudara, perasaan mengidam (menginginkan makanan tertentu), mual muntah di pagi hari, tidak suka makanan tertentu, tidak tahan bau-bauan, *hipersalivasi*, pigmentasi kulit, sering kencing.⁹¹⁰

Tanda kemungkinan kehamilan meliputi perubahan-perubahan anatomi dan fisiologi, selain tanda-tanda dugaan kehamilan, yang terdeteksi saat pemeriksaan dan didokumentasi oleh pemeriksa, seperti pembesaran rahim dan perut, tanda *Hegar*, tanda *Chadwick*, tanda *Piskacek*, *ballotement*, adanya kontraksi uterus saat diraba dan reaksi pemeriksaan kehamilan positif.

Tanda-tanda pasti (positif) kehamilan adalah tanda-tanda yang secara langsung berhubungan dengan janin, sebagaimana dideteksi dan didokumentasi oleh pemeriksa yaitu tampak *fetal plate* pada pemeriksaan USG, adanya kantung gestasi, teraba bagian-bagian janin, terdapat denyut jantung janin.

d. Perubahan Fisiologis dan Psikologis

1) Perubahan Fisik

a) Rahim/Uterus

Rahim perubahan yang amat jelas adalah pembesaran rahim untuk menyimpan bayi yang ditumbuh. Peningkatan ukuran ini disebabkan membesar dan meragang yang disebabkan oleh rangsangan estrogen serta progesteron dan terjadi akibat tekanan mekanik dari dalam yaitu janin, plasenta serta cairan ketuban akan memerlukan lebih banyak ruangan.

b) Vagina

Vagina sampai minggu ke-8, meningkatnya vaskularisasi dan pengaruh hormone estrogen pada vagina menyebabkan tanda kehamilan yang khas disebut tanda *chadwick*, yang berwarna kebiru-biruan yang dapat terlihat oleh pemeriksa. Respon lain pengaruh hormonal adalah sekresi sel-sel vagina meningkat, sekresi tersebut berwarna putih yang bersifat sangat asam, dikenal dengan istilah “putih” atau *leucorrhoea*.

c) Ovarium

Ovarium merupakan sumber hormone estrogen dan progesteron pada wanita tidak hamil. Pada kehamilan ovulasi berhenti, corpus luteum terus tumbuh sampai terbentuk plasenta yang mengambil alih pengeluaran hormone estrogen dan progesterone. Plasenta juga membentuk hormon yang lain seperti *human chorionic gonadotropin* (HCG), *human placenta lactogen* (HPL), juga disebut *human chorionic somatomotropin* (hCS) dan *human chorionic thyrotropin* (hCT).

d) Dinding Perut

Dinding perut dengan pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan robeknya serabut elastis di bawah kulit, maka timbullah striae gravidarum. Kulit perut

pada linia alba (garis keputih) bertambah pigmentasinya disebut linia nigra.

e) Kulit

Kulit akibat membesarnya rahim dan pertumbuhan janin, perut menonjol keluar. Serabut-serabut elastis dari lapisan kulit terdalam terpisah dan terputus karena regangan. Tanda regangan yang disebut striae gravidarum terlihat pada abdomen dan bokong terjadi pada 50% wanita hamil dan menghilang menjadi bayangan lebih terang setelah melahirkan. Perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh rangsangan hormone melanophore.

f) Payudara

Payudara terjadi perubahan secara bertahap mengalami pembesaran karena peningkatan pertumbuhan jaringan alveoli dan suplai darah. Puting susu menjadi menonjol dan keras, perubahan ini yang membawa fungsi laktasi, disebabkan oleh peningkatan kadar hormone estrogen, progesteron, laktogen dan prolaktin.

g) Sistem Sirkulasi Darah

Sistem sirkulasi darah sebagaimana kehamilan berlanjut, volume darah meningkat bertahap sampai mencapai 30% sampai 50% diatas tingkat pada keadaan tidak hamil.

h) Sistem Pernapasan

Wanita hamil kadang-kadang mengeluh sesak dan pendek nafas, dikarenakan pada wanita hamil terjadi perubahan system respirasi untuk dapat memenuhi kebutuhan oksigen. Disamping itu terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar pada umur kehamilan 32 minggu.

i) Sistem Gastrointestinal

Sistem gastrointestinal dapat terpengaruh oleh karena kehamilan, penyebabnya adalah faktor hormonal dan

mekanis. Tingginya kadar progesteron mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah.

j) Sistem Urinari

Sistem urinari pada awal kehamilan suplai darah ke kandung kemih meningkat dan pembesaran uterus menekan kandung kemih, menyebabkan sering kemih. Terjadinya hemodilusi menyebabkan metabolisme air makin lancar sehingga pembentukan air seni pun bertambah.

k) Berat Badan

Berat badan pada wanita hamil peningkatan berat badan normalnya sama dengan 25% dari berat badan sebelumnya, peningkatan yang utama adalah pada trimester kedua kehamilan.

l) Sistem Muskuloskeletal

Selama masa kehamilan wanita membutuhkan kira-kira lebih banyak kalsium dan fosfor, dengan makan makanan yang seimbang kebutuhan tersebut akan terpenuhi. Postur tubuh pada wanita mengalami perubahan secara bertahap karena janin membesar bertahap dalam rahim.¹¹

2) Perubahan Psikologis

Perubahan psikologis pada wanita hamil merupakan salah satu dari tiga perubahan dalam hidupnya, ialah puberta, kehamilan dan menopause perubahan yang terjadi merupakan suatu respon terhadap suatu respon terhadap kehamilannya, akibat peningkatan hormone dapat mempengaruhi suasana hati dan karena yang kadarnya yang naik turun maka demikian juga suasana hati wanita, biasanya wanita menjadi labil, lebih emosional, muah tersinggung, mudah adanya depresi, marah, sedih, takut, khawatir, tingkah laku berubah lain tidak sama sebelum hamil perubahan ini harus di hadapi sekalipun agak membingungkan sementara waktu.

Perubahan selama kehamilan tidak dapat di hindari, sering dalam waktu yang singkat, ada beberapa sosial dan ahli klinis menyatakan bahwa kehamilan adalah salah satu tipe krisis, terdapat teori krisis yaitu pada awalnya mengalami syok dan menyangkal, kebingungan dengan masalah yang mengganggu. Pada periode ini, berbagai alternative seperti aborsi, atau adopsi yang menjadi pertimbangan, legal etik, moral dan ekonomi agar dapat menerima keadaan ini membutuhkan waktu satu sampai enam minggu untuk mengatasinya membutuhkan dukungan situasional yang mereka harapkan.¹²

a. Perubahan Trimester III

1) Perubahan Fisiologis Trimester III

a) Minggu ke-28/bulan ke-7

Fundus berada dipertengahan antara pusat dan sifoudeus. Hemoroid mungkin terjadi. Pernapasan dada menggantikan pernapasan perut. Garis bentuk janin dapat dipalpasi. Rasa panas perut mungkin terasa.

b) Minggu ke-32/ bulan ke-8

Fundus mencapai prosesus sifoideus, payudara penuh, dan nyeri tekan. Sering BAK mungkin kembali terjadi. Selain itu, mungkin juga terjadi dispnea.

c) Minggu ke-38/ bulan ke-9

Penurunan bayi ke dalam pelvis/panggul ibu (*lightening*). Plasenta setebal hampir empat kali waktu usia kehamilan 18 minggu dan beratnya 0,5-0,6 kg. Sakit punggung dan sering BAK meningkat. Braxton Hicks meningkat karena serviks dan segmen bawah rahim disiapkan untuk persalinan.⁹

2) Perubahan Psikologis Trimester III

Perubahan psikologis pada masa kehamilan Trimester III , yaitu:⁹

a) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik

- b) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu
- c) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya
- d) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya
- e) Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya
- f) Merasa kehilangan perhatian
- g) Perasaan mudah terluka (sensitif) dan libido menurun

3) Ketidaknyamanan Trimester III

a) Sering Berkemih

Keluhan sering berkemih karena tertekannya kandung kemih oleh uterus yang semakin membesar dan menyebabkan kapasitas kandung kemih berkurang serta frekuensi berkemih meningkat. Dalam menangani keluhan ini, bidan dapat menjelaskan pada ibu bahwa selama kehamilan merupakan hal yang normal akibat dari perubahan yang terjadi selama kehamilan, menganjurkan ibu untuk mengurangi asupan cairan dua jam sebelum tidur agar istirahat ibu tidak akan terganggu.⁶

b) Varises dan Wasir

Varises adalah pelebaran pada pembuluh darah balik vena sehingga katup vena melemah dan menyebabkan hambatan pada aliran pembuluh darah balik dan biasa terjadi pada pembuluh balik supervisial.¹²

c) Pusing

Rasa pusing menjadikan keluhan ibu hamil trimester II dan trimester III. Hal ini menimbulkan rasa ketidaknyamanan pada ibu hamil, kalau tidak ditangani penyebabnya maka dapat menyebabkan tekanan darah rendah dan sampai

meninggal. Rasa pusing pada hamil kemungkinan disebabkan karena hypoglycemia. Agar ibu terhindar dari rasa pusing, saat bangun tidur secara perlahan-lahan, menghindari berdiri terlalu lama dalam lingkungan yang panas dan sesak. Dan juga diupayakan untuk tidak berbaring dalam posisi terlentang.¹²

d) Sesak Napas

Keluhan sesak nafas juga dapat terjadi karena adanya perubahan pada volume paru yang terjadi akibat perubahan anatomi toraks selama kehamilan. Dengan semakin bertambahnya usia kehamilan, pembesaran uterus akan semakin mempengaruhi keadaan diafragma ibu hamil, dimana diafragma terdorong ke atas sekitar 4 cm disertai pergeseran ke atas tulang iga. Perubahan pernapasan akibat progesterone dan peningkatan laju metabolik maternal dan konsumsi oksigen janin menimbulkan ibu merasa seperti tidak dapat mengambil napas.¹³

e) Bengkak dan kram pada kaki

Bengkak atau oedem adalah penumpukan atau retensi cairan pada daerah luar sel akibat dari berpindahnya cairan intraseluler ke ekstraseluler. Oedem pada kaki biasanya dikeluhkan pada usia kehamilan diatas 34 minggu. Hal ini dikarenakan tekanan uterus yang semakin meningkat dan mempengaruhi sirkulasi cairan. Dengan bertambahnya tekanan uterus dan tarikan gravitasi menyebabkan retensi cairan semakin besar.

f) Gangguan Tidur dan Mudah Lelah

Pada trimester III, hampir semua wanita mengalami gangguan tidur. Cepat lelah pada kehamilan disebabkan karena nokturia (sering berkemih di malam hari), terbangun di malam hari dan mengganggu tidur yang nyenyak. Wanita

hamil yang mengalami insomnia disebabkan ketidaknyamanan akibat uterus yang membesar, ketidaknyamanan lain selama kehamiandan pergerakan janin, terutama janin aktif.

g) Nyeri Perut Bagian Bawah

Nyeri perut bagian bawah ini dapat bersifat fisiologis dan beberapa lainnya merupakan tanda bahaya pada kehamilan, secara normal nyeri perut bagian bawah disebabkan oleh mual muntah yang berlebihan dan konstipasi yang dialami oleh sebagian besar ibu. Nyeri ligamentum, torsi uterus yang parah dan adanya kontraksi *Braxton Hicks* juga mempengaruhi keluhan ibu terkait dengan nyeri perut bagian bawah.

h) *Heartburn*

Perasaan panas pada perut atau *heartburns* atau *pirosis* didefinisikan sebagai rasa terbakar di saluran pencernaan bagian atas, termasuk tenggorokan. Untuk mengurangi keluhan ini bisa dengan mengubah pola gaya hidup dan pola nutrisi, menghindari berbaring dalam tiga jam setelah makan, mengurangi makanan berminyak dan pedas, tomat, jeruk yang asam, minuman bersoda dan zat-zat seperti kafein.

i) Kontraksi *Braxton Hicks*

Pada kehamilan menjelang tujuh bulan, jika dilakukan pemeriksaan palpasi atau periksa dalam, dapat diraba kontraksi-kontraksi kecil rahim berupa kontraksi *Braxton Hicks*. Kontraksi sering terjadi setiap 10-20 menit dan juga, sedikit banyak, mungkin berirama. Pada akhir kehamilan, kontraksi-kontraksi ini dapat menyebabkan rasa tidak nyaman dan menjadi penyebab persalinan palsu (*false labour*). Demikian persiapan persalinan dengan renggangnya uterus akhirnya mencapai batas kehamilan aterm atau berat

janin cukup. Pada saat ini jumlah dan distribusi reseptor oksitosin yang dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior dapat mengubah kontraksi *Braxton Hicks* menjadi kontraksi persalinan.

b. Tanda Bahaya Kehamilan

Menurut Prawirohardjo, deteksi dini gejala dan tanda bahaya selama kehamilan merupakan upaya terbaik untuk mencegah terjadinya gangguan yang serius terhadap kehamilan ataupun keselamatan ibu hamil.¹⁴

1) Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan dibawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran. Sekitar 10-12% kehamilan akan berakhir dengan keguguran yang pada umumnya (60-80%) disebabkan oleh kelainan kromosom yang ditemui pada spermatozoa ataupun ovum. Perdarahan pada kehamilan lanjut atau diatas 20 minggu pada umumnya disebabkan oleh plasenta previa. Perdarahan yang terjadi sangat terkait dengan luas plasenta dan kondisi segmen bawah rahim yang menjadi tempat implantasi plasenta tersebut. Pada plasenta yang tipis dan menutupi sebagian jalan lahir, maka umumnya terjadi perdarahan bercak berulang dan apabila segmen bawah rahim mulai terbentuk disertai dengan sedikit penurunan bagian terbawah janin, maka perdarahan mulai meningkat hingga tingkatan yang dapat membahayakan keselamatan ibu.

2) *Pre Eklampsia*

Pada umumnya ibu hamil dengan usia kehamilan diatas 20 minggu disertai dengan peningkatan tekanan darah diatas normal sering diasosiasikan dengan pre-eklampsia. Data atau informasi awal terkait dengan tekanan darah sebelum hamil akan sangat membantu petugas kesehatan untuk membedakan hipertensi

kronis (yang sudah ada sebelumnya) dengan *pre-eklamsia*. Gejala dan tanda lain dari *pre-eklamsia* adalah sebagai berikut:

- a) Hiperfleksi
- b) Sakit kepala atau sefalgia yang tidak membaik dengan pengobatan umum
- c) Gangguan penglihatan seperti pandangan mata kabur, skotomata, silau atau berkunang-kunang
- d) Nyeri epigastrik
- e) Oliguria (luaran kurang dari 500 ml/jam)
- f) Tekanan darah sistolik 20 – 30 mmHg dan diastolik 10 – 20 mmHg di atas normal
- g) Proteinuria (>+1)
- h) Edema menyeluruh

3) Nyeri Hebat di Daerah Abdominopelvikum

Bila hal tersebut di atas terjadi pada kehamilan trimester kedua atau ketiga dan disertai dengan riwayat dan tanda dibawah ini, maka diagnosisnya mengarah pada solusio plasenta, baik dari jenis yang disertai perdarahan (*revealed*) maupun tersembunyi (*concealed*):

- a) Trauma abdomen
- b) Preeklamsia
- c) Tinggi fundus uteri lebih besar dari usia kehamilan (UK)
- d) Bagian – bagian janin sulit diraba
- e) Uterus tegang dan nyeri
- f) Janin mati dalam rahim

Beberapa gejala dan tanda lain yang harus diwaspadai terkait dengan gangguan serius selama kehamilan adalah sebagai berikut:

- a) Muntah berlebihan yang berlangsung selama kehamilan
- b) Disuria
- c) Menggigil atau demam

- d) Ketuban pecah dini atau sebelum waktunya
- e) Uterus lebih besar atau lebih kecil dari Usia Kehamilan (UK) yang sesungguhnya

c. Faktor Risiko

Kehamilan dan persalinan selalu mempunyai risiko, dengan kemungkinan bahaya yang terjadi komplikasi dalam kehamilan, persalinan, dan nifas.¹⁵ Faktor risiko adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan risiko/bahaya terjadinya komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan atau bayinya.¹⁶

1) Kelompok I

Ada Potensi Gawat Obstetrik/APGO, terdapat 10 faktor risiko yaitu 7 Terlalu dan 3 Pernah. Kelompok ini pada kehamilan yang mempunyai masalah yang perlu diwaspadai. Selama kehamilan, Ibu hamil sehat tanpa ada keluhan yang membahayakan tetapi harus waspada karena ada kemungkinan dapat terjadi penyulit atau komplikasi dalam persalinan.

2) Kelompok II

Ada Gawat Obstetrik/AGO, terdapat delapan faktor risiko yaitu tanda bahaya pada saat kehamilan, ada keluhan tetapi tidak darurat.

3) Kelompok III

Ada Gawat Darurat Obstetrik/AGDO, terdapat dua faktor risiko, ada ancaman nyawa ibu dan bayi.

d. Pedoman Program Perencanaan Pencegahan Komplikasi (P4K)⁸

1) Definisi Program P4K

P4K dengan stiker adalah kepanjangan dari Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi, yang merupakan suatu kegiatan yang difasilitasi oleh bidan di desa dalam rangka peningkatan peran aktif suami, keluarga, dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan

persiapan menghadapi komplikasi bagi ibu hamil, termasuk perencanaan penggunaan KB pasca persalinan dengan menggunakan stiker sebagai media notifikasi sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir.

2) Tujuan Program P4K

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

3) Manfaat Program P4K

- a) Mempercepat berfungsinya desa siaga
- b) Meningkatkan cakupan pelayanan *Ante Natal Care* (ANC) sesuai standart.
- c) Meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan terampil
- d) Meningkatkan kemitraan bidan dan dukun
- e) Tertanganinya kejadian komplikasi secara dini
- f) Meningkatnya peserta KB pasca salin
- g) Terpantaunya kesakitan dan kematian ibu dan bayi
- h) Menurunnya kejadian kesakitan dan kematian ibu serta bayi

4) Terapi Selama Masa Kehamilan

a) Kalk (*Calcium lactate*)

Calcium lactate atau kalsium laktat adalah obat untuk mencegah atau mengobati rendahnya kadar kalsium dalam darah pada orang-orang yang tidak mendapatkan cukup kalsium dalam makanannya. *Calcium lactate* biasanya digunakan oleh ibu hamil dan menyusui, serta penderita penyakit yang diakibatkan tingkat kalsium rendah seperti osteoporosis, hipoparatiroidisme, dan penyakit otot tertentu.

Kalk ini diberikan untuk memenuhi kebutuhan kalsium terutama bagi ibu hamil. Kalk diberikan dengan dosis 1x1. Perlu diperhatikan bahwa penggunaan yang berlebihan akan mengganggu metabolisme.

b) Tablet Besi (Fe)

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

e. Faktor Risiko Grande Multipara

Terlalu banyak anak (Grande Multi) adalah ibu pernah hamil atau melahirkan empat kali atau lebih. Kemungkinan akan di temui kesehatan yang terganggu.¹⁶ Risiko yang dapat terjadi pada kehamilan terlalu banyak anak lebih dari empat kali adalah:

1) Kelainan letak, persalinan letak lintang

Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri. Tipe letak sungsang yaitu:

- a) *Frank breech* (50-70%) yaitu kedua tungkai fleksi
- b) *Complete breech* (5- 10%) yaitu tungkai atas lurus keatas, tungkai bawah ekstensi
- c) *Footling* (10-30%) yaitu satu atau kedua tungkai atas ekstensi, presentasi kaki

Banyak faktor yang dapat menyebabkan kelainan letak presentasi bokong, diantaranya paritas ibu dan bentuk panggul ibu. Angka kejadian presentasi bokong jika dihubungkan dengan paritas ibu maka kejadian terbanyak adalah pada ibu dengan

multigravida dibanding pada primigravida, sedangkan jika dihubungkan dengan panggul ibu maka angka kejadian presentasi bokong terbanyak adalah pada panggul sempit, dikarenakan fiksasi kepala janin yang tidak baik pada Pintu Atas Panggul (PAP).¹⁷

2) Robekan rahim pada kelainan letak sungsang

Robekan jalan lahir merupakan penyebab kedua tersering dari perdarahan postpartum. Robekan dapat terjadi bersamaan dengan kelainan letak janin pada saat persalinan. Umumnya perlukaan perineum terjadi pada tempat dimana muka janin menghadap. Robekan perineum dapat mengakibatkan pula robekan jaringan pararektal sehingga rektum terlepas dari jaringan sekitarnya. Diagnosa rupture perineum ditegakkan dengan pemeriksaan langsung. Pada tempat terjadinya robekan akan timbul perdarahan yang bersifat arterial.⁷

3) Persalinan lama

Paritas mempengaruhi durasi dan insiden komplikasi. Pada multipara dominasi fundus uteri lebih besar dan kontraksi lebih kuat dan dasar panggul yang rileks sehingga bayi lebih mudah melalui jalan lahir, namun pada grande dan multipara semakin banyak jumlah bayi yang dilahirkan, persalinan lebih lama, hal ini diduga akibat kelelahan pada otot-otot uterus.¹⁸

4) Perdarahan pasca persalinan

Semakin tinggi paritas perdarahan dan mortalitas ibu beserta mortalitas perinatal juga meningkat.¹⁸

f. Faktor Risiko *Intrauterine Growth Restriction* (IUGR)

IUGR atau *intrauterine growth restriction* adalah kondisi yang menyebabkan pertumbuhan janin terhambat. IUGR ditandai dengan ukuran dan berat janin yang tidak sesuai dengan usia kehamilannya. IUGR dapat disebabkan oleh berbagai kondisi, penyebab tersering adalah kelainan plasenta yaitu organ yang menyuplai oksigen dan

nutrisi yang dibutuhkan janin. IUGR merupakan kondisi yang berbeda dengan berat bayi lahir rendah. IUGR bisa menyebabkan bayi terlahir dengan berat badan yang rendah, tetapi tidak semua bayi dengan berat lahir rendah menderita IUGR.¹⁹

World Health Organisation (WHO) menganjurkan pada negara – negara berkembang seperti Indonesia agar memperhatikan masalah terkait dengan IUGR ini karena akan memberikan beban ganda. Beberapa faktor penyebab IUGR di negara berkembang seperti Indonesia antara lain karena Anemia, Hipertensi, Infeksi, Gemeli, Penyakit Jantung dan Asma.⁶

Dampak jangka panjang yang akan muncul yaitu *cardiovascular diseases* (CVD). Resiko ini akan semakin meningkat bila pada masa kanak- kanak terjadi kenaikan berat badan dengan cepat atau terjadi obesitas. Konsep fisiologi hubungan proses kehidupan intrauterin dengan dampak penyakit kemudian hari ini dikenal sebagai fetal programming. Konsep ini dikembangkan dari hipotesis *Fetal Origin of Adult Disease* (FOAD) oleh Barker, atau lebih dikenal dengan *Barker Hypothesis*, yaitu penyakit pada orang dewasa yang telah terprogram sejak kecil.⁶

Peran bidan sangat penting saat Antenatal Care (ANC), melakukan pemeriksaan Tinggi Fundus Uteri (TFU) secara akurat dan berkala selama kunjungan ANC merupakan salah satu cara deteksi dini adanya kemungkinan IUGR serta masalah kehamilan lainnya. Salah satu kewenangan bidan dalam pemeriksaan saat ANC adalah 10 T yaitu salah satunya dengan pemeriksaan TFU.¹⁹

2. Konsep Dasar Teori Persalinan

a. Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37–42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.⁷ Persalinan adalah

rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu yang dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks, dan diakhiri dengan kelahiran plasenta.

b. Jenis-Jenis 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.⁷ 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 cm). Persalinan normal disebut juga sebagai persalinan spontan, yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri dan melalui jalan lahir.²⁰

2) Persalinan Buatan

Persalinan buatan adalah proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar, misalnya ekstraksi dengan forceps atau dilakukan operasi *section caesarea*.²⁰

3) Persalinan Anjuran

Persalinan anjuran adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan misalnya pemberian pitocin dan prostaglandin.²⁰

c. Faktor yang Memengaruhi Persalinan

Tiga faktor utama yang menentukan prognosis persalinan adalah kekuatan (*power*), jalan lahir (*passage*), janin (*passanger*), dan ada dua faktor lain yang juga sangat berpengaruh terhadap keberhasilan asuhan persalinan yaitu faktor posisi dan psikologi.²¹

1) Kekuatan (*power*)

Power adalah kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan adalah

his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, dengan kerja sama yang baik dan sempurna. Kekuatan terdiri dari kemampuan ibu melakukan kontraksi involunter dan volunteer secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi involunter disebut juga kekuatan primer, menandai dimulainya persalinan. Apabila serviks dilatasi, usaha volunteer dimulai untuk mendorong, yang disebut kekuatan sekunder, dimana kekuatan ini memperbesar kekuatan kontraksi involunter.²²

2) Jalan lahir (*Passage*)

Jalan lahir terdiri atas panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relative kaku, oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai. Jalan lahir dibagi atas bagian keras yang terdiri dari tulang-tulang panggul dan bagian lunak yang terdiri dari uterus, otot dasar panggul dan perineum.⁷

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

Passanger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, plasenta, letak, sikap, dan posisi janin.

4) Posisi

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

5) Psikologi ibu

Melibatkan psikologi ibu, emosi dan persiapan intelektual, pengalaman bayi sebelumnya, kebiasaan adat, dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.²³ Kehadiran pendamping pada saat persalinan dapat menimbulkan efek positif terhadap persalinan, dalam arti dapat menurunkan morbiditas, mengurangi rasa sakit,

mempersingkat persalinan, dan menurunkan angka persalinan dengan operasi termasuk bedah besar. Selain itu, kehadiran pendamping persalinan dapat memberikan rasa nyaman, semangat, dukungan emosional, dan dapat membesarkan hati ibu.

6) Penolong persalinan

Kehadiran penolong yang berkesinambungan dengan memelihara kontak mata seperlunya, memberi rasa nyaman, sentuhan pijatan dan dorongan verbal, pujian serta penjelasan mengenai apa yang terjadi dan beri berbagai informasi.

7) Pendamping persalinan

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

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.²⁴

2) Penipisan dan pembukaan serviks

Penipisan dan pembukaan serviks ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula.²⁵ 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.²⁶

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.²⁷

e. 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 dua 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. Kala I dibagi atas dua 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 satu jam, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus diperiksa setiap satu jam, nadi diperiksa setiap 30-60 menit, suhu tubuh diperiksa setiap empat jam, tekanan darah diperiksa setiap empat jam, pembukaan serviks dan penurunan kepala diperiksa setiap empat 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 tiga 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*).²⁵ Fase aktif berlangsung selama enam jam dan dibagi dalam tiga subfase, yaitu:⁸
 - i. Periode akselerasi: berlangsung selama dua jam, pembukaan menjadi 4 cm.
 - ii. Periode dilatasi maksimal: berlangsung selama dua jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
 - iii. Periode deselerasi: berlangsung lambat, dalam dua 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 dua jam pada primi dan satu jam pada multi. Tanda dan gejala kala II yaitu: his semakin kuat, dengan interval dua sampai tiga menit dengan durasi 50-100 detik, menjelang akhir kala I ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.²⁷ 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 dipimpin akan lahirlah kepala dengan diikuti seluruh badan janin. Kala II pada primi 1½ – 2 jam, pada multi ½ – 1 jam. Pada saat kala II, pendamping persalinan harus menjaga kenyamanan ibu, memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan ibu, mengatur posisi sesuai kenyamanan ibu, menjaga kandung kemih tetap kosong, memberikan minum yang cukup, memimpin persalinan, memantau DJJ, melahirkan bayi, merangsang bayi.

3) Kala III

Kala III dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Partus kala III disebut juga kala uri. Seluruh prosesnya biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir.⁷ Kala III merupakan periode waktu dimana penyusutan volume rongga uterus setelah kelahiran bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlengketan plasenta. Setelah bayi lahir kontraksi rahim istirahat sebentar. Uterus teraba keras dengan fundus uterus setinggi pusat, dan berisi plasenta yang menjadi tebal dua 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.²⁴

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

4) Kala IV

Dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu. Paling kritis karena proses perdarahan yang berlangsung. Masa satu 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.²⁴ Asuhan dan pemantauan pada kala IV:²⁷

- i. Kesadaran ibu, mencerminkan kebahagiaan karena tugasnya untuk mengeluarkan bayi telah selesai
 - ii. Pemeriksaan yang dilakukan yaitu 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
 - iii. Bayi yang telah dibersihkan diletakkan disamping ibunya agar dapat memulai pemberian ASI
 - iv. Observasi dilakukan selama dua jam dengan interval pemeriksaan setiap jam
- f. Indikasi Tindakan *Sectio Caesarea* (SC)

Indikasi dalam SC dapat dibagi menjadi indikasi absolut dan indikasi relatif. Setiap keadaan yang mengakibatkan kelahiran melalui jalan lahir tidak mungkin terlaksana merupakan indikasi absolut. Indikasi SC meliputi partus lama, disproporsi sepalo pelvic, panggul sempit, gawat janin, malpresentasi, ruptur uteri mengancam, dan indikasi lainnya. Indikasi klasik yang dapat dikemukakan sebagai dasar SC adalah prolong labour, ruptur uteri mengancam, fetal distress, berat janin melebihi 4000 gram, perdarahan ante partum. Indikasi yang menambah tingginya angka SC adalah SC berulang, kehamilan prematur, kehamilan resiko tinggi, kehamilan kembar, SC dengan kelainan letak.²⁷ Beberapa komplikasi yang paling banyak terjadi dalam SC adalah akibat tindakan anestesi, jumlah darah yang dikeluarkan oleh ibu selama operasi berlangsung, komplikasi penyulit, endometriosis (radang endometrium), tromboplebitis (gangguan pembekuan darah pembuluh balik), embolisme (penyumbatan pembuluh darah paru), dan perubahan bentuk serta letak rahim menjadi tidak sempurna. Frekuensi SC yang semakin tinggi mengakibatkan masalah tersendiri untuk kesehatan ibu, bayi dan kehamilan berikutnya. Morbiditas dan mortalitas tersebut berhubungan dengan adanya luka parut uterus.²⁸

1. Konsep Dasar Teori Bayi Baru Lahir

a. Definisi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir (Neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ektrauterine) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik.²⁹ Bayi baru lahir atau neonatus adalah masa kehidupan neonatus pertama di luar rahim sampai dengan usia 28 hari dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim menjadi di luar rahim. Pada masa ini terjadi pematangan organ hampir di semua sistem.³⁰ Bayi baru lahir

normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram.⁷

b. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir atau neonatus di bagi dalam beberapa kasifikasi yaitu:³¹

- 1) Neonatus menurut masa gestasinya
 - a) Kurang bulan (*preterm infant*): < 259 hari (37 minggu)
 - b) Cukup bulan (*term infant*): 259-294 hari (37-42 minggu)
 - c) Lebih bulan (*postterm infant*): > 294 hari (42 minggu atau lebih)
- 2) Neonatus menurut berat badan lahir
 - a) Berat lahir rendah: < 2500 gram
 - b) Berat lahir cukup: 2500-4000 gram
 - c) Berat lahir lebih: > 4000 gram
- 3) Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan)
 - a) Neonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
 - b) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)

c. Karakteristik Bayi Baru Lahir

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

terbentuk dengan baik, refleks *sucking* sudah terbentuk dengan baik, refleks *grasping* sudah baik, eliminasi baik, urin dan mekonium keluar dalam 24 jam pertama berwarna hitam kecoklatan.⁷

d. Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir

Semua bayi diperiksa segera setelah lahir untuk mengetahui apakah transisi dari kehidupan intrauterine ke ektrauterine 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).³² 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.³

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.³²

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 satu 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.³ Jika bayi belum menemukan puting ibu dalam waktu satu 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 dua 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 enam 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 satu jam setelah kelahiran. Upaya pencegahan infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari satu 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.³² Vitamin K dapat diberikan dalam waktu enam 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 satu kali pada umur 1-3 hari, satu kali pada umur 4-7 hari dan satu 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 dua 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.

2. Konsep Dasar Teori Nifas

a. Definisi Nifas

Masa nifas berasal dari bahasa latin, yaitu *puer* artinya bayi dan *parous* artinya melahirkan atau masa sesudah melahirkan. Asuhan kebidanan masa nifas adalah penatalaksanaan asuhan yang diberikan pada pasien mulai dari saat setelah lahirnya bayi sampai dengan kembalinya tubuh dalam keadaan seperti sebelum hamil atau mendekati keadaan sebelum hamil.³³ Masa Nifas dimulai setelah dua jam postpartum dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, biasanya berlangsung selama enam minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan baik secara fisiologi maupun psikologis akan pulih dalam waktu tiga bulan.³⁴ Masa nifas dibagi dalam beberapa tahap, yaitu:

1) Puerperium dini (*immediate postpartum*)

Puerperium dini merupakan masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam atau masa pemulihan di mana ibu telah

diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan (waktu 0-24 jam postpartum). Pada masa ini merupakan fase kritis, sering terjadi insiden perdarahan postpartum karena atonia uteri. Oleh karena itu, bidan perlu melakukan pemantauan secara kontinu, yang meliputi; kontraksi uterus, pengeluaran lochea, kandung kemih, tekanan darah dan suhu.

2) Puerperium intermedial (*early postpartum*)

Puerperium intermedial merupakan suatu masa dimana pemulihan dari organ-organ reproduksi secara menyeluruh selama kurang lebih 6-8 minggu. Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

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

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

4) *Remote puerperium*

Remote puerperium adalah waktu yang diperlukan ibu untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan yang sempurna secara bertahap terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki penyulit atau komplikasi.

b. 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.³⁵ Bekas luka perlekatan plasenta membutuhkan waktu delapan minggu untuk sembuh sepenuhnya. Selama satu sampai dua jam pertama postpartum intensitas kontraksi uterus dapat berkurang dan menjadi teratur.

Tabel 3. 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 4. Jenis-jenis *Lochea*

Jenis <i>Lochea</i>	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 meconium
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:

- (1) *Lochea* purulenta, terjadi karena adanya infeksi. Biasanya ditandai dengan keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
- (2) *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 satu minggu hanya satu jari saja yang dapat masuk. Namun demikian, selesai involusi, ostium eksternum tidak sama seperti sebelum hamil.³⁶

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.³⁷ Perubahan pada perineum postpartum terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada masa nifas dengan latihan atau senam nifas.³⁸ 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 empat hari postpartum.³⁹

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.³⁴

2) Sistem Kardiovaskuler

Perubahan volume darah bergantung pada beberapa faktor, misalnya kehilangan darah selama melahirkan dan mobilisasi, serta pengeluaran cairan ekstravaskular (edema fisiologis). Kehilangan darah merupakan akibat penurunan volume darah total yang cepat, tetapi terbatas. Setelah itu terjadi perpindahan normal cairan tubuh yang menyebabkan volume darah menurun dengan lambat. Pada 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.⁴⁰

c. 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:⁴¹

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.

d. Asuhan Masa Nifas

Asuhan ibu masa nifas adalah asuhan yang diberikan kepada ibu segera setelah kelahiran sampai enam minggu setelah kelahiran. Tujuan dari masa nifas adalah untuk memberikan asuhan yang

adekuat dan terstandar pada ibu segera setelah melahirkan dengan memperhatikan riwayat selama kehamilan, dalam persalinan dan keadaan segera setelah melahirkan.³⁴ Adapun jadwal kunjungan pada masa nifas adalah sebagai berikut:⁴²

1) Kunjungan I (6 -8 jam *postpartum*)

- a) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
- b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut.
- c) Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri.
- d) Pemberian ASI awal.
- e) Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
- f) Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi.

2) Kunjungan II (enam 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.

3) Kunjungan III (dua minggu *postpartum*)

Asuhan pada dua minggu *postpartum* sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan enam hari *postpartum*.

4) Kunjungan IV (enam 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.

3. Konsep Dasar Teori Keluarga Berencana

a. 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.⁴³ Pelayanan KB merupakan salah satu strategi untuk mendukung percepatan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) melalui mengatur waktu, jarak dan jumlah kehamilan, kemudian untuk mencegah atau memperkecil kemungkinan seorang perempuan hamil mengalami komplikasi yang membahayakan jiwa atau janin selama kehamilan, persalinan dan nifas, dan mencegah atau memperkecil terjadinya kematian pada seorang perempuan yang mengalami komplikasi selama kehamilan, persalinan dan nifas.⁴⁴

b. Sasaran Keluarga Berencana

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.⁴⁴ Sedangkan sasaran strategis BKKBN tahun 2015-2019 yang tertera pada Renstra BKKBN 2015-2019 adalah sebagai berikut:⁴⁵

- 1) Menurunnya Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP)
- 2) Menurunnya angka kelahiran total (TFR) per WUS (15-49 tahun)
- 3) Meningkatnya pemakaian kontrasepsi (CPR)
- 4) Menurunnya *unmet need*

- 5) Menurunnya angka kelahiran pada remaja usia 15-19 tahun (ASFR 15–19 tahun)
- 6) Menurunnya kehamilan yang tidak diinginkan dari WUS (15-49 tahun)

c. 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.⁴⁶

d. Prinsip 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.⁴⁷

e. Macam-macam Metode Kontrasepsi

1) Metode Tradisional

Metode yang sudah lama digunakan akan tetapi memiliki tingkat keberhasilan yang rendah. Metode tradisional ini antara lain penggunaan semprot vagina, senggama terputus dan penggunaan agens pembersih vagina.

2) Metode Kontrasepsi Sederhana

Metode kontrasepsi sederhana terdiri dari dua yaitu metode kontrasepsi sederhana tanpa alat dan metode kontrasepsi dengan alat. Metode kontrasepsi tanpa alat antara lain: Metode Amenorrhoe Laktasi (MAL), Coitus Interruptus, Metode Kalender, Metode Lendir Serviks, Metode Suhu Basal Badan, dan Simptomermal yaitu perpaduan antara suhu basal dan lendir servik. Sedangkan metode

kontrasepsi sederhana dengan alat yaitu kondom, diafragma, cup serviks dan spermisida.⁴⁸

3) Metode kontrasepsi Hormonal

Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi dua yaitu kombinasi (mengandung hormone progesteron dan estrogen sintetis) dan yang hanya berisi progesteron saja. Kontrasepsi hormonal kombinasi terdapat pada pil dan suntikan/injeksi. Sedangkan kontrasepsi hormon yang berisi progesteron terdapat pada pil, suntik dan implant.⁴⁸

4) Metode Kontrasepsi dengan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Metode kontrasepsi ini secara garis besar dibagi menjadi dua yaitu AKDR yang mengandung hormon sintetis (sintetis progesteron) dan yang tidak mengandung hormone. AKDR yang mengandung hormon progesterone atau leuonorgestrel yaitu progestasert (Alza-T dengan daya kerja satu tahun, LNG-20 mengandung leuonorgestrel.⁴⁸

5) Metode 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 fallopii 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.^{48,46}