

## **BAB II**

### **KAJIAN KASUS DAN TEORI**

#### **A. Kajian masalah kasus**

Kasus yang diambil adalah pendampingan ibu hamil risiko sangat tinggi dengan riwayat SC 2 kali dan terlalu cepat hamil lagi ( $\leq 2$  tahun). Pengkajian dilakukan di Puskesmas Turi sejak pengambilan data awal pada tanggal 14 Desember 2022. Ny S merupakan ibu rumah tangga yang berumur 29 tahun. Pengkajian tidak hanya dilakukan di Puskesmas Turi saja, tetapi juga dilakukan melalui kunjungan rumah dan juga secara online melalui media sosial *Whatsapp*. Jenis data yang digunakan sebagai dasar pemberian asuhan kepada Ny. S dan juga dalam penyusunan laporan ini adalah data primer dan data sekunder. Data primer didapatkan langsung dari keterangan Ny. S dan juga hasil pemeriksaan selama pendampingan, sedangkan untuk data sekunder didapatkan dari dokumentasi rekam medis dan buku KIA pasien.

#### **1. Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil**

##### **a. Asuhan kehamilan tanggal 14 Desember 2022**

Pada tanggal 14 Desember 2022, Ny S melakukan kunjungan kehamilan di Puskesmas Turi dan mengatakan saat ini tidak ada keluhan. Saat ini Ny S memasuki kehamilan trimester III ( umur kehamilan 31 minggu). Pada pengkajian riwayat kehamilan ini, didapatkan saat ini Ny S hamil anak ketiga dan tidak pernah keguguran, HPHT Ny S : 16 – 05-2022, HPL 23 – 02- 2023. Riwayat persalinan anak pertama ditolong dokter obsygn dengan jenis persalinan SC atas indikasi plasenta previa pada 14/07/2016 dan anak kedua juga ditolong oleh dokter obsgyn dengan jenis persalinan SC atas indikasi Re-SC pada tanggal 05/08/2021. Ny S mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi setelah kelahiran anak pertama maupun anak kedua.

Pada riwayat kesehatan, baik Ny S maupun keluarga tidak pernah menderita penyakit sistemik/ menurun/ menular. Ny S mengatakan

bahwa kehamilan ini tidak direncanakan karena ibu mengalami kebobolan dan tidak menggunakan alat kontrasepsi sebelumnya. Ny S dan keluarga tetap menerima kehamilan ini meskipun tidak direncanakan karena menganggap sudah menjadi rezekinya. Peran keluarga dengan anak sebelumnya sangat baik dan saling mengasihi. Untuk rencana persalinan, Ny S berencana melahirkan secara SC di RS oleh dokter obsygn.

Pada kebiasaan sehari-harinya Ny. S mengatakan mandi dua kali sehari, membersihkan genetalia setelah mandi, BAB, maupun BAK serta mengganti celana dalam saat dirasa lembab dan juga sehabis mandi. Untuk pemenuhan nutrisi sehari-hari Ny. S mengatakan makan 3x sehari dengan porsi sedang berupa nasi sayur dan lauk. Untuk pemenuhan kebutuhannya Ny. S mengatakan minum kurang lebih 8 - 9 gelas dalam sehari berupa air putih, jus. Dalam pemenuhan nutrisi dan cairannya Ny. S mengatakan tidak ada keluhan. Pada pola pemenuhan eliminasinya Ny. S juga mengatakan tidak ada keluhan. Ny. S mengatakan BAB satu kali sehari dan BAK lima sampai enam kali sehari.

Pada pola aktifitas Ny. S mengatakan sehari-hari dirinya melakukan pekerjaan rumah seperti mencuci, memasak, membersihkan rumah, dll. Untuk istirahatnya Ny. S mengatakan siang hari jarang tidur siang, dan pada malam hari tidur selama kurang lebih tujuh jam. Pola seksualitasnya Ny. S mengatakan sebelum hamil bisa satu sampai dua kali dalam seminggu, tetapi pada saat hamil ini Ny. S mengatakan jarang melakukan hubungan suami istri. Ny. S tidak pernah merokok, suaminya juga tidak merokok. Ny. S tidak pernah meminum jamu-jamuan maupun minuman keras atau zak adiktif lainnya selama ini.

Pada pengkajian data objektif pada Ny S didapatkan bahwa tanda vital dalam batas normal, BB saat ini : 56,1 kg, IMT : 21,64 kg/m<sup>2</sup>, LLA: 26 cm. Pemeriksaan abdomen didapatkan TFU 3 jari diatas pusat. Pada fundus uteri teraba bokong janin, perut sebelah kiri ibu teraba

bagian kecil janin dan perut sebelah kanan ibu teraba punggung janin. Kepala janin belum masuk panggul. TFU : 27 cm. DJJ 140 x/menit. Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 18 November 2022 : HbSAg negatif, PITS NR, IMS Non Reaktif, golongan darah O Rhesus +. Hasil Laboratorium pada tanggal 2 Desember 2022 : 11 gr/dL dan urine dalam batas normal. Jumlah skor pada KSPR ( Kartu Skor Poedji Rochjati) pada Ny S adalah 14 dengan rincian skor yaitu skor awal ibu hamil : 2, Terlalu cepat hamil lagi  $\leq 2$  tahun : 4 dan pernah operasi SC : 8 sehingga kehamilan Ny S termasuk Kehamilan Risiko Sangat Tinggi ( KRST) karena skor total  $\geq 12$ .

Berdasarkan data subjektif dan objektif diperoleh diagnosa Ny S umur 29 tahun G3P2Ab0Ah2 umur kehamilan 31 minggu dengan kehamilan risiko sangat tinggi. Penatalaksanaan yang dilakukan pada kasus ini adalah penyampaian hasil pemeriksaan, KIE kehamilan berisiko, tanda bahaya kehamilan, KIE konseling berKB pasca melahirkan, KIE minum obat tablet tambah darah dan kalsium secara rutin, dan KIE kunjungan ulang atau ketika ada keluhan.

b. Asuhan kehamilan tanggal 21 Januari 2023 (Kunjungan Rumah)

Berdasarkan pengkajian ibu pada saat kunjungan rumah pada tanggal 21 Januari 2023 ibu mengatakan tidak ada keluhan. Gerakan janin aktif dan saat ini memasuki usia kehamilan 36 minggu 3 hari. Hasil pengkajian tanda vital dalam batas normal. Asuhan yang diberikan pada Ny S adalah menjelaskan hasil pemeriksaan vital sign dalam batas normal, memberitahu ibu untuk memantau gerak janin, konseling persiapan persalinan/ P4K, edukasi tanda- tanda persalinan, memberitahu ibu untuk periksa ke rumah sakit apabila terdapat tanda – tanda persalinan serta mengingatkan untuk minum obat secara rutin. Evaluasi penatalaksanaan Ny S bersedia untuk mengikuti nasihat yang diberikan.

## **2. Riwayat Persalinan**

Sesuai dengan anjuran dokter Sp.OG, ibu dilakukan persalinan dengan metode SC elektif karena Ny S memiliki riwayat SC 2 kali dan dan terlalu cepat hamil lagi ( $\leq 2$  tahun). Hasil anamnesa melalui Whatsapp, Ny S mengatakan saat di RS Mitra Paramedika pada tanggal 09 Februari 2023, ibu mengatakan belum ada kontraksi, belum mengeluarkan cairan dan lendir darah dari jalan lahir dan gerakan janin masih aktif. Ny S kemudian dijadwalkan SC elektif pada usia kehamilan 38 minggu oleh dokter Sp.OG pada tanggal 09 Februari 2023 di RS Mitra Paramedika. Bayi Ny. S lahir pada tanggal 09 Februari 2023 pukul 19.30 WIB, dengan jenis kelamin perempuan, BB lahir 2.700 gram, PB 47 cm, LK 33 cm, Lila 11 cm, LD 33 cm. Saat lahir By. Ny. S langsung menangis. Berdasarkan buku KIA, pemeriksaan fisik : tidak ada kelainan, bayi sudah diberikan salep mata, injeksi vit K, imunisasi Hb 0. Tidak ada komplikasi dan kegawatdaruratan yang terjadi pada Ny. S maupun bayinya saat persalinan.

## **3. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir dan Neonatus**

### **a. Asuhan bayi baru lahir pada 10 Februari 2023**

Pengkajian ini dilakukan berdasarkan hasil anamnesa melalui whatsapp dan juga dokumentasi pemeriksaan di buku KIA ibu dan bayi. Bayi Ny S lahir pada tanggal 09 Februari 2023 pukul 19.30 WIB dengan jenis kelamin perempuan. Riwayat persalinannya lahir SC pada usia kehamilan 38 minggu di RS Mitra Paramedika. Berdasarkan buku KIA, bayi Ny S sudah diberikan salep mata pada mata kanan dan mata kiri serta injeksi vitamin K 1 mg secara IM pada paha kiri serta imunisasi Hb 0 pada paha kanan bayi. Hasil pemeriksaan berdasarkan buku KIA diperoleh berat badan lahir By. Ny. S yaitu 2.700 gram dengan panjang badan 47 cm dan lingkaran kepala 33 cm., lingkaran dada 33 cm, lingkaran lengan atas 11 cm. Suhu : 36,7°C, RR : 48 x/menit, HR: 138 x/menit. Pemeriksaan fisik bayi menunjukkan bayi dalam keadaan normal, tidak diare, tidak ikterus, tidak ada kelainan maupun kecacatan.

Ibu mengatakan pada tanggal 12 Februari 2023, ibu dan bayi sudah diperbolehkan pulang karena kondisi sudah stabil dan baik.

b. Asuhan neonatus (KN2) tanggal 16 Februari 2023

Pengkajian dilakukan melalui media whatsapp. Ibu mengatakan sudah kontrol bayi di RS Mitra Paramedika dan bayi dalam keadaan sehat. Bayi diberikan ASI setiap 2 jam atau secara on demand, bayi sudah BAB dan BAK, tidak ada demam, tidak rewel. Hasil pemeriksaan berat badan bayi Ny S : 2840 gr, panjang badan 47 cm dan lingkar kepala 33 cm., lingkar dada 33 cm, lingkar lengan atas 11 cm. Suhu : 36,8°C, RR : 44 x/menit, HR: 136 x/menit. Keadaan umum baik, kulit tidak ikterik, tali pusat sudah puput. Diperoleh diagnosa By. Ny.S usia 7 hari cukup bulan lahir SC a/i Re-SC sesuai masa kehamilan dalam keadaan normal. Penatalaksanaan yang dilakukan adalah memberitahu bahwa kondisi bayi dalam keadaan sehat , konseling ibu untuk menjaga kehangatan bayinya, menganjurkan ibu dianjurkan lebih sering menyusui anaknya, menyusui dengan ASI agar kekebalan bayi terus bertambah, memberikan konseling ibu tentang perawatan tali pusat, memberitahu ibu tanda bahaya bayi baru lahir.

c. Asuhan Neonatus pada tanggal 09 Maret 2023

Ibu mengatakan bayi sudah imunisasi BCG di PMB Sulatri pada usia bayi 1 bulan. Saat ini tidak ada keluhan pada bayinya, bayi menyusu dengan baik. Ibu mengatakan berat badan bayi juga sudah meningkat. Asuhan yang diberikan melalui whatsapp adalah memberikan apresiasi kepada ibu karena sudah mengimunisasi bayinya untuk meningkatkan sistem kekebalan aktif pada bayi dan melindungi bayi dari berbagai penyakit. Menjelaskan efek samping setelah imunisasi BCG, memberikan KIE imunisasi bayi selanjutnya dan memotivasi ibu untuk ASI eksklusif.

#### 4. Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas

a. Asuhan Nifas (KF 1) pada tanggal 10 Februari 2023

Pengkajian ini dilakukan berdasarkan hasil anamnesa melalui whatsapp dan juga dokumentasi pemeriksaan di buku KIA ibu. Ibu mengatakan nyeri luka jahitan diperutnya. Hasil pemeriksaan dirumah sakit menunjukkan bahwa ibu dalam kondisi baik. TD : 110/70 mmHg, N : 82 x/menit, RR : 20 x/ menit, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi keras, lochea rubra. Diperoleh diagnosa Ny S umur 29 tahun *post sectio caesarea* atas indikasi Re- SC hari ke – 1 normal. Asuhan yang diberikan yaitu memberikan KIE untuk melakukan mobilisasi dini secara bertahap post operasi, konseling kebersihan diri dan daerah kewanitaan, memberikan KIE tanda bahaya nifas dan pemenuhan nutrisi untuk mempercepat proses penyembuhan luka dan kondisi ibu. Ibu mengatakan pada tanggal 12 Februari 2023, ibu dan bayi sudah diperbolehkan pulang karena kondisi sudah stabil dan baik. Terapi obat saat pulang yang diberikan dari RS yaitu cefadroxin sebanyak 15 tablet diminum 2 x 1, asam mefenamat sebanyak 15 tablet diminum 3 x 1, etabion sebanyak 15 tablet diminum 1 x 1, dan sari ASI sebanyak 15 tablet diminum 3 x 1.

b. Asuhan nifas (KF II) pada tanggal 16 Februari 2023

Berdasarkan pengkajian melalui Whatsapp, ibu mengatakan saat ini sudah bisa duduk, berjalan dan melakukan kegiatan rumah tangga. Asi lancar, darah nifas saat ini berwarna kuning kecoklatan, BAK dan BAB seperti biasa, istirahat berkurang karena sering bangun tengah malam untuk menyusui bayinya dan merawat anak pertama dan kedua. Diperoleh diagnosa Ny S umur 29 tahun P3Aab0Ah3 post Sectio Caesarea hari ke – 7 normal. Asuhan yang diberikan memberikan KIE pada ibu tentang kebersihan jahitan operasi, menganjurkan ibu untuk memperbanyak makan-makanan yang mengandung protein tinggi agar mempercepat pemulihan luka jahitan operasi, menganjurkan ibu untuk istirahat ketika bayi juga dalam kondisi istirahat sehingga tidak mudah

lelah serta menganjurkan suami juga berperan aktif/ ikut serta merawat anak agar ibu tidak terlalu kelelahan, dan memberitahu ibu untuk melakukan kunjungan ke fasilitas kesehatan jika ada keluhan.

c. Asuhan nifas pada tanggal 21 Maret 2023 (kunjungan rumah)

Ibu mengatakan saat ini sudah tidak ada keluhan, luka jahitan operasi sudah membaik kering dan tidak nyeri, darah nifas sudah tidak keluar hanya keluar seperti keputihan, pemberian ASI masih berlanjut. TD : 120/70 mmHg, N : 84 x/menit, RR : 18 x/ menit, TFU tidak teraba, lochea alba. Diagnosa yang diperoleh yaitu Ny. S usia 29 tahun P<sub>3</sub>A<sub>0</sub>Ah<sub>3</sub> post *sectio caesarea* hari ke-42 normal. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memotivasi ibu untuk selalu memberikan ASI eksklusif pada bayinya dengan telaten, mengingatkan ibu untuk imunisasi bayinya pada usia bayi 2 bulan untuk memperoleh imunisasi DPT – Hb-Hib 1 dan IPV 1.

**5. Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana**

Berdasarkan hasil anamnesa melalui Whatsapp pada tanggal 09 Februari 2023, Ny S mengatakan sudah menggunakan KB IUD Post plasenta. Ibu mengatakan sebelumnya pada saat hamil trimester III, Ny S dan suami sudah ada rencana menggunakan KB IUD pasca salin karena ingin takut kebobolan lagi, dan memulihkan organ reproduksinya dahulu pasca operasi SC 3 kali serta ingin mengatur jarak kehamilan. Ibu mengatakan sebelum dilakukan operasi SC, ibu dan suami sudah menandatangani informed consent pemasangan KB IUD Post plasenta. Ibu mengatakan tidak ada keluhan saat menggunakan KB IUD Post Plasenta.

**B. Kajian Teori**

**1. KONSEP DASAR KEHAMILAN**

**a. Definisi Kehamilan**

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan

berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 9 bulan. Lamanya kehamilan mulai dari ovulasi sampai partus kira-kira 280 hari (40 minggu), dan tidak lebih dari 300 hari (42 minggu). Kehamilan 40 minggu ini disebut kehamilan matur (cukup bulan). Bila kehamilan lebih dari 42 minggu disebut kehamilan postmatur. Kehamilan antara 28-36 minggu disebut kehamilan premature.<sup>7</sup>

#### **b. Pembagian Usia Kehamilan**

Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, di mana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40).<sup>8</sup>

##### **a. Kehamilan triwulan pertama ( usia kehamilan 0-12 minggu )**

Triwulan pertama usia kehamilan dimulai saat terjadi pembuahan sperma terhadap sel telur sampai dengan usia kehamilan 12 minggu dalam triwulan pertama ini alat – alat tubuh mulai dibentuk.

##### **b. Kehamilan triwulan kedua (usia kehamilan 12 – 28 minggu)**

Triwulan kedua dimulai usia kehamilan 12 – 28 minggu. Dalam triwulan kedua ini, alat-alat tubuh telah dibentuk tetapi belum sempurna. Bila hasil konsepsi dapat dikeluarkan dari kavum uteri pada kehamilan dibawah 20 minggu disebut abortus.

##### **c. Kehamilan triwulan ketiga (usia kehamilan 28 – 40 minggu)**

Triwulan ketiga atau triwulan terakhir adalah sejak kehamilan berusia 28 minggu sampai 40 minggu.

#### **c. Perubahan Fisiologi dan Psikologi pada Wanita Hamil**

##### **1) Perubahan Fisiologi pada Wanita Hamil<sup>9</sup>**

##### **a) Sistem Reproduksi.**

Uterus akan membesar pada bulan-bulan pertama dibawah pengaruh estrogen dan progesteron yang kadarnya meningkat. Berat uterus itu normal lebih kurang 30 gram. Pada akhir kehamilan (40 minggu), berat uterus itu menjadi 1.000 gram. Perubahan uterus adalah sebagai berikut: pada minggu ke-16 dari

luar fundus uteri kira-kira terletak diantara setengah jarak pusat ke simfisis, pada minggu ke-20 fundus uteri terletak kira-kira dipinggir bawah pusat, pada minggu ke-24 fundus uteri berada tepat dipinggir atas pusat, pada minggu ke-28 fundus uteri terletak kira-kira 3 jari diatas pusat atau sepertiga jarak antara pusat ke prosessus xifodeus, pada minggu ke-39 fundus uteri terletak diantara setengah jarak pusat dari prosessus xifodeus, pada minggu ke-36 fundus uteri terletak kira-kira 3 jari dibawah prosessus xifodeus, pada minggu ke-40 fundus uteri turun kembali.

b) Sistem Darah.

Volume darah semakin meningkat dimana jumlah serum darah lebih banyak dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi semacam pengenceran darah (hemodilusi) dengan puncaknya pada umur hamil 32 minggu. Serum darah (volume darah) bertambah sebesar 25% sampai 30% sedangkan sel darah bertambah sekitar 20%.

c) Sistem Pernapasan.

Pada kehamilan terjadi juga perubahan sistem respirasi untuk dapat memenuhi kebutuhan oksigen (O<sub>2</sub>). Disamping itu juga terjadi desakan diafragma, karena dorongan rahim yang membesar pada umur kehamilan 32 minggu.

d) Sistem Pencernaan.

Karena pengaruh estrogen pengeluaran asam lambung meningkat, dapat menyebabkan terjadinya mual dan sakit atau pusing kepala pada pagi hari, yang disebut morning sickness, muntah yang disebut emesis gravidarum, sedangkan muntah yang berlebihan sehingga mengganggu kehidupan sehari-hari disebut hiperemesis, progesteron juga menimbulkan gerak usus makin berkurang dan dapat menyebabkan konstipasi.

e) Perubahan pada Kulit.

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh melanophore stimulating hormone lobus anterior dan pengaruh kelenjar supranalis hiperpigmentasi ini terjadi pada striae gravidarum livide atau alba, aerola papilla mammae, pada pipi (Cloasma gravidarum).<sup>9</sup>

**2) Perubahan Psikologi pada Wanita Hamil**

Selama hamil kebanyakan wanita mengalami perubahan psikologis dan emosional. Seringkali kita mendengar seorang wanita mengatakan betapa bahagianya dia karena akan menjadi seorang ibu dan bahwa dia sudah memilihkan sebuah nama untuk bayi yang akan dilahirkannya. Namun tidak jarang ada wanita yang merasa khawatir kalau terjadi masalah dalam kehamilannya khawatir kalau ada kemungkinan dia kehilangan kecantikannya atau bahwa ada kemungkinan bayinya tidak normal. Sebagai seorang bidan harus menyadari adanya perubahan-perubahan tersebut pada wanita hamil agar dapat memberikan dukungan dan memperhatikan keprihatinan, kekhawatiran, ketakutan dan pertanyaan-pertanyaan.<sup>9</sup>

a) Trimester Pertama

Segera setelah konsepsi kadar hormon progesteron dan estrogen dalam tubuh akan meningkat dan ini menyebabkan timbulnya mual dan muntah pada pagi hari, lemah, lelah dan membesarnya payudara. Ibu merasa tidak sehat dan sering kali membenci kehamilannya. Banyak ibu yang merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan dan kesedihan. Seringkali, biasanya pada awal kehamilannya ibu berharap tidak hamil.

Pada trimester pertama seorang ibu akan selalu mencari tanda-tanda untuk lebih meyakinkan bahwa dirinya memang hamil. Setiap perubahan yang terjadi pada tubuhnya akan selalu diperhatikan dengan seksama. Karena perutnya masih kecil,

kehamilan merupakan rahasia seorang ibu yang mungkin diberitahukannya kepada orang lain atau dirahasiakannya.<sup>9</sup>

b) Trimester Kedua

Trimester II ini sering disebut sebagai periode pancaran kesehatan karena pada saat ini ibu merasa lebih sehat. Trimester kedua biasanya adalah saat ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang lebih tinggi dan rasa tidak nyaman karena hamil sudah berkurang. Pada tahap ini, Ibu menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energi dan pikirannya secara lebih konstruktif. Pada trimester ini pula ibu dapat merasakan gerakan bayinya.

Banyak ibu yang merasa terlepas dari rasa kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti yang dirasakannya pada trimester pertama dan merasakan meningkatnya libido. Ibu merasa lebih stabil, kesanggupan mengatur diri lebih baik, kondisi atau keadaan ibu lebih menyenangkan, ibu mulai terbiasa dengan perubahan fisik tubuhnya. Ibu sudah mulai menerima dan mengerti tentang kehamilannya. Pada kehamilan minggu ke 15-22 ibu hamil akan mulai merasakan gerakan bayi yang awalnya akan terasa seperti kibasan tetapi di akhir trimester II akan benar-benar merasakan pergerakan bayi. Pada ibu yang baru pertama kali sering tidak dapat mengenali gerakan bayinya sampai minggu ke 19-22. Pada saat ibu sudah merasakan gerakan bayinya, ibu menyadari bahwa didalam dirinya ada individu lain sehingga ibu lebih memperhatikan kesehatan bayinya.<sup>9</sup>

c) Trimester Ketiga

Trimester ketiga seringkali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan 2 hal yang mengingatkan ibu akan bayinya. Kadang kadang ibu merasa khawatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu

waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaannya akan timbulnya tanda dan gejala akan terjadinya persalinan. Ibu seringkali merasa khawatir atau takut kalau-kalau bayi yang akan dilahirkannya tidak normal. Kebanyakan ibu juga akan bersikap melindungi bayinya dan akan menghindari orang atau benda apa saja yang dianggapnya membahayakan bayinya. Seorang ibu mungkin mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu melahirkan. Pada trimester inilah ibu memerlukan keterangan dan dukungan dari suami keluarga dan bidan.<sup>9</sup>

#### **d. Tanda Bahaya pada Kehamilan**

Tanda dan gejala penyimpangan dari keadaan normal kehamilan adalah tanda gejala yang menunjukkan adanya keadaan yang tidak normal dari ibu atau janin yang dikandung yang mengindikasikan adanya bahaya dan terwujud dalam respon anatomis maupun fisiologis.<sup>7</sup> Karena itu, tiap ibu hamil, keluarga dan masyarakat perlu mengetahui, mengenali dan mengidentifikasi gejala penyimpangan yang terjadi pada setiap kehamilan. Beberapa tanda bahaya yang dapat terjadi selama kehamilan antara lain:<sup>7</sup>

- a. Ibu hamil mengalami perdarahan atau mengeluarkan bercak darah terus menerus dari jalan lahir, baik itu pada usia kehamilan muda atau tua.
- b. Bengkak di kaki, tangan, atau wajah disertai sakit kepala atau bahkan kejang-kejang.
- c. Demam atau panas tinggi (suhu melebihi 37,5°C)
- d. Nyeri pada perut bagian bawah.
- e. Air ketuban keluar sebelum waktunya, sehingga dapat memicu terjadinya infeksi pada janin.
- f. Gerakan bayi dalam kandungan berkurang atau tidak bergerak, sama sekali (seorang ibu hamil bisa merasakan gerakan janin kurang lebih 10 kali dalam 24 jam).
- g. Ibu hamil muntah terus menerus dan tidak bisa makan sama sekali<sup>7</sup>

## 2. Kehamilan Resiko Tinggi

Pada dasarnya setiap kehamilan adalah sebuah risiko. Risiko tersebut terbagi atas kehamilan dengan risiko tinggi dan kehamilan dengan risiko rendah. Dikatakan ibu hamil risiko tinggi bila pada pemeriksaan ditemukan satu atau lebih faktor risiko atau risiko, sedangkan ibu hamil risiko rendah bila pada pemeriksaan tidak ditemukan faktor risiko dan dapat direncanakan pertolongan persalinan oleh bidan desa. Dalam perjalanan persalinan dan kehamilan ibu hamil risiko rendah dapat berubah menjadi risiko tinggi, oleh karena itu diperlukan pemantauan terus menerus selama periode kehamilan dan proses melahirkan.<sup>4</sup>

Kehamilan resiko tinggi adalah kehamilan yang akan menyebabkan terjadinya bahaya dan komplikasi yang lebih besar baik terhadap ibu maupun terhadap janin yang dikandungnya selama masa kehamilan, persalinan dan nifas bila dibandingkan dengan kehamilan, persalinan dan nifas normal. Kehamilan risiko tinggi merupakan kehamilan dengan adanya kondisi yang dapat menambah risiko terjadinya kelainan atau ancaman bahaya pada janin. Gangguan dan penyulit pada kehamilan umumnya ditemukan pada kehamilan risiko tinggi. Secara garis besar, kelangsungan suatu kehamilan sangat bergantung pada keadaan dan kesehatan ibu, keadaan plasenta dan keadaan janin.<sup>4</sup> Risiko kehamilan adalah keadaan menyimpang dari normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian inu maupun bayi. Ibu hamil digolongkan dalam tiga golongan risiko berdasarkan karakteristik ibu.

Faktor risiko adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan risiko atau bahaya terjadinya komplikasi pada persalianan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan bayinya.<sup>4</sup> Terdapat beberapa faktor risiko pada kehamilan yang merupakan penyebab tidak langsung kematian pada ibu, yaitu empat terlalu (terlalu tua, terlalu muda, terlalu sering dan terlalu banyak). Selain itu terdapat kondisi – kondisi yang menyebabkan ibu hamil tergolong sebagai kehamilan risiko tinggi, yaitu ibu hamil dengan anemia dan malnutrisi, ibu hamil dengan penyakit penyerta, adanya riwayat buruk pada kehamilan dan persalinan yang lalu, ibu hamil

dengan tinggi badan kurang dari 145 cm, dan kehamilan yang tidak dikehendaki.<sup>4</sup>

### 3. Menentukan Kehamilan Berisiko dengan KSPR

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) adalah kartu skor yang digunakan sebagai alat skrining antenatal berbasis keluarga untuk menemukan faktor risiko ibu hamil, yang selanjutnya mempermudah pengenalan kondisi untuk mencegah terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan. KSPR disusun dengan format kombinasi antara checklist dari kondisi ibu hamil / faktor risiko dengan sistem skor. Kartu skor ini dikembangkan sebagai suatu teknologi sederhana, mudah, dapat diterima dan cepat digunakan oleh tenaga non profesional.<sup>4</sup> Fungsi dari KSPR adalah:<sup>4</sup>

1. Melakukan skrining deteksi dini ibu hamil risiko tinggi.
2. Memantau kondisi ibu dan janin selama kehamilan.
3. Memberi pedoman penyuluhan untuk persalinan aman berencana (Komunikasi Informasi Edukasi / KIE).
4. Mencatat dan melaporkan keadaan kehamilan, persalinan, nifas.
5. Validasi data mengenai perawatan ibu selama kehamilan, persalinan, nifas dengan kondisi ibu dan bayinya.
6. Audit Maternal Perinatal (AMP)

Sistem skor memudahkan pengedukasian mengenai berat ringannya faktor risiko kepada ibu hamil, suami, maupun keluarga. Skor dengan nilai 2, 4, dan 8 merupakan bobot risiko dari tiap faktor risiko. Sedangkan jumlah skor setiap kontak merupakan perkiraan besar risiko persalinan dengan perencanaan pencegahan.<sup>4</sup> Berdasarkan kartu skor Poedji Rochjati, ibu hamil risiko tinggi dapat dilihat berdasarkan masalah berikut<sup>4</sup>:

Tabel 1.

Faktor Risiko pada Skor Poedji Rochjati<sup>4</sup>

Masalah / Faktor Risiko	Skor
Skor awal ibu hamil	2

Terlalu muda, hamil $\leq 16$ tahun	4
Terlalu lambat hamil, kawin $\geq 4$ tahun	4
Terlalu tua, hamil 1 $\geq 35$ tahun	4
Terlalu cepat hamil lagi ( $\leq 2$ tahun)	4
Terlalu lama hamil lagi ( $\geq 10$ tahun)	4
Terlalu banyak anak, $\geq 4$ anak	4
Terlalu tua, umur $\geq 35$ tahun	4
Terlalu pendek, $\leq 145$ cm	4
Pernah gagal kehamilan	4
Pernah melahirkan dengan	
a. Tarikan tang/vakum	4
b. Uri dirogoh	4
c. Diberi infus/transfusi	4
Pernah operasi Sesar	8
Penyakit pada ibu hamil :	
a. Kurang darah/ anemia	4
b. Malaria	4
c. TB paru	4
d. Payah Jantung	4
e. Diabetes Melitus	4
f. Penyakit Menular Seksual	4
Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan darah tinggi	4
Hamil kembar 2 atau lebih	4
Hamil kembar air (hidramnion)	4

Bayi mati dalam kandungan	4
Kehamilan lebih bulan	4
Letak sungsang	8
Letak lintang	8
Perdarahan pada kehamilan ini	8
Pre-eklamsia/kejang-kejang	8

Sistem skor memudahkan pengedukasian mengenai berat ringannya faktor risiko kepada ibu hamil, suami, maupun keluarga. Skor dengan nilai 2, 4, dan 8 merupakan bobot risiko dari tiap faktor risiko.<sup>4</sup> Cara pemberian skor :

- a. Skor 2: Kehamilan Risiko Rendah (KRR) untuk umur dan paritas pada semua ibu hamil sebagai skor awal.
- b. Skor 4 : Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) untuk tiap faktor risiko.
- c. Skor 8 : Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST)

Sedangkan jumlah skor setiap kontak merupakan perkiraan besar risiko persalinan dengan perencanaan pencegahan. Berdasarkan jumlah skor yang didapat, ibu hamil dengan risiko kemudian dikelompokkan menjadi<sup>4</sup>:

- a. Skor 2 : Kehamilan Risiko Rendah (KRR), boleh melakukan perawatan di bidan, melakukan persalinan di polindes, dan ditolong persalinan oleh bidan.
- b. Skor 6-10 : Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) merupakan kehamilan dengan satu atau lebih faktor risiko baik dari pihak ibu maupun janinnya yang memberi dampak kurang menguntungkan baik bagi ibu maupun janinnya, memiliki risiko kegawatan tapi tidak darurat dan boleh melakukan perawatan di bidan atau dokter, melakukan persalinan di polindes, puskesmas, atau rumah sakit, dengan ditolong oleh bidan dan pendampingan dokter.

- c. Skor  $\geq 12$  : Kehamilan Risiko Sangat Tinggi ( KRST), harus melakukan perawatan di dokter, melakukan persalinan di rumah sakit, dan ditolong oleh dokter spesialis kebidanan.

Menurut Poedji Rochjati tahun 2011, risiko kehamilan dapat dikelompokkan menjadi <sup>4</sup> :

**1. Ada Potensi Gawat Obstetri / APGO ( Kelompok Faktor Risiko I ) <sup>4</sup>**

APGO artinya masalah kehamilan yang perlu diwaspadai. Berikut merupakan faktor risiko yang terdapat dalam kelompok I :

- a) Usia pertama hamil terlalu muda ( $\leq 16$  tahun)

Wanita berumur terlalu muda meningkatkan risiko bayi premature, perdarahan antepartum, dan perdarahan postpartum. Pada usia ini juga berisiko mengalami penyulit pada saat hamil dan melahirkan. Karena kurangnya pengalaman dan informasi serta alat reproduksi yang belum matang angka morbiditas dan mortalitas ibu hamil remaja 2-4 kali lebih tinggi daripada ibu hamil berusia 20-35 tahun. Bahaya yang terjadi pada ibu hamil berusia terlalu muda antara lain anemia, hipertensi pada kehamilan, prematur, fetal distress, asfiksia neonatorum, berat badan bayi lahir rendah, abortus spontan, tindakan ekstraksi vakum, dan plasenta previa.

- b) Kehamilan pertama terlalu tua.

Pada beberapa penelitian menemukan primigravida berusia  $\geq 35$  tahun jumlah komplikasi keluaran maternal meningkat bila dibandingkan primigravida berusia 20-35 tahun yaitu pada kejadian perdarahan postpartum, persalinan dan bedah sesar. Bahaya yang terjadi pada primi tua dapat menimbulkan masalah selama hamil misalnya preeklamsi, dan masalah persalinan tidak lancar yang memerlukan intervensi atau tindakan dalam persalinan.

- c) Usia hamil terlalu tua ( $\geq 35$  tahun).

Ada beberapa teori tentang kehamilan usia tua antara lain:

- 1) Wanita umumnya mengalami penurunan kesuburan mulai dari umur 30 tahun.

- 2) Muncul masalah kesehatan kronis (hipertensi, tumor, degenerative tulang belakang dan panggul)
  - 3) Diabetes mellitus gestational pada ibu usia tua, karena kerusakan endotel vaskular progresif yang berhubungan dengan proses penuaan
  - 4) Preeklamsia, peningkatan angka kejadian pada kelompok usia > 40 tahun..
  - 5) Profil obstetric pada saat persalinan seperti: cenderung melalui operasi sesar, partus lama, perdarahan postpartum, berat badan bayi lahir rendah, asfiksia neonatorum, dan kematian perinatal.
- d) Primi Tua Sekunder (Jarak anak terkecil  $\geq 10$  tahun)
- Ibu hamil dengan persalinan  $\geq 10$  tahun yang lalu. Ibu dalam kehamilan dan persalinan ini seolah – olah menghadapi persalinan yang pertama lagi.
- e) Jarak kehamilan terlalu dekat ( $\leq 2$  tahun).
- Menurut BKKBN, jarak kehamilan yang paling tepat adalah 2 tahun atau lebih. Jarak kehamilan yang pendek akan mengakibatkan belum pulihnya kondisi tubuh ibu setelah melahirkan. Sehingga meningkatkan risiko kelemahan dan kematian ibu.
- f) Jumlah anak terlalu banyak ( $\geq 4$  anak)
- Bila jumlah anak ibu telah empat atau lebih perlu diwaspadai karena semakin lama uterus semakin lemah sehingga memungkinkan untuk terjadinya persalinan lama, sebagai indikasi untuk persalinan dengan forcep dan vakum.
- g) Ibu dengan tinggi badan 145 cm atau kurang
- Tinggi badan ibu mencerminkan ukuran pelvis yang berhubungan dengan distosia. Ibu dengan tinggi badan 145 cm atau kurang meningkatkan risiko untuk mengalami penyulit dalam persalinan.
- h) Riwayat obstetri buruk
- Persalinan dengan tindakan induksi persalinan, ekstraksi forcep dan vakum, abortus / pernah gagal kehamilan, uri manual (uri manual

adalah tindakan pengeluaran plasenta dari rongga rahim dengan menggunakan tangan. Tindakan ini dilakukan bila plasenta tidak dapat lahir sendiri setelah ditunggu setengah jam atau setelah bayi lahir plasenta belum lahir dan telah terjadi perdarahan >500 cc.).

- i) Pernah operasi sesar atau terdapat bekas operasi sesar.

Wanita yang memiliki riwayat operasi sesar pasti memiliki jaringan parut. Jaringan parut merupakan kontraindikasi untuk melahirkan karena akan terjadi rupture uteri. Wanita yang memiliki riwayat operasi sesar sebelumnya meningkatkan risiko terjadinya rupture uteri, plasenta previa, pre-eklamsia dan persalinan preterm. Sehingga cenderung akan mengalami persalinan dengan operasi sesar ulang pada persalinan selanjutnya.

## **2. Ada Gawat Obstetri / AGO ( Kelompok Faktor Risiko II) <sup>4</sup>**

- a) Hamil Kembar
- b) IUFD
- c) Hamil seritinus / hamil lebih bulan ( $\geq 42$  minggu)
- d) Penyakit pada ibu hamil

### **1) Anemia**

Ibu hamil dengan anemia memiliki risiko lebih besar melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah, kematian saat persalinan, perdarahan pasca persalinan, kondisi lemah dan mudah mengalami gangguan kesehatan

### **2) Malaria**

Komplikasi pada kehamilan karena infeksi malaria adalah abortus, penyulit partus, bayi lahir dengan berat badan rendah, anemia, gangguan fungsi ginjal, edema paru, hipoglikemia, dan malaria kongenital.

### **3) Diabetes Mellitus**

Diabetes gestasional, atau diabetes yang terjadi pada saat kehamilan dapat menyebabkan presentasi abnormal, plasenta previa, olygohydroamnion, dan persalinan dengan cara sesar. Ibu

hamil dengan diabetes gestasional akan menghasilkan janin yang lebih besar, sehingga risiko bedah sesar meningkat dan mempengaruhi kesehatan janin maupun ibunya.

### **3. Ada Gawat Darurat Obstetri / AGDO (Kelompok Faktor Risiko III atau ada ancaman nyawa ibu dan bayi) <sup>4</sup>**

Pada kelompok faktor risiko III ini harus segera dirujuk ke rumah sakit sebelum kondisi ibu dan janin bertambah buruk / jelek yang membutuhkan penanganan dan tindakan pada waktu itu juga dalam upaya menyelamatkan nyawa ibu dan bayinya.

#### **a) Perdarahan pada saat kehamilan**

Perdarahan antepartum (perdarahan sebelum persalinan atau perdarahan terjadi sebelum kelahiran bayi). Tiap perdarahan keluar dari liang senggama pada ibu hamil setelah 28 minggu, disebut perdarahan antepartum. Perdarahan antepartum harus dapat perhatian penuh, karena merupakan tanda bahaya yang dapat mengancam nyawa ibu dan atau janinnya.

#### **b) Pre-Eklamsia berat / Eklamsia**

Pre-eklamsia berat terjadi bila ibu dengan pre-eklamsia ringan tidak dirawat, ditangani dengan benar. Pre-eklamsia berat bila tidak ditangani dengan benar akan terjadi kejang-kejang, menjadi eklamsia.

### **4. Faktor Risiko Riwayat Operasi SC**

#### **a. Kehamilan dengan riwayat operasi sesar**

Bekas luka pada dinding rahim yang terdapat pada ibu dengan riwayat operasi sesar merupakan jaringan kaku, ada kemungkinan mudah robek pada kehamilan. Untuk mencegah kemungkinan terjadinya robekan atau pencegahan komplikasi yang mungkin terjadi berikut hal-hal yang dapat dilakukan (Rochjati, 2017):<sup>4</sup>

- 1) Memberikan komunikasi, informasi, edukasi/ KIE, perawatan antenatal teratur ke fasilitas kesehatan.
  - 2) Merencanakan persalinan aman dengan ibu hamil, suami, dan keluarga serta rujukan terencana untuk melahirkan di rumah sakit
  - 3) Membantu adanya kesiapan mental, biaya, dan transportasi
- b. Persalinan

Perencanaan persalinan yang tepat juga perlu pada ibu hamil yang memiliki riwayat sc. Hal ini terkait dengan penyebab atau indikasi persalinan sesar yang dilakukan sebelumnya (Rochjati, 2017).<sup>4</sup> Ibu yang memiliki riwayat persalinan sesar dapat melakukan persalinan normal atau melalui vagina (*Vaginal Birth After Caesarean*) jika tidak memiliki kontraindikasi. Hasil penelitian *Royal College of Obstetricians & Gynaecologists* dalam guideline berjudul *Birth After Previous Caesarean Birth, Green-Top Guideline No 45*, Oktober 2015 menyebutkan VBAC memiliki kontraindikasi pada wanita yang memiliki riwayat ruptur uteri atau bekas luka cesar klasik dan pada wanita yang memiliki kontraindikasi mutlak untuk menjalani VBAC terlepas dari ada tidaknya bekas luka (misal plasenta previa) (*Royal College of Obstetricians & Gynaecologists*, 2015)

*The American Congress of Obstetricians and Gynecologists* dalam *New Vaginal Birth After Cesarean (VBAC) Guideline* menyebutkan ibu yang memiliki riwayat operasi sesar yang akan melakukan operasi sesar ulang ataupun *trial of labour after cesarean (TOLAC)* memiliki risiko berupa perdarahan maternal, infeksi, cedera operasi, gangguan pembekuan darah, histerektomi, dan kematian pada kehamilan selanjutnya (Laura Humphrey, 2010). Banyaknya bahaya yang mengancam saat persalinan pada ibu yang memiliki riwayat sc sangatlah serius. Penanganan dan pencegahan selama kehamilan yang tepat dapat mengurangi risiko terjadinya komplikasi, untuk itu perencanaan persalinan dirumah sakit yang memiliki sumber daya yang baik akan mencegah timbulnya komplikasi yang terjadi (Rochjati, 2017).<sup>4</sup>

c. Nifas

Ibu hamil dengan riwayat sc memiliki risiko untuk mengalami perdarahan pada saat nifas. Hal ini terkait dengan robekan rahim yang mungkin terjadi pada saat kehamilan maupun persalinan. Pencegahan risiko perdarahan saat nifas perlu dilakukan mulai dari masa kehamilan dan persalinan terkait dengan risiko robekan rahim. Perencanaan dan penanganan yang baik dalam mencegah terjadinya komplikasi pada masa kehamilan dan persalinan akan mengurangi risiko atau bahaya pada masa nifas, untuk itu persalinan di fasilitas kesehatan yang memadai di sarankan untuk ibu hamil dengan riwayat sc (Rochjati, 2017).<sup>4</sup>

Ibu yang saat hamilnya memiliki riwayat sc dapat menggunakan berbagai macam alat kontrasepsi seperti kondom, pil progestin, pil kombinasi, suntik progestin, suntik kombinasi, implan maupn iud. Hasil penapisan pada guideline fifth edition 2015 medical eligibility criteria for contraceptive use didapatkan pada ibu yang memiliki riwayat sc sebelumnya tidak memiliki kontraindikasi dengan alat kontrasepsi apapun (WHO, 2015).

d. Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir dari ibu yang memiliki riwayat sc kecil kemungkinan memiliki komplikasi. Adapun komplikasi yang mungkin dimiliki oleh bayi dari ibu yang memiliki riwayat sc cenderung berasal dari faktor risiko lain yang dimiliki ibu, misalnya usia ibu yang terlalu tua. Misal adapun komplikasi yang terjadi pada bayi terkait riwayat sc ibu berasal dari komplikasi yang kemungkinan terjadi saat bersalin ataupun kesalahan penanganan pada saat persalinan (Oats and Abraham, 2010). Penanganan yang cepat dan tepat saat persalinan dapat mengurangi bahaya pada janin dari ibu yang memiliki riwayat sc (Rochjati, 2017).<sup>4</sup>

## **5. Konsep Dasar Persalinan**

### **a. Definisi**

Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi saat usia kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala dan berlangsung kurang lebih 18 jam, tanpa adanya komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.<sup>6</sup>

### **b. Etiologi Persalinan**

#### 1) Keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.<sup>10</sup> Otot hormon mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Apabila batas tersebut telah terlewati maka akan terjadi kontraksi, sehingga persalinan dapat dimulai.<sup>11</sup>

#### 2) Penurunan progesterone

Villi korionales mengalami perubahan – perubahan dan produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone.<sup>10</sup> Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibat otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu.<sup>12</sup>

#### 3) Teori Iritasi Mekanis

Di belakang serviks terletak ganglion servikalis (fleksus frankenhauser), bila ganglion ini digeser dan ditekan (misalnya oleh kepala janin), maka akan timbul kontraksi uterus.<sup>13</sup>

#### 4) Teori Oksitosin

- 1) Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior
  - 2) Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga terjadi kontraksi Braxton Hicks.
  - 3) Menurunnya konsentrasi progesteron karena magangnya usia kehamilan menyebabkan ok di fisik meningkatkan aktivitasnya dalam merangsang otot rahim untuk berkontraksi, dan akhirnya persalinan dimulai.<sup>14</sup>
- 5) Prostaglandin
- Akan terjadi peningkatan prostaglandin pada umur kehamilan 15 minggu, sehingga akan memicu terjadinya kontraksi dan persalinan.<sup>10</sup> Prostaglandin yang dikeluarkan oleh deciduas konsentrasinya meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu. Prostaglandin dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan, pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim.<sup>11</sup>
- 6) Hipotalamus-hipofisis dan glandula suprarenalis
- Grandula suprarenalis merupakan memicu terjadinya persalinan. Teori ini menunjukkan, pada kehamilan dengan bayi anensefalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuk nya hipotalamus.<sup>13</sup>
- 7) Induksi Persalinan
- Persalinan dapat juga di timbulkan dengan jalan sebagai berikut:
- 1.) Gagang laminaria : dengan cara laminaria dimasukkan ke dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang fleksus frankenhauser.
  - 2.) Amniotomi (pemecahan ketuban )
  - 3.) Oksitosin drip<sup>13</sup>

### **c. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan**

Terdapat 4 faktor yang mempengaruhi kemajuan persalinan yaitu :

- 1) *Passage* (jalan lahir) yang meliputi ukuran panggul, bentuk panggul dan kemampuan serviks untuk membuka dan kemampuan vagina untuk meregang.
- 2) *Passenger* (janin) yang meliputi ukuran janin, terutama kepala janin, sikap janin, yang mendeskripsikan hubungan antara kepala, bahu, dan tungkai janin terhadap satu sama lain, letak janin, yang menunjukkan hubungan antara aksis panjang janin dengan aksis panjang ibu, presentasi janin, yang mendeskripsikan bagian janin yang masuk panggul pertama kali, posisi janin, yang menunjukkan arah bagian presentasi menghadap yaitu depan, samping, atau belakang panggul ibu.
- 3) *Power* (tenaga) yang meliputi frekuensi, durasi, dan intensitas kontraksi uterus, tekanan abdomen yang terjadi akibat mengejan pada kala II persalinan.
- 4) *Psyche* (kondisi psikis) yang meliputi persiapan fisik, emosi, dan intelektual ibu, pengalaman kelahiran ibu sebelumnya, sikap budaya ibu, dukungan dari orang yang penting bagi ibu.

### **d. Tanda Persalinan**

Tanda-tanda persalinan diantaranya adalah :

- 1) Kontraksi uterus (rasa nyeri dari punggung menjalar ke perut intensitas nyeri semakin bertambah dan tidak berkurang untuk istirahat) minimal 2-3 kali setiap 10 menit dengan durasi 40 detik.
- 2) Keluarnya lendir darah (*bloody show*) yang disebabkan karena adanya penipisan dari servik.
- 3) Premature rupture membrane adalah keluarnya cairan banyak dari jalan lahir yang terjadi akibat ketuban pecah atau selaput yang robek.

## e. Tahapan Persalinan

### 1) Kala I

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga dapat berjalan jalan. Lama kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan kurva fiedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Dengan penghitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan.<sup>12</sup>

Multigravida dilatasi akan lebih cepat karena mulai usia kehamilan 38 minggu serviks mungkin sudah mengalami pembukaan sehingga saat memasuki inpartu perlonakan dan dilatasi terjadi bersama-sama. Sedangkan pada primigravida saat hamil tidak ada pembukaan sehingga saat inpartu serviks akan melunak diikuti dengan pembukaan.<sup>12</sup> Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu :

- a) Fase laten, dimana pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung selama 7-8 jam.<sup>15</sup> Yang perlu dicatat di lembar observasi pada kala I fase laten, yaitu : denyut jantung janin (DJJ) diperiksa setiap 1 jam, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus diperiksa setiap 1 jam, nadi diperiksa setiap 30-60 menit, suhu tubuh diperiksa setiap 4 jam, tekanan darah diperiksa setiap 4 jam, pembukaan serviks dan penurunan kepala diperiksa setiap 4 jam sekali.
- b) Fase aktif (pembukaan serviks 4-10 cm), berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase.
  - i. Periode akselerasi: berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4cm.

- ii. Periode dilatasi maksimal: berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9cm.
- iii. Periode deselerasi: berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap.<sup>15</sup>

## 2) Kala II

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi. Tanda dan gejala kala II yaitu: his semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50-100 detik, menjelang akhir kala I ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.<sup>12</sup> 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.<sup>16</sup>

Penatalaksanaan Kala II, yaitu memberikan dukungan terus menerus kepada ibu dengan: menjaga kebersihan ibu, mengipasi dan massase untuk menambah 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 persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh prosesnya biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir (Prawirohardjo, 2010). 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

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhirnya dua jam setelah proses tersebut.<sup>16</sup> Asuhan dan pemantauan pada kala IV:

- a) Kesadaran pasien, mencerminkan kebahagiaan karena tugasnya untuk mengeluarkan bayi telah selesai.
- b) Pemeriksaan yang dilakukan: tekanan darah, nadi, dan pernapasan dan suhu; kontraksi rahim yang keras; perdarahan yang mungkin terjadi dari plasenta rest, luka episiotomi, perlukaan pada serviks; kandung kemih dikosongkan karena dapat mengganggu kontraksi rahim.
- c) Bayi yang telah dibersihkan diletakkan disamping ibunya agar dapat memulai pemberian ASI.
- d) Observasi dilakukan selama 2 jam dengan interval pemeriksaan setiap jam.<sup>12</sup>

## 6. PERSALINAN DENGAN RIWAYAT SEKSIO SESAREA / SC

Perencanaan persalinan yang tepat perlu dilakukan oleh seorang ibu yang memiliki riwayat seksio sesarea pada persalinan sebelumnya. Hal ini terkait dengan penyebab atau indikasi persalinan sesar yang dilakukan sebelumnya. Ibu yang memiliki riwayat persalinan sesar dapat melakukan persalinan normal atau melalui vagina (*Vaginal Birth After Caesarean*) jika tidak memiliki kontraindikasi (Rochjati, 2011).

Keputusan cara persalinan pada pasien dengan riwayat seksio sesarea disetujui oleh pasien dan dokternya sebelum waktu persalinan yang diperkirakan/ditentukan (ideal pada usia kehamilan 36 minggu). Keputusan mengenai cara persalinan ini mempertimbangkan risiko yang dapat terjadi pada ibu maupun janin. Persalinan pervaginam (*vaginal birth after cesarean section*, VBAC) pada kehamilan dengan riwayat seksio sesarea dapat dipertimbangkan sebagai pilihan bila berikut ini dipenuhi. Berikut syarat-syarat VBAC (Kemenkes RI, 2013):

- a. Hanya pernah 1 (satu) kali seksio sesarea transversal pada segmen bawah, tanpa komplikasi
- b. Presentasi janin verteks normal
- c. Tidak ada kecurigaan disproporsi sefalopelvik
- d. Ada fasilitas untuk seksio sesarea darurat

Tidak semua pasien dengan riwayat persalinan seksio sesarea dapat melakukan persalinan pervaginam atau VBAC. Adapun kontraindikasi VBAC meliputi (Kemenkes RI, 2013):

- a. Pasien dengan riwayat seksio sesarea klasik atau inverted T
- b. Pasien dengan riwayat histerotomi atau miomektomi yang menembus kavum uteri
- c. Pasien dengan riwayat insisi pada uterus selain dari seksio sesarea transversal pada segmen bawah tanpa komplikasi (harus dilakukan penilaian lengkap mengenai riwayat operasi sebelumnya oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi)
- d. Pasien dengan riwayat dua kali *seksio sesarea transversal* pada segmen bawah tanpa komplikasi (harus diberikan informasi yang lengkap oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi)
- e. Riwayat ruptura uteri atau bila risiko ruptura berulang tidak diketahui
- f. Tiga kali atau lebih riwayat seksio sesarea
- g. Penyembuhan luka yang tidak baik pada seksio sesarea yang lalu
- h. Tipe insisi pada operasi sebelumnya tidak diketahui

Ketika syarat VBAC terpenuhi maka dapat dilakukan persalinan pervaginam seperti wanita dengan persalinan normal. Pantau ibu dengan partograf dan awasi secara ketat ketika dilakukan VBAC. Segera lakukan seksio sesarea jika didapati kondisi berikut (Kemenkes RI, 2013):

- 1) Persalinan melampaui garis waspada dan dicurigai adanya obstruksi atau disproporsi pelvik
- 2) Ada tanda-tanda ruptura uteri: perdarahan, denyut nadi  $>100x$ /menit, nyeri menetap di abdomen dan/atau suprapubik, serta gawat janin.

Pada pasien dengan riwayat sc juga perlu diperhatikan tanda tanda ruptur uteri. Ruptura uteri atau robeknya dinding rahim terjadi akibat terlampauinya daya regang miometrium. Pada bekas seksio sesarea, risiko terjadinya ruptura uteri lebih tinggi (Kemenkes RI, 2010). Adapun diagnosis ruptur uteri antara lain:

- 1) Perdarahan intraabdominal, dengan atau tanpa perdarahan pervaginam.
- 2) Nyeri perut hebat (dapat berkurang setelah ruptura terjadi)
- 3) Syok atau takikardia
- 4) Adanya cairan bebas intraabdominal
- 5) Hilangnya gerak dan denyut jantung janin
- 6) Bentuk uterus abnormal atau konturnya tidak jelas
- 7) Dapat didahului oleh lingkaran konstiksi (Bandl's ring)
- 8) Nyeri raba/tekan dinding perut
- 9) Bagian-bagian janin mudah dipalpasi

## 7. KONSEP DASAR MASA NIFAS / PUERPURIUM

### a. Definisi

Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira – kira 6 minggu.<sup>17</sup>

### b. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

#### 1) Sistem Reproduksi

##### a) Uterus

Involusi uteri dapat dikatakan sebagai proses kembalinya uterus pada keadaan semula atau keadaan sebelum hamil setelah melahirkan.<sup>17</sup> Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah seperti berikut ini <sup>15</sup> :

Tabel 2. Perubahan Uterus Masa Nifas

Involusi	TFU	Berat Uterus (gr)
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000

Uri lahir	2 jari dibawah pusat	750
1 minggu	Pertengahan simfisis	500
2 minggu	Tidak teraba di simfisis	350
6 minggu	Normal	50
8 minggu	Normal tapi sebelum hamil	30

Selama masa nifas, ibu akan mengeluarkan lochea, Lokia adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas yang berasal dari campuran antara darah dan decidua, biasanya berwarna merah muda atau putih pucat, memiliki bau amis meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda – beda pada setiap wanita. Lochea mengalami perubahan warna karena proses involusi.<sup>17</sup>

Tabel 3. Perubahan Warna Lochea

<b>Lochea</b>	<b>Waktu (hari)</b>	<b>Warna</b>	<b>Ciri-ciri</b>
Rubra	1 – 3	Merah kehitaman	Terdiri dari desidua
Sanguinolenta	3 – 7	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7 – 14	Kekuningan atau kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri leukosit dan robekan laserasi plasenta.
Alba	> 14	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati

#### b) 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.<sup>18</sup>

## 2) Tanda-tanda Vital

### a) Suhu Badan

Pasca melahirkan dapat naik  $0,5^{\circ}\text{C}$  dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan diakibatkan karena kerja keras sewaktu persalihan, kehilangan cairan, maupun kelelahan<sup>17</sup>

### b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60 – 80 kali per menit. Pasca melahirkan, denyut nadi dapat menjadi lebih cepat. Namun, jika denyut nadi lebih dari 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum.<sup>17</sup>

### c) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari.<sup>19</sup>

### d) Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16-24 kali per menit. Pada ibu post partum umumnya pernafasan

lambat atau normal karena dalam masa pemulihan atau kondisi istirahat.<sup>17</sup>

3) Penurunan Berat Badan

Wanita mengalami penurunan berat badan rata-rata 12 pon (4,5 kg) pada waktu melahirkan. Penurunan ini mewakili gabungan berat bayi, plasenta dan cairan amnion. Wanita dapat kembali mengalami penurunan berat badan sebanyak 5 pon selama minggu pertama pascapartum karena kehilangan cairan (Varney, 2008).

4) Sistem kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam hilang darah sekitar 300-400 cc. Perubahan terdiri dari volume darah dan hemokonsentrasi. Apabila pada persalinan pervaginam, hemokonsentrasi akan naik dan pada SC hemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4- 6 minggu.<sup>20</sup>

5) Sistem muskuloskeletal

Sistem muskuloskeletal pada ibu selama masa pemulihan/postpartum termasuk penyebab relaksasi dan kemudian hipermobilitas sendi serta perubahan pada pusat gravitasi. Stabilisasi sendi lengkap akan terjadi pada minggu ke-6 sampai ke-8 setelah wanita melahirkan. Dinding abdominal lembek setelah proses persalinan karena peregangan selama kehamilan.<sup>21</sup>

6) Perubahan Sistem Pencernaan

Setelah kelahiran plasenta, maka terjadi pula penurunan produksi progesteron. Sehingga hal ini dapat menyebabkan heartburn dan konstipasi terutama dalam beberapa hari pertama. Kemungkinan terjadi hal ini karena kurangnya keseimbangan cairan selama persalinan dan adanya reflek hambatan defekasi dikarenakan adanya rasa nyeri pada perineum karena adanya luka episiotomy.<sup>22</sup>

7) Perubahan Sistem Perkemihan

Diuresis dapat terjadi setelah 2-3 hari postpartum. Dieresis terjadi karena saluran urinaria mengalami dilatasi. Kondisi ini akan

kembali normal setelah 4 minggu postpartum. Pada awal postpartum, kandung kemih mengalami edema, kongesti, dan hipotonik. Hal ini disebabkan oleh adanya overdistensi pada saat kala dua persalinan dan pengeluaran urine yang tertahan selama proses persalinan. Sumbatan pada uretra disebabkan oleh adanya trauma saat persalinan berlangsung dan trauma ini dapat berkurang setelah 24 jam postpartum.<sup>18</sup>

#### 8) Perubahan Psikologis Ibu Nifas

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:<sup>23</sup>

##### a) Masa *Taking In* (Fokus pada Diri Sendiri)

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.

##### b) Masa *Taking On* (Fokus pada Bayi)

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.

##### c) 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.

### **c. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas**

#### **1. Kebersihan diri**

- a) Perawatan 3-4 hari di rumah sakit cukup untuk mengembalikan fisik ibu yang baru bersalin dengan operasi. Sebelum pulang, sebaiknya ibu menguasai bagaimana cara merawat luka operasi. Biasanya, pasien diminta datang kembali ke dokter untuk pemantauan perawatan luka tujuh hari setelah pulang. Pasien boleh mandi seperti biasanya, setelah hari ke-5 operasi. Setelah itu keringkan dan rawat luka seperti biasa.
- b) Jahitan bekas luka di perut ibu akan ditutupi kain kasa lembut. Kasa perut harus di lihat satu hari pascabedah. Apabila basah dan berdarah arus dibuka dan diganti. Umumnya, kasa perut dapat diganti pada hari ke 3-4 sebelum pulang dan seterusnya pasien menggantinya setiap hari. Luka dapat diberi salep Betadin sedikit.
- c) Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Memastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah di sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, baru kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Memberikan nasehat ibu untuk membersihkan diri setiap kali selesai buang air kecil atau besar.
- d) Memberikan saran kepada ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik, dan dikeringkan di bawah matahari atau disterika.
- e) Memberikan saran kepada ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.<sup>20</sup>

## 2. Nutrisi dan Cairan

Ibu yang melahirkan secara normal, tidak ada pantangan diet. Dua jam setelah melahirkan ibu boleh minum dan makan seperti biasa bila ingin. Namun perlu diperhatikan jumlah kalori dan protein ibu menyusui harus lebih besar daripada ibu hamil, kecuali apabila ibu tidak menyusui bayinya. Kebutuhan pada masa menyusui meningkat hingga 25% yaitu untuk produksi ASI dan memenuhi kebutuhan cairan yang meningkat tiga kali dari biasanya. Penambahan kalori pada ibu menyusui sebanyak 500 kkal tiap hari.<sup>24</sup> Makanan yang dikonsumsi ibu berguna untuk melaksanakan aktivitas, metabolisme, cadangan dalam tubuh, proses produksi ASI serta sebagai ASI itu sendiri yang akan dikonsumsi bayi untuk pertumbuhan dan perkembangannya. Makanan yang dikonsumsi juga perlu memenuhi syarat, seperti susunannya harus seimbang, porsinya cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengandung alcohol, nikotin serta bahan pengawet dan pewarna. Menu makanan yang seimbang mengandung unsur-unsur, seperti sumber tenaga, pembangunan, pengatur dan perlindungan.<sup>25</sup>

## 3. Ambulasi

Pada masa nifas, perempuan sebaiknya melakukan ambulasi dini. Ambulasi dini adalah beberapa jam setelah melahirkan, segera bangun dari tempat tidur dan segera bergerak, agar lebih kuat dan lebih baik. Gangguan kemih dan buang air besar juga dapat teratasi. Mobilisasi sangat bervariasi, tergantung pada komplikasi persalinan, nifas, atau sembuh luka (jika ada luka). Jika tidak ada kelainan, lakukan mobilisasi sedini mungkin, yaitu dua jam setelah persalinan normal. Ini berguna untuk mempercepat sirkulasi darah dan mengeluarkan cairan vagina (lochea).

Tahapan mobilisasi dini dilakukan setelah kala IV. Setelah kala IV ibu bisa turun dari tempat tidurnya dan beraktivitas seperti biasa, hal ini dikarenakan pada masa persalinan kala IV ibu

memerlukan istirahat yang cukup untuk memulihkan tenaga pada proses penyembuhan.<sup>26</sup> Dalam persalinan normal, setelah 1 atau 2 jam persalinan ibu harus melakukan rentang gerak dalam tahapan mobilisasi dini, jika ibu belum melakukannya dalam rentang waktu tersebut maka ibu belum melakukan mobilisasi secara dini (late ambulation). Dalam waktu sekitar 2-6 jam bidan akan membantu ibu untuk melakukan mobilisasi dini, misalnya duduk di tempat tidur, duduk di bagian samping tempat tidur, serta mulai jalan dengan jarak yang dekat. Jika semakin cepat ibu dapat bergerak kembali maka proses menyusui dan merawat anak akan semakin cepat dan mudah dilakukan oleh ibu. Mobilisasi dini yang baik dapat mengurangi terjadinya perdarahan abnormal karena dengan melakukan mobilisasi dini maka kontraksi uterus akan baik, sehingga fundus uteri akan keras. Mobilisasi yang tidak baik dapat menyebabkan involusi uteri yang tidak baik sehingga darah-darah yang tersisa tidak dapat dikeluarkan dan menyebabkan infeksi.

#### 4. Eliminasi

Rasa nyeri kadangkala menyebabkan keengganan untuk berkemih, tetapi ibu harus tetap berkemih secara teratur, karena kantung kemih yang penuh dapat menyebabkan gangguan kontraksi rahim, yang dapat menyebabkan timbulnya perdarahan dari rahim. Seperti halnya dengan berkemih, perempuan pascapersalinan sering tidak merasakan sensasi ingin buang air besar, yang dapat disebabkan pengosongan usus besar (klisma) sebelum melahirkan atau ketakutan menimbulkan robekan pada jahitan dikemaluan. Sebenarnya kotoran yang dalam beberapa hari tidak dikeluarkan akan mengeras dan dapat menyulitkan dikemudian hari.

Pengeluaran air seni akan meningkat 24-48 jam pertama sampai hari ke-5 setelah melahirkan. Hal ini terjadi karena volume darah meningkat pada saat hamil tidak diperlukan lagi setelah persalinan. Oleh karena itu, ibu perlu belajar berkemih secara

spontan dan tidak menahan buang air kecil ketika ada rasa sakit pada jahitan. Menahan buang air kecil akan menyebabkan terjadinya bendungan air seni dan gangguan kontraksi rahim sehingga pengeluaran cairan vagina tidak lancar. Sedangkan buang air besar akan sulit karena ketakutan akan rasa sakit, takut jahitan terbuka atau karena adanya haemoroid (wasir). Kesulitan ini dapat dibantu dengan mobilisasi dini, mengonsumsi makanantinggi serat dan cukup minum.

#### 5. Istirahat

Wanita pasca persalinan harus cukup istirahat. Delapan jam pasca persalinan, ibu harus tidur terlentang untuk mencegah perdarahan. Sesudah 8 jam, ibu boleh miring ke kiri atau ke kanan untuk mencegah trombosis. Ibu dan bayi ditempatkan pada satu kamar. Pada hari kedua, bila perlu dilakukan latihan senam. Pada hari ketiga umumnya sudah dapat duduk, hari keempat berjalan dan hari kelima sudah dapat dipulangkan. Makanan yang diberikan harus bermutu tinggi dan cukup kalori, cukup protein dan banyak buah.

Anjurkan untuk mencegah kelelahan yang berlebihan, usahakan untuk rileks dan istirahat yang cukup, terutama saat bayi sedang tidur. Meminta bantuan suami atau keluarga ketika ibu merasa lelah. Putarkan dan dengarkan lagu-lagu klasik disaat ibu dan bayi sedang istirahat untuk menghilangkan rasa tegang dan lelah.

#### 6. Seksualitas

Setelah persalinan pada masa ini ibu menghadapi peran baru sebagai orang tua sehingga sering melupakan perannya sebagai pasangan. Namun segera setelah ibu merasa percaya diri dengan peran barunya dia akan menemukan waktu dan melihat sekelilingnya serta menyadari bahwa dia telah kehilangan aspek lain dalam kehidupannya yang juga penting. Oleh karena itu perlu memahami perubahan yang terjadi pada istri sehingga tidak punya perasaan diabaikan. Anjuran:

- a) Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu ibu merasakan aman untuk melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.
- b) Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai waktu tertentu setelah 40 hari atau 6 minggu pasca persalinan. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan.
- c) Kerjasama dengan pasangan dalam merawat dan memberikan kasih sayang kepada bayinya sangat dianjurkan.

**d. Tanda Bahaya Ibu Nifas**

Tanda-tanda bahaya masa nifas adalah sebagai berikut:

- a. Perdarahan pervaginam yang luar biasa atau tiba-tiba bertambah banyak (lebih dari perdarahan haid biasa atau bila memerlukan pergantian pembalut-pembalut 2 kali dalam setengah jam).
- b. Pengeluaran cairan vagina yang berbau busuk.
- c. Rasa sakit dibagian bawah abdomen atau punggung.
- d. Sakit kepala yang terus menerus, nyeri ulu hati, atau masalah penglihatan.
- e. Pembengkakan diwajah atau ditangan.
- f. Demam, muntah, rasa sakit sewaktu BAK atau jika merasa tidak enak badan.
- g. Payudara yang bertambah atau berubah menjadi merah panas dan atau terasa sakit.
- h. Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama.
- i. Rasa sakit merah, lunak dan atau pembengkakan dikaki.
- j. Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri bayinya atau dirinya sendiri.
- k. Merasa sangat letih dan nafas terengah-engah.
- e. Kunjungan Ulang Masa Nifas (KF)

Waktu kunjungan nifas KF1-KF3 menurut Panduan pelayanan operasional persalinan dan nifas normal bagi tenaga kesehatan (2015) menganjurkan ibu untuk melakukan kontrol/ kunjungan masa nifas setidaknya 3 kali :

- 1) Kunjungan Nifas Pertama (KF1) Adalah kunjungan nifas pada masa mulai dari 6 jam setelah persalinannya. Asuhan yang diberikan meliputi mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, memberikan konseling bagaimana cara mencegah atonia uteri, pemberian ASI awal, melakukan hubungan antara ibu dan bayi, menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.
- 2) Kunjungan Nifas Kedua (KF2) Adalah kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke-4 sampai hari ke-28 setelah persalinan. Asuhan yang diberikan pada KF2 yaitu memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal; menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal; memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup; memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi; memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit; memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
- 3) Kunjungan Nifas Ketiga (KF3) Adalah kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 setelah persalinan. Asuhan pada KF3 yaitu menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia alami dan memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, dan tanda- tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi.

## 8. BAYI BARU LAHIR

### a. Definisi

Bayi baru lahir adalah bayi yang baru lahir selama satu jam pertama kelahiran.<sup>6</sup> Pengkajian kondisi umum bayi pada menit pertama dan kelima dengan menggunakan nilai apgar.

Tabel 4. Nilai APGAR Bayi Baru Lahir

Tanda	Nilai 0	Nilai 1	Nilai 2
<i>Appearance</i> (warna kulit)	Biru, pucat	Tubuh merah muda, ekstremitas biru	Seluruh tubuh merah muda
<i>Pulse</i> (frekuensi jantung)	Tidak ada	Kurang dari 100 kali per menit	Lebih dari 100 kali per menit
<i>Grimace</i> (Respon terhadap rangsang)	Tidak ada	Meringis minimal	Batuk atau bersin
<i>Active</i> (Tonus otot)	Lunglai	Fleksi ekstremitas	Aktif
<i>Respiration</i> (Pernapasan)	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Baik atau menangis

### b. Penanganan bayi baru lahir

#### 1) Perawatan Tali Pusat

Perawatan tali pusat yang benar dapat mengurangi insiden infeksi pada neonatus. Yang terpenting dalam perawatan tali pusat adalah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih.

#### 2) Inisiasi Menyusui Dini dan Pemberian Nutrisi

Segera setelah dilahirkan bayi diletakkan di dada atau perut atas ibu selama paling sedikit satu jam untuk memberi kesempatan pada bayi untuk mencari dan menemukan puting ibunya. Manfaat IMD adalah membantu stabilisasi pernafasan, mengendalikan suhu tubuh, menjaga kolonisasi kuman yang aman, dan mencegah infeksi nosokomial.<sup>6</sup>

#### 3) Pencegahan hipotermi

Pada waktu bayi baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat.<sup>6</sup>

4) Pemberian Injeksi Vitamin K

Pemberian vitamin K dapat menurunkan insiden kejadian perdarahan akibat defisiensi vitamin K1 (PDVK) yang dapat menyebabkan kematian neonatus. Dosis pemberian vit 0,5-1 mg secara IM.

5) Pemberian Salep Mata

Pemberian antibiotik profilaksis pada mata dapat mencegah terjadinya konjungtivitis. Konjungtivitis pada bayi baru lahir sering terjadi terutama pada bayi dengan ibu yang menderita penyakit menular seksual. Konjungtivitis ini muncul pada 2 minggu pertama setelah kelahiran. Profilaksis mata yang sering digunakan yaitu tetes mata silver nitrat 1%, salep mata eritromisin, dan salep mata tetrasiklin.

6) Injeksi Hepatitis B

Imunisasi Hepatitis B pertama diberikan 1-2 jam setelah pemberian Vitamin K1 secara intramuskular. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi

c. Keadaan Bayi Baru Lahir Normal

Bayi baru lahir dikatakan normal apabila;

- 1) Frekuensi napas 40-60 kali per menit
- 2) Frekuensi denyut jantung 120-160 kali per menit
- 3) Suhu badan bayi 36,5 – 37,5<sup>0</sup>C
- 4) Berat badan bayi 2500-4000 gram
- 5) Umur kehamilan 37 – 40 mg
- 6) Gerakan aktif dan warna kulit kemerahan
- 7) Panjang lahir 48-52 cm
- 8) Kepala normal 33-37 cm.

## 9. KELUARGA BERENCANA

### a. Definisi

Keluarga berencana merupakan usaha suami istri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Prinsip dasar metode kontrasepsi adalah mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi telur wanita (fertilisasi) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang didalam rahim.<sup>27</sup>

### b. Tujuan Keluarga Berencana

Tujuan umum untuk lima tahun kedepan yaitu mewujudkan visi dan misi program KB yaitu membangun kembali dan melestarikan pondasi yang kokoh bagi pelaksana program KB di masa mendatang untuk mencapai keluarga berkualitas.<sup>28</sup> Keluarga berencana memiliki beberapa tujuan yaitu:

- 1) Mencegah terjadinya ledakan penduduk dengan menekan laju pertumbuhan penduduk dengan menurunkan angka kelahiran atau TFR (*Total Fertility Rate*).
- 2) Mengatur kehamilan dengan menunda kehamilan anak pertama dan menjarangkan kehamilan setelah kelahiran anak pertama serta menghentikan kehamilan apabila merasa anak telah cukup.
- 3) Tercapainya keluarga yang berkualitas, yakni keluarga yang harmonis, sehat, tercukupi sandang, pangan, papan, pendidikan dan produktif dari segi ekonomi.

### c. Sasaran Keluarga Berencana

Sasaran langsung KB yaitu pasangan usia subur yang wanitanya berusia antara 15-49 tahun, karena pasangan usia subur ini adalah pasangan yang aktif melakukan hubungan seksual dan mudah terjadinya kehamilan. Pasangan Usia Subur (PUS) diharapkan secara bertahap menjadi peserta KB yang aktif lestari sehingga memberi efek langsung penurunan fertilisasi.

d. 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.<sup>29</sup>

e. 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.<sup>30</sup>

f. Macam-macam Metode Kontrasepsi

Macam-macam metode kontrasepsi dibagi atas antara lain :

1) Metode Alamiah tanpa Alat

Metode alamiah yang tanpa alat antara lain metode kelender, metode suhu basal badan, metode lendir servik, metode pantang berkala, metode amenorae laktasi, metode senggama terputus.

2) Metode Alamiah dengan Alat (Metode Barrier)

Metode barrier merupakan metode alamiah yang menggunakan alat terdiri atas kondom, spermicide, diafragma, kap serviks.

Kondom merupakan sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya karet, plasti. Kondom dipasang pada saat penis ereksi dan harus terpasang sebelum terjadinya kontak genital. Keuntungan dari pemakaian kondom yaitu tidak mengganggu produksi ASI, menghindari dari penularan penyakit infeksi menular seksual. Kerugiannya sendiri adalah cara penggunaan sangat mempengaruhi dalam keberhasilan, mengganggu hubungan seksualitas.<sup>31</sup> Cara menggunakan pemakaian kondom: pasang

kondom saat penis ereksi atau tegang, gunakan kondom hanya 1 kali, simpan jangan pada tempat yang panas karena dapat merusak kondom.<sup>32</sup>

### 3) Metode Modern

Metode modern terdiri dari metode kontrasepsi hormonal dan non hormonal. Metode hormonal terdiri dari pil KB, suntik dan implan dan metode non hormonal terdiri dari IUD.

### 4) Metode mantap

#### a) Kontrasepsi mantap pada wanita

Penyinaran, Medis Operatif Wanita (MOW), penyumbatan tuba fallopii secara mekanis dan penyumbatan tuba fallopi secara kimiawi.

#### b) Kontrasepsi mantap pada pria

Medis Operatif Pria (MOP), penyumbatan vas deferens secara mekanis dan penyumbatan vas deferens secara kimiawi.<sup>29</sup>

### g. Jenis Alat Kontrasepsi

Macam-macam alat kontrasepsi yang aman dan tidak mengganggu laktasi meliputi metode amenorea laktasi (MAL), pil progestin, suntik progestin, implan dengan progestin dan alat kontrasepsi dalam rahim. Semua metode baik hormonal maupun non hormonal dapat digunakan sebagai metode dalam pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan, akan tetapi pada masa menyusui bayi, ada beberapa yang disarankan agar tidak mengganggu produksi ASI yaitu diantaranya :

1. Metode Amenore Laktasi (MAL)
2. Pil Progestin
3. Suntik Progestin
4. Implant
5. IUD

## 10. KEWENANGAN BIDAN TERHADAP KASUS

Bidan merupakan tenaga kesehatan yang sangat berpengaruh dalam meningkatkan derajat kesehatan wanita.<sup>33</sup> Bidan selaku petugas kesehatan diharapkan mampu menjalankan peran, fungsi dan kompetensinya dalam melakukan pelayanan kesehatan terkait peran, fungsi, dan kompetensinya. Bidan memiliki banyak tugas serta peran seperti fasilitator, konselor, motivator, dan komunikator dalam pendidikan kesehatan pada wanita<sup>33</sup>

Dalam UU No.36 tahun 2014 tentang tenaga kesehatan dijelaskan bahwa sebagai salah satu tenaga kesehatan, bidan dalam menjalankan praktik harus sesuai dengan kewenangan yang didasarkan pada kompetensi yang dimilikinya. Menurut penjelasan pasal 62 ayat (1) huruf c, yang dimaksud dengan kewenangan berdasar kompetensi adalah kewenangan untuk melakukan pelayanan kesehatan secara mandiri sesuai dengan lingkup dan tingkat kompetensinya, antara lain melakukan pelayanan kesehatan ibu, kesehatan anak, pelayanan kesehatan reproduksi dan keluarga berencana.<sup>34</sup>

Berdasarkan pasal 46 Undang – Undang Nomor 4 tahun 2019 tentang Kebidanan bahwa dalam menyelenggarakan praktik kebidanan, bidan memberikan pelayanan meliputi pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak, pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana dan dalam pasal 47 mengatakan bidan dapat berperan sebagai pemberi pelayanan kebidanan, pengelola pelayanan kebidanan, penyuluh dan konselor, pendidik, pembimbing, dan fasilitator klinik dan pemberdayaan perempuan.<sup>35</sup>

Dalam kasus ini, bidan sebagai pelaksana memiliki tugas mandiri, tugas kolaborasi dan tugas ketergantungan. Tugas bidan sebagai pelaksana sebagai berikut :

### a. Tugas mandiri

- 1) Menetapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan yang diberikan
- 2) Memberi pelayanan dasar pranikah pada anak remaja dan dengan melibatkan mereka sebagai klien. Membuat rencana tindak lanjut tindakan / layanan bersama klien.

- 3) Memberi asuhan kebidanan kepada klien selama kehamilan normal
- 4) Memberi asuhan kebidanan kepada klien dalam masa persalinan dengan melibatkan klien / keluarga
- 5) Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir
- 6) Memberi asuhan kebidanan pada klien dalam masa nifas dengan melibatkan klien / keluarga
- 7) Memberi asuhan kebidanan pada wanita usia subur yang membutuhkan pelayanan keluarga berencana
- 8) Memberi asuhan kebidanan pada wanita dengan gangguan sistem reproduksi dan wanita dalam masa klimakterium serta menopause
- 9) Memberi asuhan kebidanan pada bayi dan balita dengan melibatkan keluarga dan pelaporan asuhan.

b. Tugas kolaborasi

- 1) Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai fungsi kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga.
- 2) Memberi asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama pada kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi
- 3) Mengkaji kebutuhan asuhan pada kasus risiko tinggi dan keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi.
- 4) Memberi asuhan kebidanan pada ibu dalam masa persalinan dengan risiko tinggi serta keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga
- 5) Memberi asuhan kebidanan pada ibu dalam masa nifas dengan risiko tinggi serta pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi bersama klien dan keluarga
- 6) Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi bersama klien dan keluarga.

- 7) Memberi asuhan kebidanan pada balita dengan risiko tinggi serta pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi bersama klien dan keluarga.

c. Tugas ketergantungan

- 1) Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai dengan fungsi keterlibatan klien dan keluarga.
- 2) Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada kasus kehamilan dengan risiko tinggi serta kegawatdaruratan,
- 3) Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi serta rujukan pada masa persalinan dengan penyulit tertentu dengan melibatkan klien dan keluarga.
- 4) Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada ibu dalam masa nifas yang disertai penyulit tertentu dan kegawatdaruratan dengan melibatkan klien dan keluarga.
- 5) Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan kelainan tertentu dan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi serta rujukan dengan melibatkan keluarga.
- 6) Memberi asuhan kebidanan kepada anak balita dengan kelainan tertentu dan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi serta rujukan dengan melibatkan klien/keluarga.

Tugas mandiri bidan adalah menetapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan yang diberikan berupa pemberian konseling informasi dan edukasi terkait masalah yang dialami pasien. Tugas kolaborasi yaitu menerapkan manajemen kebidanan pada setiap kebidanan sesuai fungsi kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga. Memberi asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama pada kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi. Mengkaji kebutuhan asuhan pada kasus risiko tinggi dan keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi.

Tugas ketergantungan bidan meliputi menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai dengan fungsi keterlibatan klien dan keluarga, Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada kasus

kehamilan dengan risiko tinggi serta kegawatdaruratan, memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi serta rujukan pada masa persalinan dengan penyulit tertentu dengan melibatkan klien dan keluarga.