

## BAB II

### KAJIAN KASUS DAN TEORI

#### A. Kajian Kasus

##### 1. Pertemuan Pertama

Kajian kasus dilaksanakan pada tanggal 13 Desember 2022 jam 11.00 WIB di rumah pasien.

##### Identitas Ibu dan Suami

Ibu		Suami	
Nama	: Ny.EW	Nama	: Ny.BN
Umur	: 40 tahun	Umur	: 41 tahun
Suku Bangsa	: Jawa/Indonesia	Suku Bangsa	: Jawa/Indonesia
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: S1	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Karyawan
Alamat	: Gaduhan Hargosari Tanjungsari		
Jaminan	: BPJS		

Pada pertemuan pertama, ibu mengatakan ini adalah kehamilannya yang ke 4, anak terkecil usia 4 tahun, riwayat persalinan terdahulu 3 kali normal, lahir di bidan. tidak ada keluhan. Ibu sekarang berada dalam usia kehamilan 36<sup>+5</sup> minggu. HPHT tanggal 8 April 2022 dan HPL tanggal 15 Januari 2023. Ibu tidak memiliki riwayat penyakit, operasi dan alergi. Ibu mengatakan makan teratur dan tidak ada keluhan pada BAB dan BAK nya. Berdasarkan hasil pemeriksaan ANC terpadu di Puskesmas ibu mengalami anemia ringan yaitu HB 10,1 gr%. Berdasarkan catatan USG dokter obsgyn di buku KIA diperoleh keterangan bahwa letak plasenta ada dibawah menutupi jalan lahir. Selama kehamilan ibu tidak pernah mengalami perdarahan pervaginam. Keluhan yang dirasakan saat ini ibu mudah lelah dan merasa cemas karena harus

melahirkan SC di RS. Pada pemeriksaan didapatkan hasil bahwa KU ibu baik, kesadaran compos mentis, TD: 110/70 mmHg, N: 96 kali/menit, SPO2: 99, R: 20 kali/menit, S 36,9 °C. BB ibu pada pemeriksaan ANC terakhir tanggal 6 Desember 2022: 64 kg, secara umum pemeriksaan fisik dari kepala hingga kaki ibu mengalami keadaan yang normal, dengan payudara membesar, colostrum belum keluar, perut membesar memanjang, TFU 1 jari bawah px, pada fundus teraba bulat, tidak melenting (bokong), pada bagian kanan teraba keras, memanjang (punggung), pada bagian kiri teraba bagian-bagian kecil janin (ekstremitas), bagian perut bawah teraba bulat, keras, dan melenting (kepala) dan tangan pemeriksa konvergen/belum masuk panggul. TFU Mc Donald 30 cm sehingga TBJ adalah 2.945 gram. DJJ: 134 kali/menit, tidak terdapat oedem dan varices. Pada pemeriksaan kali ini tidak dilakukan pemeriksaan penunjang. Dapat disimpulkan bahwa ibu EW dengan kehamilan resiko tinggi yaitu dari segi usia, HB dan plasenta previa. Ibu diberitahu hasil pemeriksaan dan diberikan KIE mengenai tanda bahaya, seperti perdarahan per vaginam, gerakan janin berkurang, memberikan dukungan moril/support dan memotivasi keluarga agar selalu mendukung dan siaga mendampingi ibu jika mengalami tanda bahaya. Menganjurkan ibu untuk lebih banyak istirahat dan tidak melakukan aktifitas yang melelahkan, menganjurkan ibu untuk makan dengan pola gizi seimbang, menganjurkan untuk meminum tablet tambah darah rutin setiap hari dan mengurangi konsumsi the, kopi dan coklat. Menganjurkan ibu untuk periksa ulang ke RS/SPOG untuk perencanaan persalinan di RS.

## 2. **Pertemuan kedua**

Dilakukan pada tanggal 28 Desember 2022 pukul 13.00 WIB di rumah pasien. Pada pertemuan kali ini ibu mengatakan merasakan perutnya sudah mulai tidak nyaman dan sering kenceng-kenceng sehingga mengganggu tidurnya. Ibu sekarang berada dalam usia kehamilan 37+4 minggu. Pada pemeriksaan didapatkan hasil bahwa KU ibu baik, kesadaran compos mentis, TD: 108/72 mmHg, N: 90 kali/menit, SPO2: 99,

R: 21 kali/menit, S: 36,1 °C. secara umum pemeriksaan fisik dari kepala hingga kaki ibu mengalami keadaan yang normal, hanya di kemaluan terdapat lendir berwarna bening, tidak gatal tidak panas dan tidak berbau. Payudara membesar, colostrum belum keluar, perut membesar memanjang, TFU 1 jari bawah px, pada fundus teraba bulat, tidak melenting (bokong), pada bagian kanan teraba keras, memanjang(punggung), pada bagian kiri teraba bagian-bagian kecil janin (ekstremitas), bagian bawah teraba bulat, keras, dan melenting (kepala) dan tangan pemeriksa konvergen/belum masuk panggul. TFU Mc Donald 31 cm sehingga TBJ adalah 3.100 gram. DJJ: 140 kali/menit, tidak terdapat oedem dan varices. Pada pemeriksaan kali ini tidak dilakukan pemeriksaan penunjang. Dapat disimpulkan bahwa ibu EW dengan kehamilan resiko tinggi usia, anemia dan plasenta previa, aterm mengalami masalah perut sering kenceng dan kurang tidur. Penatalaksanaan yang dilakukan adalah memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan alasan mengapa ibu sulit tidur. Memberi KIE pada ibu cara istirahat di tempat tidur/tirah baring agar tidak timbul kontraksi.. Menganjurkan ibu untuk makan gizi seimbang dan memperbanyak makanan yang mengandung protein. Mengajarkan cara relaksasi terutama jika terjadi kontraksi. Menganjurkan suami untuk memajukan jadwal kontrol ke dokter SpOG untuk menentukan jadwal persalinan SC

### 3. **Pertemuan ketiga**

Pertemuan ini dilakukan pada 31 Desember 2022 pukul 09.00 WIB di RS Pelita Husada. Berdasarkan data dari RS kondisi ibu stabil, Tekanan darah 120/78 mmHg, Suhu 37 C, Nadi 98xm, RR 23x/m, SPO2 99%, perdarahan sedikit, TFU setinggi pusat, ibu sudah bisa BAK menggunakan pispot, mobilisasi ibu mulai latihan duduk, dan makan sendiri. bayi dirawat dalam inkubator, selang oksigen/ nasal canul terpasang dengan oksigen 2 l/m dan terpasang NGT. Melalui media whatsapp pada tanggal 29 Desember 2022 jam 22.00 ibu memberi kabar bahwa sudah melahirkan secara operasi Secio Sesaria di RS Pelita Husada . Bayi lahir tidak langsung menangis jenis kelamin Laki-laki BBL 2800 gram. Tanggal 30 Desember 2022 ibu

memberitahukan bahwa bayinya mau dirujuk ke RSUP dr Sarjito karena mengalami gangguan pernafasan dan denyut jantung cepat. Karena proses rujukan yang lama dan melalui prosedur yang panjang, akhirnya dirujuk ke RS PKU Yogyakarta pada tanggal 31 Desember jam 14.00. Dapat disimpulkan bahwa kondisi bayi tidak sehat dan mengalami gangguan pernafasan. Penatalaksanaan yang dilakukan terhadap Ny. EW adalah memberikan dukungan/support moral agar tetap tenang dan berdoa supaya bayinya lekas sehat. Memberikan KIE agar ibu melakukan mobilisasi dengan latihan berjalan dan melakukan aktifitas ringan seperti BAK/BAB kamar mandi sendiri. Menganjurkan ibu untuk istirahat cukup sebelum bayinya dibawa ke RS rujukan. Menganjurkan untuk makan bergizi dan cukup minum.

#### 4. **Pertemuan keempat**

Dilakukan kunjungan rumah pada tanggal 10 Januari 2023 jam 10.00 WIB. Ibu mengatakan bayinya sudah pulang dari RS PKU Yogyakarta pada tanggal 8 Januari setelah dirawat selama 8 hari. Ibu mengatakan bayinya BAK sering, warna kuning jernih dan BAB sehari 4-5 kali, warna kuning keemasan. Saat pulang dari RS PKU Yogyakarta BB bayi 3000 gram. Berdasarkan resume medis dari RS bayi mengalami respiratory distress sindrom. Dari hasil pengamatan keadaan bayi tampak bugar, warna kulit kemerahan, bayi aktif dan menyusu dengan lahap. Hasil pengukuran tanda vital Suhu 36,8C, Respirasi 40x/m, Heart Rate 146x/m, bentuk kepala mesocephal, tidak ada caput succedaneum, tidak ada cephalhematoma, mata simetris, sklera putih, dada tidak tampak tarikan dinding dada, tidak ada wheezing, perut tidak kembung, bising usus normal, kulit tidak keriput, tidak ikterik, tidak ada kelainan bawaan. Dapat disimpulkan kondisi bayi setelah pulang dari RS PKU Yogyakarta dalam kondisi stabil. Penatalaksanaan berupa memberikan KIE dan mengajarkan ibu tentang teknik menyusui, ASI eksklusif, dan memotivasi ibu untuk memberikan ASI secara *on demand*, memberikan KIE tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir seperti demam, kejang, memuntahkan semuanya, tidak

mau menyusui, bayi kuning, sesak nafas/nafas cepat dan lain-lain. Menganjurkan untuk kontrol sesuai jadwal dari RS atau segera membawa bayi ke RS jika ada tanda bahaya.

Ibu mengatakan luka jahitan operasinya agak nyeri karena sudah 1 minggu perban belum diganti dan basah karena lupa tidak ditutup saat mandi. Ibu khawatir luka jahitannya terbuka dan infeksi, BAK dan BAB tak ada keluhan. Kondisi ibu stabil, kesadaran composmentis, TD 110/78mmHg, Suhu 36,8 C, Nadi 90x/m, tidak ada perdarahan, lochea serosa, TFU 3 jari diatas simphisis. Dari hasil pemeriksaan luka jahitan tidak terdapat tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, nanah/pus, ataupun demam. Dapat disimpulkan ibu nifas post SC hari ke 12 dalam keadaan normal. Penatalaksanaan pada pertemuan ini adalah memberitahu ibu bahwa kondisinya baik tetapi luka operasinya perlu perawatan, mengajarkan ibu teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri, kemudian, KIE mengenai personal hygiene ibu nifas (membersihkan payudara dengan air hangat sebelum menyusui, cuci tangan dengan sabun sebelum dan sesudah kontak dengan bayi dan memegang kemaluan, menjaga kebersihan jalan lahir, memberikan KIE pada ibu mengenai makanan ibu nifas tidak ada pantangan dan sebaiknya makan yang banyak mengandung karbohidrat, protein dan mineral. Selain itu juga minum air putih yang banyak dan juga mengingatkan ibu untuk minum obat dengan teratur, melakukan perawatan luka dengan mengganti perban yang basah dengan yang kering dan steril, Menganjurkan ibu untuk konsumsi putih telur atau ikan agar luka cepat sembuh. Menganjurkan ibu untuk cukup istirahat agar ibu memiliki tenaga untuk menyusui dan merawat bayinya, menganjurkan ibu untuk kontrol ke RS jika luka masih terasa nyeri atau keluar nanah.

#### 5. **Pertemuan kelima**

Pertemuan ini dilaksanakan pada Hari Minggu tanggal 29 Januari 2023 pukul 10.00 WIB ibu datang ke PMB untuk mengimunisasikan bayinya. Ibu mengatakan keadaan bayinya sehat dan sudah tidak kontrol ke

RS lagi. Bayinya menyusu kuat, BAK dan BAB tidak ada keluhan, ASI cukup, keadaan ibu sehat, luka operasi sudah kering dan sudah tidak di perban serta bisa mandi seperti biasa. Ibu mengatakan belum berfikir untuk menggunakan KB saat ini karena ingin fokus merawat bayinya. Sebelumnya ibu pernah menggunakan KB suntik 3 bulanan tetapi karena sering keluar darah flek dan lama sehingga KB dihentikan. Ibu mengatakan tidak menginginkan hamil lagi tetapi suami tidak mengizinkan untuk MOW atau steril.

Pada pemeriksaan didapatkan hasil bahwa KU ibu baik, kesadaran compos mentis, TD: 110/80 mmHg, N: 86 kali/menit, R: 21 kali/menit, S 36,9 °C. Secara umum pemeriksaan fisik dari kepala hingga kaki ibu dalam keadaan yang normal, dengan payudara membesar tak teraba pembengkakan, ada pengeluaran ASI, TFU tak teraba, , lochea alba. Dapat disimpulkan bahwa ibu nifas hari ke 30 dengan kebutuhan konseling KB pasca salin. Oleh karena itu pelaksanaan untuk masalah tersebut adalah memberitahu ibu bahwa kondisinya normal dan sehat, menjelaskan pada ibu mengenai tujuan penggunaan alat kontrasepsi yaitu untuk mengatur jarak kelahiran sehingga ibu tidak terlalu dekat jarak antar kehamilannya yang dapat berisiko terhadap kesehatan ibu dan bayi. Setelah masa nifas berakhir yaitu enam minggu kesuburan ibu dapat kembali. Sehingga sebelum ibu melakukan hubungan seksual dengan suami sebaiknya ibu berKB terlebih dahulu, kemudian menjelaskan pada ibu macam-macam jenis alat kontrasepsi, efektivitas, keuntungan dan kerugian, serta efek samping dari berbagai jenis alat kontrasepsi. Mengajukan ibu untuk berdiskusi dengan suami tentang penggunaan KB. Setelah mendapatkan konseling tentang kontrasepsi, Ny EW dan suami lebih memilih metode IUD. Mengajukan ibu untuk datang ke PMB atau puskesmas sebelum masa nifas selesai atau sebelum 42 hari setelah melahirkan untuk diperiksa dan jika memenuhi syarat akan langsung dipasang IUD. Informasi dari Ny EW melalui chat whatsapp telah dipasang IUD di Puskesmas pada tanggal 15 Februari 2023.

## B. Tinjauan Teori

### 1. Kehamilan

#### a. Konsep Dasar Kehamilan

Kehamilan adalah masa mulai dari ovulasi sampai partus kira-kira 280 hari (40 minggu) dan tidak lebih dari 300 hari (43 minggu). Kehamilan 40 minggu disebut sebagai kehamilan matur (cukup bulan), dan bila lebih dari 43 minggu disebut sebagai kehamilan post matur. Kehamilan antara 28 sampai 36 minggu disebut kehamilan premature. Ditinjau dari tuanya kehamilan, kehamilan dibagi tiga bagian, masing-masing: Kehamilan trimester pertama (antara 0 sampai 12 minggu); Kehamilan trimester kedua (antara 12 sampai 28 minggu); Kehamilan trimester ketiga (antara 28 sampai 40 minggu). Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauteri mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan.<sup>2</sup> Suatu kehamilan akan terjadi bila terdapat 5 aspek berikut, yaitu:

- 1) Ovum, Ovum adalah suatu sel dengan diameter  $\pm 0,1$  mm yang terdiri dari suatu nukleus yang terapung-apung dalam vitelus dilingkari oleh zona pellusida oleh kromosom radiata.
- 2) Spermatozoa, Berbentuk seperti kecebong, terdiri dari kepala berbentuk lonjong agak gepeng berisi inti, leher yang menghubungkan kepala dengan bagian tengah dan ekor yang dapat bergerak sehingga sperma dapat bergerak cepat.
- 3) Konsepsi, Konsepsi adalah suatu peristiwa penyatuan antara sperma dan ovum di tuba fallopii.
- 4) Nidasi, Nidasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi ke dalam endometrium.
- 5) Plasentasi, Plasentasi adalah alat yang sangat penting bagi janin yang berguna untuk pertukaran zat antara ibu dan anaknya dan sebaliknya. Kehamilan merupakan sesuatu proses yang ilmiah dari seorang wanita. Namun, selama kunjungan antenatal

mungkin ibu hamil akan mengeluh bahwa ia mengalami ketidaknyamanan. Sebagian besar dari keluhan ini adalah hal yang normal. Sebagai seorang bidan, penting untuk dapat membedakan antara ketidaknyamanan normal dengan tanda bahaya.<sup>7</sup>

b. Ketidaknyaman yang terjadi pada kehamilan adalah sebagai berikut:

1) Sakit Kepala

Disebabkan oleh adanya kontraksi, ketegangan otot dan kelelahan. Selain itu penyebab sakit kepala adalah karena pengaruh hormon, tegangan mata sekunder terhadap perubahan okuler, kongesti hidung, dinamika cairan saraf yang berubah dan alkalosis pernafasan ringan. Cara pencegahan sakit kepala antara lain dengan memasase leher dan otot bahu, penggunaan bungkusan hanagat atau es ke leher dan istirahat. Segera periksa ke dokter apabila keluhan sakit kepala bertambah parah atau terus berlanjut dan jika diikuti tekanan darah tinggi dan proteinuria (preeklamsia).

2) Rasa mual dan muntah (*morning sickness*)

Penyebab yang persis tidak diketahui, kemungkinan disebabkan hal-hal karena tingkat HCG dan esterogen / progesteron yang meningkat, relaksasi otot-otot halus, dan kelelahan. Cara pencegahan dengan menghindari bau atau faktor penyebabnya, makan biskuit kering atau roti bakar sebelum bangkit dari tempat tidur di pagi hari, makan sedikit tapi sering, istirahat. Tanda bahaya jika pertambahan berat badan yang tidak memadai atau kehilangan berat badan, ada tanda-tanda kurang gizi, hiperemesis gravidarum, perubahan dalam status gizi, dehidrasi, ketosis dan asetonuria.

3) Kram dan Kesemutan

Penyebab kram kaki diperkirakan oleh gangguan asupan

kalsium yang tidak adekuat atau ketidakseimbangan rasio kalsium dan fosfor dalam tubuh. salah satu dunggan lainnya akibat uterus yang membesar yang member tekanan balik pada pembuluh darah panggul, sehingga mengganggu sirkulasi. cara mengatasi masalah tersebut adalah dengan meluruskan kaki yang kram dan menekan tumitnya (dorsofleksi), menganjurkan diet mengandung kalsium dan fosfor, dan menggunakan penghangat otot.

#### 4) Kontraksi palsu (*Braxton hicks*)

Beberapa ibu hamil mengalami kontraksi palsu pada kehamilan trimester tiga atau biasanya disebut sebagai Braxton Hicks. Persalinan palsu sangat erat kaitannya dengan kontraksi braxton hicks pada kehamilan aterm.<sup>2</sup> Cara mengurangi kontraksi yang terjadi yaitu dengan latihan, relaksasi pernapasan dalam. Relaksasi ini tidak seketika menghentikan kontraksi akan tetapi dapat membantu ibu dalam mengatasi ketidaknyamanan. *Evidence Based Practic* yang berkaitan dengan *Braxton Hicks* adalah penelitian yang dilakukan oleh Kalalo Ribka, Novita Sefti Rompas dan Yolanda Bataha pada tahun 2017 yang tertuang dalam jurnalnya yang berjudul pengaruh Teknik Relaksasi Nafas dalam terhadap respon nyeri pada ibu *Braxton Hicks* di Puskesmas Bahu Kota Manado. Penelitian tersebut membuktikan bahwa ada pengaruh Teknik relaksasi nafas dalam terhadap respon nyeri *Braxton Hicks* yaitu relaksasi nafas dalam mampu mengurangi intensitas nyeri pada ibu *Braxton Hicks*.<sup>13</sup>

#### 5) Sakit punggung atas dan bawah

Sakit punggung atas dan bawah yang dirasakan oleh ibu dikarenakan meningkatnya pergerakan pelvis karena pembesaran uterus. Cara mengurangi sakitnya yaitu dengan menggunakan posisi tubuh yang baik, menggunakan kasur yang keras, dan menggunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung.<sup>14</sup>

Cara lain yang dapat dilakukan adalah menghindari mengangkat beban yang terlalu berat, mengatur agar berat benda yang dibawa seimbang antara kanan dan kiri, dan beristirahat cukup.<sup>11</sup> *Evidence Based Practic* yang berkaitan dengan nyeri punggung adalah penelitian yang dilakukan oleh Yosefa, Febriana ea all. (2013) dengan judul Hubungan Senam Hamil Terhadap Nyeri Punggung Pada Ibu Hamil Trimester III Di RB Fatmawati. Peneliti di RB Fatmawati didapatkan dari 10 orang ibu hamil yang mengalami nyeri punggung 7 diantaranya mengalami perubahan nyeri punggung setelah melakukan senam hamil. Dengan melihat permasalahan yang mempunyai kaitan satu dan lainnya serta berdasarkan data yang didapat dari RB Fatmawati di atas dapat dilihat angka yang melakukan senam hamil pada trimester III dari tahun ketahun masih besar kasusnya.

#### 6) Sering Berkemih

Selama 4 minggu terakhir kehamilan, saat bagian presentasi janin memasuki pelvis dan menciptakan tekanan pada kandung kemih, sehingga mengurangi kapasitas keseluruhan dan berakibat ibu sering berkemih. Cara mengatasinya yaitu dengan mengurangi minum pada malam hari dan mengurangi minuman yang merangsang berkemih seperti teh atau kopi (Medforth et al., 2010). *Evidence Based Practic* yang berkaitan dengan sering berkemih adalah penelitian yang dilakukan oleh Ardiansyah (2015) dengan judul pengaruh penyuluhan terhadap pengetahuan ibu hamil trimester III tentang nocturia di BPS Ny. Emy desa Mangunrejo kecamatan ngadiluwih kabupaten kidiri tahun 2015. Menunjukkan bahwa banyak ditemui ibu hamil yang tidak mengetahui tentang nocturia terutama ibu hamil trimester III, dari 24 ibu hamil trimester III 20 ibu hamil trimester III tidak mengetahui sedangkan 4 ibu hamil trimester III mengetahui tentang nocturia. Didapatkannya ada pengaruh penyuluhan

terhadap pengetahuan ibu hamil trimester III tentang nocturia oleh berbagai faktor responden yang memahami tentang pengertian nocturia, penyebab nocturia, penanganan nocturia, dampak nocturia.

#### 7) Insomnia

Terjadi karena factor psikologis ibu (kekhawatiran, kecemasan, terlalu gembira menyambut kelahiran bayinya) dan faktor fisiologis (uterus membesar). Cara mengatasinya dengan mandi air hangat, minum air hangat sebelum tidur, mengambil posisi rileks saat berbaring. *Evidence Based Practic* yang berkaitan dengan insomnia adalah penelitian yang dilakukan Renityas, Nevy Norma pada tahun 2017 dalam jurnalnya yang berjudul Efektivitas Acuyoga terhadap Keluhan Insomnia pada Ibu Hamil Trimester III di Wilayah Kerja Puskesmas Ngancue Kabupaten Kediri. Acuyoga terdiri dari latihan pernafasan, meditasi, relaksasi dan menggunakan titik meridian dalam tubuh untuk mengatasi stress dan nyeri punggung yang bisa menyebabkan insomnia pada ibu hamil. Diharapkan tehnik acuyoga dapat menjadi salah satu tehnik untuk mengurangi insomnia pada ibu hamil karena tehnik ini dapat merelaksasi otot-otot tubuh sehingga ibu hamil terasa nyaman.

#### 8) Konstipasi atau sembelit

Konstipasi disebabkan oleh kerja progesteron yang mengurangi motilitas sistem pencernaan, pergeseran usus akibat pembesaran uterus atau akibat efek samping dari terapi zat besi per oral. Dalam mengatasinya dapat dilakukan beberapa alternatif seperti makan secara teratur, perbanyak minum air putih ditambah dengan jus buah atau teh herbal, makan dengan lima porsi buah dan sayur setiap harinya, makan makanan yang mengandung serat tinggi dan berolahraga ringan setiap 3 kali dalam seminggu.<sup>11</sup> *Evidence Based Practic* yang berkaitan dengan sembelit

Berdasarkan jurnal penelitian yang berjudul Hubungan Konsumsi Buah Pepaya Dengan Kejadian Konstipasi Pada Ibu Hamil Di Puskesmas Rumbai Pesisir Pekanbaru. Berdasarkan hasil penelitian terhadap 15 responden menunjukkan bahwa adanya perbedaan tingkat konstipasi pada ibu hamil pretest dan posttest setelah mengkonsumsi buah pepaya.

9) Bengkak pada kaki

Bengkak pada kaki ini diakibatkan adanya pengaruh hormonal dan aliran darah pada bagian anggota gerak bawah mengalami peningkatan. Tekanan yang diterima oleh vena kava superior dari pembesaran uterus juga menjadi salah satu penyebabnya. Cara untuk mengatasinya antara lain dengan tidur miring ke kiri dengan kaki dikanjal atau ditinggikan, menghindari posisi berdiri yang terlalu lama, menghindari posisi tidur yang kurang nyaman, apabila sedang duduk maka kaki harus tersangga serta menghindari aktivitas yang terlalu berat seperti berjalan terlalu jauh. *Evidence Based Practic* yang berkaitan dengan kaki bengkak adalah penelitian yang dilakukan Putri Damarsanti, Rina Anggraini dan Satiyaningsih pada tahun 2018 dalam jurnalnya yang berjudul Pengaruh Rendam Kaki dengan Air Hangat Terhadap kaki bengkak Pada ibu hamil Timester III Di Puskesmas Pegadon Kendal. Berdasarkan jurnal tersebut dapat disimpulkan bahwa rendam kaki dengan air hangat pada ibu hamil trimester III dapat mengurangi kaki bengkak. Untuk itu diharapkan ibu hamil trimester III yang mengalami kaki bengkak melakukan rendam kaki dengan air hangat secara alternative terapi pada kaki bengkak (Darmasanti, Anggraini and Setyaningsih).

10) Varises pada kaki dan vulva

Selama kehamilan, volume darah yang bersirkulasi meningkat menyebabkan peningkatan tekanan dinding pembuluh darah dan progesteron merelaksasi dinding pembuluh darah

sehingga varises vena terjadi di tungkai, vulva atau rektum. Terdapat beberapa cara mengatasinya yaitu menghindari pakaian yang ketat, menghindari berdiri terlalu lama, menghindari duduk dengan menyilangkan kaki, melakukan olah raga ringan seperti berjalan, dan tidur dengan posisi kaki lebih tinggi (Medforth et al., 2010) *Evidence Based Practic* yang berkaitan dengan varises pada kaki adalah penelitian yang dilakukan Niken, Bayu, Argaheni pada tahun 2012 dalam jurnalnya yang berjudul Hubungan Graviditas dengan Varises Tungkai Bawah. Berdasarkan jurnal tersebut dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang kuat antara graviditas dengan varises tungkai bawah, semakin tinggi nilai graviditas, semakin tinggi pula nilai derajat varises.

c. Perubahan Psikologi ibu hamil

Selama kehamilan kebanyakan wanita mengalami perubahan psikologis dan emosional. Perubahan fisik dan emosional yang kompleks, memerlukan adaptasi terhadap penyesuaian pola hidup dengan proses kehamilan yang terjadi (Mansur, 2009: 134). Menurut hasil penelitian Astria (2009) sejak saat hamil, ibu sudah mengalami kecemasan. Kecemasan meningkat menjelang persalinan terutama pada trimester III. Pada ibu hamil trimester III umumnya mengalami kecemasan dalam menghadapi persalinan (52.5%) dan sisanya tidak mengalami kecemasan (47.5%). Sejumlah ketakutan terlihat selama trimester ketiga. Wanita mungkin khawatir terhadap hidupnya dan bayinya, dia tidak akan tahu kapan dia melahirkan. Ibu mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu melahirkan. Ibu memerlukan dukungan dari suami, keluarga dan bidan.<sup>10</sup>

Persalinan baik itu normal ataupun dengan bedah sesar bukan tanpa risiko. Komplikasi dapat terjadi pada persalinan

dengan bedah sesar yaitu infeksi luka operasi, komplikasi anestesi, infeksi masa nifas, perdarahan, *deep vein thrombosis*, dan bahkan kematian. Risiko mortalitas maternal pada bedah sesar tiga kali lebih besar dibandingkan dengan kematian pada persalinan pervaginam<sup>38</sup>. Rasa kekhawatiran akan terjadinya komplikasi pada persalinan dengan bedah sesar merupakan salah satu stressor yang dapat menimbulkan kecemasan. Kecemasan merupakan respon yang ditunjukkan individu ketika menghadapi situasi tertentu yang mengancam yang merupakan konsekuensi normal dari perkembangan, perubahan, pengalaman baru, serta penemuan identitas diri.<sup>39</sup>

Tingkat kecemasan pada ibu hamil menjelang persalinan dengan bedah sesar lebih tinggi dibandingkan persalinan secara pervaginam. Saat hamil kondisi hormon cenderung menciptakan ketidakstabilan tubuh dan pikiran sehingga ibu menjadi lebih mudah panik, mudah tersinggung, jauh lebih sensitif, mudah terpengaruh, cepat marah, menjadi tidak rasional, dan sebagainya. Karena itu, ibu harus menyempatkan diri memelihara keselarasan pikiran dan tubuh lewat relaksasi.<sup>12</sup> Relaksasi untuk persalinan saat ini telah dikenal luas dengan nama *Hypnobirthing*. Teknik relaksasi semacam ini sangat bermanfaat untuk mengurangi rasa sakit dan tekanan emosi selama persalinan, tanpa perlu menggunakan obat bius (Andriana, 2007: 31). *Hypnobirthing* adalah metode yang dilakukan oleh ibu yang mengandung dan yang akan melahirkan, dengan bantuan tenaga medis untuk menghilangkan rasa takut, panik, tegang, dan tekanan-tekanan lain yang menghantui ibu saat akan melahirkan. Stres yang berkepanjangan pada ibu yang mengandung akan mempengaruhi kehamilan dan mempersulit proses melahirkan maka dengan melakukan latihan *Hypnobirthing* diharapkan mampu mengurangi stres dan membantu proses persalinan menjadi lancar.<sup>15</sup> Teknik

hypnobirthing dapat membantu merilekskan otot-otot sehingga ibu terhindar dari kecemasan dan dapat membantu ibu lebih tenang dalam menghadapi persalinan.

d. *Ante Natal Care*

*Ante Natal Care* (ANC) adalah pengawasan sebelum persalinan terutama ditentukan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Tujuan ANC yaitu memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin. Pemeriksaan antenatal dilaksanakan sesuai jadwal berdasar kebijakan Departemen Kesehatan, ANC dilakukan sesuai jadwal selama kehamilan. Pemeriksaan ANC merupakan pemeriksaan kehamilan bertujuan untuk meningkatkan kesehatan fisik dan mental pada ibu hamil secara optimal, hingga mampu menghadapi masa persalinan, nifas, menghadapi persiapan pemberian ASI secara eksklusif, serta kembalinya kesehatan alat reproduksi secara wajar.<sup>13</sup>

1) Tujuan Pemeriksaan Antenatal care

- a) Memantau kemajuan proses kehamilan demi memastikan kesehatan pada ibu serta tumbuh kembang janin yang ada di dalamnya.
- b) Mengetahui adanya komplikasi kehamilan yang mungkin saja terjadi saat kehamilan sejak dini, termasuk ada riwayat penyakit.
- c) Meningkatkan serta mempertahankan kesehatan ibu dan bayi.
- d) Mempersiapkan proses persalinan sehingga dapat melahirkan bayi serta meminimalkan trauma yang mungkin terjadi di masa persalinan.
- e) Menurunkan jumlah kematian dan angka kesakitan pada ibu.

- f) Mempersiapkan peran sang ibu dan keluarga untuk menerima kelahiran anak agar mengalami tumbuh kembang dengan normal.
- g) Mempersiapkan ibu untuk melewati masa nifas dengan baik serta dapat memberikan ASI eksklusif pada bayinya.

## 2) Pelayanan ANC Terpadu

Berdasarkan Permenkes Nomor 21 tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, Dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi, Dan Pelayanan Kesehatan Seksual pasal 13 dijelaskan bahwa pelayanan kesehatan masa hamil bertujuan untuk memenuhi hak setiap ibu hamil memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas sehingga mampu menjalani kehamilan dengan sehat, bersalin dengan selamat, dan melahirkan bayi yang sehat dan berkualitas. Pelayanan kesehatan masa hamil dilakukan sejak terjadinya masa konsepsi hingga sebelum mulainya proses persalinan. Pelayanan kesehatan masa hamil dilakukan paling sedikit 6 (enam) kali selama masa kehamilan meliputi:

- a) 1 (satu) kali pada trimester pertama;
- b) 2 (dua) kali pada trimester kedua; dan
- c) 3 (tiga) kali pada trimester ketiga.

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

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

terpadu dilakukan dengan prinsip:

- a) Deteksi dini masalah penyakit dan penyulit atau komplikasi kehamilan
- b) Stimulasi janin pada saat kehamilan.
- c) Persiapan persalinan yang bersih dan aman.
- d) Perencanaan dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi komplikasi.
- e) Melibatkan ibu hamil, suami, dan keluarga dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil dan menyiapkan persalinan dan kesiagaan jika terjadi penyulit atau komplikasi.

Pelayanan Kesehatan Masa Kehamilan harus dicatat dalam kartu ibu/rekam medis, formulir pencatatan kohort ibu, dan buku kesehatan ibu dan anak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Standart minimal asuhan antenatal care (10T) adalah sebagai berikut.

- a) Timbang Berat Badan dan Ukur tinggi Badan

Menurut Prawirohardjo (2010), Kenaikan berat badan wanita hamil rata-rata antara 11,5 sampai 16 kg. Bila berat badan naik lebih dari semestinya, anjurkan untuk mengurangi makanan yang mengandung karbohidrat. Lemak jangan dikurangi, terlebih sayur mayur dan buah-buahan. Tinggi badan yang baik untuk ibu hamil adalah >145 cm.

- b) Nilai Status Gizi (ukur lingkaran lengan atas).

Pada ibu hamil (bumil) pengukuran LILA merupakan suatu cara untuk mendeteksi dini adanya Kurang Energi Kronis (KEK) atau kekurangan gizi. Malnutrisi pada ibu hamil mengakibatkan transfer nutrient ke janin berkurang, sehingga pertumbuhan janin terhambat dan berpotensi melahirkan bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). BBLR berkaitan dengan volume otak dan IQ seorang anak. Kurang Energi

Kronis atau KEK (ukuran LILA < 23,5 cm), yang menggambarkan kekurangan pangan dalam jangka panjang baik dalam jumlah maupun kualitasnya. Ada pula cara untuk menentukan status gizi dengan menghitung IMT (Indeks Massa Tubuh) dari berat badan dan tinggi badan ibu sebelum hamil menurut Manuaba (2010): Rumus  $IMT = BB / TBcm^2$ . Status gizi ibu dikatakan normal bila nilai IMT nya antara 18,5-25,0.

Kriteria IMT:

- i. Nilai IMT < 18,5 : Status gizi kurang
- ii. Nilai IMT 18,5-25 : Status gizi normal
- iii. Nilai IMT >25 : Status gizi lebih/ obesitas

c) Ukur Tekanan Darah

Tekanan darah diukur setiap kali ibu hamil melakukan kunjungan, hal ini bertujuan untuk mendeteksi adanya kemungkinan kenaikan tekanan darah yang disebabkan kehamilan. Tekanan darah pada ibu hamil dikatakan normal yaitu dibawah 140/90 mmHg.

d) Ukur Tinggi Fundus Uteri

TFU (Tinggi Fundus Uteri) digunakan sebagai salah satu cara untuk mengetahui usia kehamilan dimana biasanya lebih tepat bila dilakukan pada kehamilan yang pertama (Manuaba, 2012).

Tabel 1. Tinggi Fundus Uteri (TFU) sesuai Umur Kehamilan

Umur kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
12 minggu	1/3 di atas simpisis
16 minggu	½ simpisis-pusat
20 minggu	2/3 di atas simpisis
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	1/3 di atas pusat
34 minggu	½ pusat-prosesus xifoideus
36 minggu	Setinggi prosesus xifoideus
40 minggu	2 jari di bawah prsesus xipoideus

e) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin.

Tujuan pemantauan janin itu adalah untuk mendeteksi secara dini ada atau tidaknya faktor-faktor resiko kematian prenatal tersebut (hipoksia/asfiksia, gangguan pertumbuhan, cacat bawaan, dan infeksi). Pemeriksaan denyut jantung janin adalah salah satu cara untuk memantau janin. Pemeriksaan denyut jantung janin harus dilakukan pada ibu hamil. Denyut jantung janin baru dapat didengar pada usia kehamilan 16 minggu / 4 bulan. Gambaran DJJ:

- i. Takikardi berat; detak jantung diatas 180x/menit
- ii. Takikardi ringan: antara 160-180x/menit
- iii. Normal: antara 120-160x/menit
- iv. Bradikardia ringan: antara 100-119x/menit
- v. Bradikardia sedang: antara 80-100x/menit
- vi. Bradikardia berat: kurang dari 80x/menit

f) Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi TT

Pada ibu hamil diberikan imunisasi TT sebanyak 2 kali selama kehamilannya dengan interval waktu 4 minggu. Imunisasi ini dianjurkan pada setiap ibu hamil, karena diharapkan dapat menurunkan angka kematian bayi akibat tetanus neonatorum. Imunisasi ini diberikan dengan dosis 0,5 cc/IM dalam satu kali penyuntikan.

Tabel 2. Jadwal Pemberian Imunisasi TT

Antigen	Interval (selang waktu)	Lama perlindungan	Dosis
TT 1	-	-	0,5 cc
TT 2	4 minggu setelah TT 1	3 tahun	0,5 cc
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun	0,5 cc
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10 tahun	0,5 cc
TT 5	1 tahun setelah TT 4	25 tahun	0,5 cc

Sumber: Kemenkes RI, 2012

- g) Pemberian Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan. Pemberian tablet zat besi untuk mencegah anemia pada wanita hamil diberikan sebanyak 90 tablet selama kehamilan. Tablet ini diberikan segera mungkin setelah rasa mual hilang, setiap tablet Fe mengandung  $\text{FeSO}_4$  320 mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 500  $\mu\text{g}$ . Tablet Fe diminum 1 x 1 tablet perhari, dan sebaiknya dalam meminum tablet Fe tidak bersamaan dengan teh atau kopi, karena akan mengganggu penyerapan.
- h) Tes laboratorium (rutin dan khusus).

Ada beberapa pemeriksaan laboratorium yang disarankan menjelang persalinan. Di antaranya yaitu tes darah, tes urin dan hbsag ( hepatitis). Tesdarah rutin meliputi pemeriksaan kadar hemoglobin, sel darah putih (leukosit), trombosit. Dari kadar Hemoglobin untuk mengetahui apakah seorang ibu anemia atau tidak. Hal ini diperlukan untuk memperkirakan kecukupan suplai darah ke janin dan risiko jika terjadi perdarahan saat persalinan. Sel darah putih menunjukkan apakah terjadi infeksi di tubuh ibu. Trombosit untuk melihat apakah ada kelainan faktor pembekuan darah, ini berhubungan dengan resiko perdarahan. Pemeriksaan urin dimaksudkan untuk mengetahui adanya infeksi saluran kencing, adanya darah, protein, dan gula pada urin yang menunjukkan adanya penyakit tertentu yang bisa mempengaruhi kehamilan. Pemeriksaan HBsAg untuk mengetahui adanya infeksi hepatitis B pada ibu. Infeksi hepatitis bisa ditularkan lewat darah dan hubungan seksual. Pemeriksaan tersebut dianjurkan sebagai skrining untuk mengetahui kondisi kehamilan dan resiko saat persalinan terhadap ibu dan janin. Jika dari hasil pemeriksaan diketahui ada hal-hal yang tidak normal maka diharapkan masih bisa

diterapi sebelum persalinan sehingga ibu menjalani persalinan dalam kondisi yang benar-benar optimal, sehingga diharapkan ibu dan bayiselamat dan sehat.

Menurut Permenkes nomor 97 tahun 2014, Pemeriksaan laboratorium pada saat antenatal meliputi pemeriksaan golongan darah, kadar Hemoglobin darah, protein dalam urine, kadar gula darah, darah Malaria (pada daerah endemik), tes sifilis, HIV, dan BTA (pada ibu yang dicurigai menderita tuberkulosis).

- i) Tata laksana kasus.
- j) Temu Wicara (konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB pasca persalinan.

Temu wicara pasti dilakukan dalam setiap klien melakukan kunjungan. Bisa berupa anamnesa, konsultasi, dan persiapan rujukan. Anamnesa meliputi biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas, biopsikososial, dan pengetahuan klien. Memberikan konsultasi atau melakukan kerjasama penanganan. Tindakan yang harus dilakukan bidan dalam temu wicara antara lain:

- 1) Merujuk ke dokter untuk konsultasi dan menolong ibu menentukan pilihan yang tepat.
- 2) Melampirkan kartu kesehatan ibu serta surat rujukan
- 3) Meminta ibu untuk kembali setelah konsultasi dan membawa surat hasil rujukan
- 4) Meneruskan pemantauan kondisi ibu dan bayi selama kehamilan.

e. Tanda Bahaya Kehamilan Muda

- 1) Mual muntah berlebihan (Hiperemesis) mual muntah merupakan gejala umum mulai dari rasa tidak enak sampai muntah yang berkepanjangan. Dalam dokter

swering disebut dengan morning sickness karena munculnya seringkali pagi hari. Setelah terjadi 6 minggu setelah hari pertama haid terakhir dan berlangsung selama kurang dari 10 minggu.

- 2) Abortus Abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin mampu hidup di luar kandungan dengan berat badan kurang dari 1000 gram atau umur kehamilan kurang dari 28 minggu (Sukarni,2013).
- 3) Kehamilan *Molohidatidosa* adalah suatu kehamilan dimana setelah fertilisasi, hasil konsepsi tidak berkembang menjadi embrio tetapi terjadi *proliferasi* dari *vili korealis* disertai dengan hidropik.<sup>8</sup>
- 4) Kehamilan ektopik adalah kehamilan yang berbahaya bagi seorang wanita yang dapat menyebabkan kondisi yang gawat bagi wanita tersebut. Keadaan gawat ini dapat menyebabkan suatu kehamilan ektopik terganggu. Kehamilan ektopik ini disebut kehamilan ektopik bila zigot trimplantasi di lokasi-lokasi selain cavum uteri, seperti di ovarium, tuba serviks, bahkan rongga abdomen.<sup>8</sup>
- 5) Hipertensi Gravidarum atau hipertensi dalam kehamilan berarti bahwa wanita telah menderita hipertensi sebelum hamil atau disebut pre-eklamsia tidak murni. Hipertensi dalam kehamilan sering di jumpai dalam klinis, yang terpenting adalah menegakan diagnosa awal.

f. Tanda Bahaya Kehamilan Tua

- 1) Perdarahan Pervaginam Pada kehamilan lanjut perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak, dan kadang-kadang, tetapi tidak selalu disertai dengan rasa nyeri. Perdarahan pervaginam pada kehamilan lanjut disebut juga perdarahan, antepartum yaitu perdarahan dari jalan lahir

setelah kehamilan 22 minggu. Frekuensi HAP 3 % dari semua persalinan.

- 2) Plasenta Previa adalah plasenta yang letaknya abnormal yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum. Sejalan dengan bertambah membesarnya rahim dan meluasnya segmen bawah rahim ke arah proksimal memungkinkan plasenta berimplantasi pada segmen bawah rahim ikut berpindah mengikuti peluasan bawah rahim seolah plasenta tersebut bermigrasi.<sup>16</sup>
- 3) Solusio Plasenta merupakan lepasnya plasenta (organ yang member nutrisi kepada janin) dari tempat perleketannya di dinding uterus (rahim) sebelum bayi dilahirkan. Solusio plasenta di bagi tiga yaitu sebagai berikut Solusio plasenta ringan, Solusio plasenta sedang dan Solusio plasenta berat
- 4) Keluar Cairan Pervaginam. Cairan pervaginam dalam kehamilan normal apabila tidak berupa perdarahan banyak, air ketuban maupun yang patologis. Penyebab terbesar persalinan prematur adalah ketuban pecah sebelum waktunya. Penyebab terbesar persalinan prematur adalah ketuban pecah kehamilan kurang dari 34 minggu.<sup>8</sup>
- 5) Sakit Kepala yang Hebat Wanita hamil biasa mengeluh nyeri kepala yang hebat. Sakit kepala seringa kali merupakan ketidaknyamanan yang normal kehamilan. Namun suatu saat kepala pada kehamilan dapat menunjukkan suatu masalah yang serius apa bila sakit kepala itu dirasakan menetap dan tidak hilang dengan beristirahat.<sup>16</sup>
- 6) Bengkak di wajah dan jari-jari tangan bengkak biasa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini pertanda preeklampsia, hampir separuh dari ibu-ibu akan mengalami bengkak yang

normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat.<sup>8</sup>

- 7) Gerak Janin tidak terasa ibu tidak merasakan gerak janin sesudah kehamilan trimester III. Normalnya ibu mulai merasakan gerakan janinnya selama bulan ke lima atau ke enam, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Gerakan bayi akan lebih terasa jika berbaring atau beristirahat dan gerakan bayi kurang dari 3 kali dalam periode 3 jam perlu mendapat perhatian dari bidan.<sup>17</sup>

g. *Plasenta Previa*

1) Pengertian

*Plasenta previa* adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat abnormal yaitu pada segmen bawah rahim (SBR) sehingga menutupi sebagian atau seluruh permukaan jalan lahir (*Ostium uteri Internum*) dan oleh karenanya bagianterendah sering kali terkendala memasuki pintu atas panggul (PAP) atau menimbulkan kelainan janin dalam lahir. Pada keadaan normal plasenta umumnya terletak di corpus uteri bagian depan atau belakang agak ke arah fundus uteri.<sup>18</sup>

Sejalan dengan bertambah besarnya segmen bawah rahim (SBR) ke arah proksimalme mungkinkan plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim (SBR) ikut berpindah mengikuti perluasan segmen bawah rahim (SBR) seolah plasenta tersebut berimigrasi. *Ostium Uteri* yang secara dinamik mendatar dan meluas dalam persalinan kala I bisa mengubah luas permukaan serviks yang tertutup oleh plasenta.<sup>18</sup>

## 2) Klasifikasi *Plasenta Previa*

Belum ada kata sepakat diantara para ahli, terutama mengenai beberapa pembukaan jalan lahir. Oleh karena pembagian tidak didasarkan pada keadaan anatomi, melainkan pada keadaan fisiologi yang dapat berubah-ubah, maka klasifikasi akan berubah setiap waktu. Misalnya pada pembukaan yang masih kecil, seluruh permukaan ditutupi oleh jaringan plasenta (*plasenta previa totalis*), namun pada pembukaan yang lebih besar, keadaan ini akan menjadi *plasenta previa lateralis*.

Menurut Patrick (2009), *plasenta previa* dibagi menjadi beberapa jenis :

### a) *Plasenta previa totalis*

*Plasenta previa totalis* yaitu ostium uteri internum tertutup seluruhnya oleh plasenta.

### b) *Plasenta previa parsialis*

*Plasenta previa parsialis* yaitu ostium uteri internum tertutup sebagian oleh plasenta.

### c) *Plasenta previa marginalis*

*Plasenta previa marginalis* yaitu pinggir bawah plasenta sampai pada pinggir ostium uteri internum

### d) *Plasenta previa letak rendah*

*Plasenta previa letak rendah* yaitu terjadi jika plasenta tertanam di segmen bawah uterus.

Menurut De Snoo, *plasenta previa* dibagi berdasarkan pada pembukaan 4-5 cm :

### a) *Plasenta previa sentralis (totalis)* bila pada pembukaan 4-5 cm terapa plasenta menutupi seluruh ostium uteri internum.

- b) Plasenta previa lateralis bila pada pembukaan 4-5 cm sebagian pembukaan ditutupi oleh plasenta. Plasenta previa lateralis dibagi menjadi 2, yaitu :
- i. Plasenta lateralis posterior bila sebagian menutupi ostium bagian belakang
  - ii. Plasenta previa lateralis anterior bila menutupi ostium bagian depan
  - iii. Plasenta previa marginalis bila sebagian kecil atau hanya pinggir ostium yang ditutupi plasenta

Menurut Brown, klasifikasi plasenta previa dibagi menjadi :

- a) Tingkat I : Lateral Plasenta Previa pinggir bawah plasenta berinserasi sampai ke segmen bawah rahim, namun tidak sampai ke pinggir pembukaan.
- b) Tingkat II : Marginal Plasenta Previa plasenta mencapai pinggir pembukaan (ostium)
- c) Tingkat III : complete plasenta previa plasenta menutupi ostium waktu tertutup, dan tidak menutupi bila pembukaan hampir lengkap.
- d) Tingkat IV : central plasenta previa plasenta menutupi seluruhnya pada pembukaan hampir lengkap.

Dari semua klasifikasi plasenta previa, frekuensi plasenta previa totalis sebesar 20-45%, plasenta previa parsialis 30%, plasenta previa marginalis 25-50%.

### 3) Etiologi Plasenta Previa

Etiologi plasenta previa belum diketahui secara pasti. Frekuensi plasenta previa meningkat pada grande multipara, primigravida tua, bekas secsio sesarea, bekas aborsi, kelainan janin, dan leioma uteri. Penyebab secara pasti belum diketahui dengan jelas. Menurut beberapa ahli penyebab plasenta previa yaitu :

- a) Plasenta previa merupakan implementasi di segmen bawah rahim dapat disebabkan oleh endometrium di fundus uteri belum siap menerima implanmtasi, endometrium yang tipis sehingga diperlakukan perluasan plasenta untuk mampu memberikan nutrisi pada janin dan vili korealis pada chorion leave yang persisten.
- b) Etiologi plasenta previa belum diketahui pasti namun meningkat pada grande multi para, primigravida tua, bekas secsio sesarea, bekas operasi dan leiomioma uteri.<sup>16</sup>
- c) Menurut Sofian (2012), penyebab plasenta previa yaitu :
  - a) Endometrium yang inferior
  - b) Chorion leave yang persesiten
  - c) Korpus luteum yang bereaksi lambat

Strassman mengatakan bahwa faktor terpenting adalah vaskularisasi yang kurang pada desidua yang menyebabkan atrofi dan peradangan, sedangkan Brown menekankan bahwa faktor terpenting ialah vili korealis persisten pada desidua kapsularis.

#### 4) Faktor Resiko Plasenta Previa

Menurut Mochtar yang dikutip pada buku Norma (2013), ada beberapa faktor resiko yang berhubungan dengan plasenta previa, diantaranya :

- a) Usia >35 tahun atau <20 tahun
- b) Paritas
- c) Riwayat pembedahan rahim
- d) Jarak persalinan yang dekat < 2 tahun
- e) Hipoplasia endometrium
- f) Korpus luteum bereaksi lambat

Menurut Sheiner yang dikutip pada buku Norma (2013), faktor resiko lainnya yang berhubungan dengan plasenta previa yaitu:

- a) Terdapat jaringan parut
- b) Riwayat plasenta previa sebelumnya
- c) Tumor-tumor rahim seperti mioma uteri
- d) Kehamilan ganda
- e) Merokok

#### 5) Patofisiologi Plasenta Previa

Perdarahan antepartum disebabkan oleh plasenta previa umumnya terjadi pada trimester ketiga karena pada saat itu segmen bawah rahim lebih mengalami perubahan karena berkaitan dengan semakin tuanya kehamilan.

Menurut Manuaba 2008, implementasi plasenta di segmen bawah rahim disebabkan:

- a) Endometrium di fundus uteri belum siap menerima implantasi
- b) Endometrium yang tipis sehingga diperlukan perluasan plasenta untuk mampu memberikan nutrisi ke janin.
- c) Vili korealis pada korion leave (korion yang gundul yang persisten).

Menurut Davood 2008 sebuah penyebab utama pada perdarahan trimester tiga yaitu plasenta previa yang memiliki tanda khas dengan perdarahan tanpa rasa sakit. Perdarahan diperkirakan terjadi dalam hubungan dengan perkembangan segmen bawah rahim (SBR) pada trimester tiga. Dengan bertambah tuanya kehamilan, segmen bawah rahim (SBR) lebih melebar lagi dan serviks mulai membuka. Apabila plasenta tumbuh pada segmen bawah rahim (SBR), pelebaran segmen bawah rahim (SBR) dan pembukaan serviks tidak dapat diikuti oleh plasenta yang melekat disitu tanpa diikuti tanpa terlepasnya sebagian plasenta dari dinding uterus. Pada saat itu mulailah terjadi perdarahan. Darahnya berwarna merah segar,berlainan dengan darah yang disebabkan oleh solusio plasenta yang

bewarna kehitam-hitaman. Sumber perdarahannya ialah sinus uteri yang robek karena terlepasnya plasenta dari dinding uterus atau karena robekan sinus marginalis dari plasenta. Perdarahannya tidak dapat dihindarkan karena ketidakmampuan serabut otot segmen bawah rahim (SBR) untuk berkontraksi menghentikan perdarahan itu, sebagaimana serabut otot uterus menghentikan perdarahan pada kala tiga dengan plasenta yang letaknya normal. Makin rendah letak plasenta, makin dini perdarahan terjadi.

Usia ibu sangat berpengaruh terhadap terjadinya plasenta previa. Stright (2005) menyatakan bahwa usia ibu yang lanjut merupakan faktor predisposisi terjadinya plasenta previa. Sebanyak 33% kasus plasenta previa dialami oleh ibu yang berusia > 30 tahun. Pada usia 30 tahun sering terjadi sklerosis pembuluh darah arteri kecil dan arteriole miometrium di bagian fundus uteri, menyebabkan aliran darah ke endometrium tidak merata sehingga plasenta tumbuh mencari tempat yg banyak aliran darah yaitu di segmen bawah uterus untuk mendapatkan aliran darah yang adekuat yang akhirnya dapat menyebabkan plasenta previa.

Paritas sangat berpengaruh terhadap terjadinya plasenta previa. Stright (2005) menyatakan bahwa paritas yang tinggi merupakan faktor predisposisi terjadinya plasenta previa. Sebanyak 80% kasus plasenta previa terjadi pada multiparitas, yaitu ibu yang melahirkan dengan paritas 2-4 kali. Paritas yang tinggi dapat meningkatkan frekuensi perdarahan antepartum, sehingga wanita dengan paritas 3 atau lebih mempunyai risikobesar untuk terjadinya plasenta previa dibandingkan dengan paritas yang lebih rendah. Paritas yang tinggi akan mengakibatkan plasentaprevia semakin besar karena endometrium belum sempat sembuh terutama jika jarak antara

kehamilan pendek. Menurut penelitian Abdat di Rumah Sakit Dr. Moewardi Surakarta, ibu melahirkan dengan paritas  $\geq 3$  memiliki risiko 2,53 kali lebih besar untuk mengalami plasenta previa. Kejadian plasenta previa 3 kali lebih sering pada wanita multipara daripada primipara. Plasenta previa pada multipara disebabkan oleh vaskularisasi yang berkurang dan perubahan atrofi pada desidua akibat persalinan sebelumnya. Aliran darah ke plasenta tidak cukup dan memperluas permukaannya sehingga menutupi pembukaan jalan lahir. Plasenta previa terjadi pada multipara karena jaringan parut uterus akibat kehamilan berulang. Jaringan parut ini akan menyebabkan tidak adekuatnya persediaan darah ke plasenta sehingga plasenta menjadi lebih tipis dan mencakup daerah uterus yang lebih luas. Pada multipara pembentukan segmen bawah rahim terjadi saat mendekati persalinan, keadaan inilah yang mempertinggi risiko plasenta previa. Perubahan pada pembuluh darah di tempat implantasi menyebabkan penurunan suplai darah ke endometrium. Pada kehamilan berikutnya dibutuhkan lebih banyak permukaan plasenta untuk menyediakan persediaan darah yang adekuat ke ruang intervilosum, hal ini meningkatkan risiko plasenta previa.

#### 6) Diagnosa Plasenta Previa

Untuk menegakkan diagnosa pasti kejadian plasenta previa. Hal-hal yang harus dilakukan menurut ai yeyeh, dkk. 2010

##### a) Anamnesa

Perdarahan jalan lahir pada kehamilan  $>22$  minggu berlangsung tanpa nyeri, tanpa alasan terutama pada mutigravida. Perdarahan cenderung berulang apada volume yang lebih banyak dari sebelumnya, perdarahan menimbulkan penyulit pada ibu maupun janin dalam rahim.

b) Inspeksi

Dapat dilihat pada perdarahan yang keluar pervaginam, banyak, sedikit atau darah beku (stolsel). Bila terjadi perdarahan banyak maka ibu terlihat pucat atau anemis.

c) Pemeriksaan Fisik

Tekanan darah, nadi dan pernapasan dalam batas normal. Bila tekanan darah, nadi dan pernapasan meningkat maka daerah akral menjadi dingin atau tampak anemis.

d) Pemeriksaan khusus Kebidanan

i. Palpasi abdomen

Janin belum cukup bulan, tinggi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan, bagian terendah janin masih tinggi karena plasenta berada pada segmen bawah rahim. Bila cukup pengalaman bisa dirasakan suatu bantalan pada segmen bawah rahim (SBR) terutama pada ibu yang kurus.

ii. Denyut Jantung janin

Denyut jantung janin bervariasi dari normal menjadi asfiksia dan kemudian kematian dalam rahim.

iii. Pemeriksaan Inspekulo

Dengan memakai spekulum secara hati-hati dan dilihat asal perdarahan apakah dari segmen bawah rahim atau kelainan serviks, vagina dan varises pecah.

e) Pemeriksaan Penunjang Sitografi

Mula-mula kandung kemih dikosongkan lalu masukkan 40 cc larutan NaCl 12,5%, kepala janin ditekan ke arah pintu atas panggul (PAP), bila jarak kepala janin dan kandung kemih 1 cm, kemungkinan terdapat plasenta previa.

7) Komplikasi Plasenta Previa

Ada beberapa komplikasi yang bila terjadi pada ibu hamil dengan plasenta previa menurut Manuaba 2008, yaitu :

a) Komplikasi pada ibu

- i. Dapat terjadi anemi bahkan syok
  - ii. Dapat terjadi robekan pada serviks dan segmen bawah rahim yang rapuh
  - iii. Infeksi pada perdarahan yang banyak
- b) Komplikasi pada janin
- i. Kelainan letak janin
  - ii. Prematuritas, morbiditas dan mortalitas yang tinggi
  - iii. Asfiksia intauterine sampai dengan kematian
- 8) Penanganan Plasenta Previa

Menurut Prof. DR. Dr. Sarwono  
Prawirohardjo.SpOG.2014. jakarta :

- a) Perdarahan dalam trimester dua atau trimester tiga harus dirawat di rumah sakit. Pasien diminta baring dan dilakukan pemeriksaan darah lengkap termasuk golongan darah dan faktor Rh.pada kehamilan 24 minggu sampai 34 minggu diberikan steroid dalam perawatan antenatal untuk perawatan paru janin.
- b) Jika perdarahan terjadi pada trimester dua perlu diwantiwanti karena perdarahan ulangan biasanya lebih banyak. Jika ada gejala hipovelemik seperti hipotensi, pasien tersebut mungkin mengalami perdarahan yang cukup berat, lenih berat dari pada penampakannya secara klinis. Transfusi darah yang banyak perlu segera diberikan.
- c) Pada kondisi yang terlihat stabil di dalam rawatan di luar rumah sakit, hubungan suami istri dan tumah tangga dihindari kecuali setelah pemeriksaan ultrasonografi ulangan dianjurkan minimal setelah 4 minggu, memperlihatkan ada migrasi plasenta menjauhi ostiun uteri internum (OUI)

- d) Perdarahan dalam trimester tiga perlu pengawasan lebih ketat dengan istirahat baring yang lebih lama dalam rumah sakit dan dalam keadaan yang cukup serius untuk merawatnya sampai melahirkan.
- e) Pada pasien dengan riwayat sepsio sesaria perlu diteliti dengan ultrasonografi, color doppler atau MRI untuk melihat kemungkinan adanya plasenta akreta, inkreta atau perkreta.
- f) Sepsio sesaria juga dilakukan apabila ada perdarahan banyak yang mengawatirkan.

Semua pasien dengan perdarahan pervaginam pada trimester tiga dirawat di rumah sakit tanpa periksa dalam. Bila pasien dalam keadaan syok karena perdarahan yang banyak, harus segera perbaiki keadaan umumnya dengan pemberian infus atau transfusi darah. Selanjutnya penanganan plasenta previa bergantung pada keadaan umum pasien, kadar Hb, jumlah perdarahan, umur kehamilan, taksiran janin, jenis plasenta previa dan paritas.

#### b. Anemia dalam Kehamilan

##### 1) Definisi Anemia pada Kehamilan

Anemia adalah penyakit kekurangan sel darah merah. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin (Hb) < 11 gr/dl pada trimester I dan III sedangkan pada trimester II kadar hemoglobin < 10,5 gr/dl (Bobak dalam Yanti, dkk, 2015). Menurut *American Society of Hematology*, anemia merupakan penurunan jumlah hemoglobin dari batas normal sehingga tidak dapat memenuhi fungsinya sebagai pembawa oksigen dalam jumlah yang cukup ke jaringan perifer (Putri dan Hastina, 2020).

##### 2) Klasifikasi Anemia dalam Kehamilan

Ada beberapa klasifikasi anemia dalam kehamilan, diantaranya Menurut WHO Klasifikasi anemia berdasarkan derajat keparahan yaitu :

- a) Anemia ringan : 10,0 – 10,9 gr/dl
- b) Anemia sedang : 7,0 – 9,9 gr/dl
- c) Anemia berat : <7,0 gr/dl (Liananiar, 2020)

Menurut Prawiroharjo (2013) Anemia dalam kehamilan terbagi atas anemia defisiensi besi, anemia megaloblastik, anemia hipoplastik, anemia hemolitik, dan anemia lainnya.

- a) Anemia defisiensi besi

Anemia defisiensi besi adalah anemia akibat kekurangan zat besi. Kekurangan ini disebabkan kurangnya pasokan unsur besi dalam makanan, gangguan reabsorpsi, terlampau banyak zat besi yang keluar dari badan (misalnya perdarahan).

- b) Anemia megaloblastik

Anemia megaloblastik disebabkan oleh defisiensi asam folat. Gejala yang tampak adalah malnutrisi, glositis berat, diare, dan kehilangan nafsu makan.

- c) Anemia hipoplastik

Anemia hipoplastik terjadi akibat sumsum tulang belakang kurang mampu membuat sel-sel darah baru.

- d) Anemia hemolitik

Anemia hemolitik disebabkan oleh penghancuran sel darah merah yang berlangsung lebih cepat daripada pembuatannya. Ibu dengan anemia hemolitik biasanya sulit hamil. Jika ia hamil, biasanya akan terjadi anemia berat.

- e) Anemia lainnya

Seorang wanita yang menderita suatu jenis anemia, baik anemia turunan, anemia karena malaria, cacing tambang, penyakit ginjal menahun, penyakit hati, dan

sebagainya. Jika hamil, dapat dapat berpotensi menimbulkan anemia yang berat. Dalam hal ini, anemia berat akan berpengaruh negatif terhadap ibu dan janinnya (Arantika, dkk, 2019).

### 3) Etiologi Anemia dalam Kehamilan

- a) Zat besi yang masuk melalui makanan tidak mencukupi kebutuhan
- b) Meningkatnya kebutuhan tubuh akan zat besi, terutama ibu hamil, masa tumbuhkembang pada remaja
- c) Meningkatnya volume plasma yang tidak sebanding dengan peningkatan volume sel darah merah. Ketidakesesuaian antara kenaikan volume plasma dan eritrosit paling sering terjadi pada kehamilan trimester kedua.
- d) Penyakit kronis, seperti tuberculosis dan infeksi lainnya.
- e) Perdarahan yang disebabkan oleh infeksi cacing tambang, malaria, haid yang berlebihan dan melahirkan.
- f) Anemia lebih sering dijumpai dalam kehamilan, karena saat hamil kebutuhan zat-zat makanan bertambah untuk memproduksi sel darah merah yang lebih banyak untuk ibu dan janin yang dikandungnya, dan pada saat hamil terjadi perubahan-perubahan dalam darah dan sumsum tulang.<sup>22</sup>

### 4) Patofisiologi

Peningkatan plasma mengakibatkan meningkatnya volume darah ibu dalam kehamilan. Peningkatan plasma tersebut tidak mengalami keseimbangan dengan jumlah sel darah merah sehingga mengakibatkan terjadinya penurunan kadar hemoglobin. Pada ibu yang sebelumnya telah

menderita anemia, hemodilusi mengakibatkan kadar Hb dalam tubuh ibu semakin encer. Akibatnya transport O<sub>2</sub> dan nutrisi pada sel akan terganggu dan menyebabkan terjadinya gejala lemah, letih, lesu dan mengantuk (Husin, 2015). Selama kehamilan kebutuhan tubuh akan zat besi meningkat sekitar 800-1000 mg untuk mencukupi kebutuhan, seperti terjadi peningkatan sel darah merah membutuhkan 300-400 mg zat besi dan mencapai puncak pada usia kehamilan 32 minggu-34 minggu, janin membutuhkan zat besi sekitar 100-200 mg dan sekitar 190 mg terbuang selama melahirkan. Jika cadangan zat besi sebelum kehamilan berkurang maka pada saat hamil ibu dengan mudah mengalami kekurangan zat besi (Riswan, 2003).

#### 5) Tanda dan Gejala

Gejala anemia kehamilan antara lain cepat lelah, sering pusing, mata berkunang-kunang, malaise, lidah luka, nafsu makan berkurang, hilang konsentrasi, napas pendek, dan mual muntah berlebihan.

Tanda-tanda anemia yaitu :

- a) Peningkatan kecepatan denyut jantung karena tubuh berusaha memberi oksigen lebih banyak ke jaringan
- b) Peningkatan pernapasan karena tubuh berusaha menyediakan lebih banyak oksigen dalam darah
- c) Pusing karena berkurangnya darah ke otak
- d) Terasa lelah karena meningkatnya oksigenasi berbagai organ termasuk otot tulang dan rangka
- e) Kulit pucat karena berkurangnya oksigenasi
- f) Mual akibat penurunan aliran darah saluran pencernaan dan susunan saraf pusat
- g) Penurunan kualitas rambut dan kulit (Soebroto, 2020).

#### 6) Faktor Resiko Anemia dalam Kehamilan

Umur ibu hamil berhubungan erat dengan alat-alat reproduksi wanita. Umur reproduksi yang ideal adalah 20-35 tahun. Ibu hamil yang berusia kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun dapat beresiko mengalami anemia. Paritas, adanya kecenderungan bahwa semakin banyak jumlah kelahiran maka akan semakin tinggi angka kejadian anemia. Kurang Energi Kronis (KEK), ibu hamil yang menderita KEK berpeluang untuk menderita anemia. Infeksi dan Penyakit, pada kondisi terinfeksi penyakit, ibu hamil akan kekurangan banyak cairan tubuh serta zat gizi lainnya. Jarak kehamilan, ibu hamil dengan jarak kehamilan terlalu dekat beresiko terjadi anemia, karena cadangan zat besi ibu hamil pulih akhirnya berkurang untuk keperluan janin yang dikandungnya (Simbolon, dkk, 2018).

Menurut Priyanti, dkk (2020) anemia pada kehamilan dipengaruhi oleh umur ibu, paritas, kekurangan energi kronik (KEK), jarak kehamilan, pendidikan, sosial ekonomi, pendapatan, pengetahuan, kunjungan ANC, riwayat kesehatan, pola konsumsi tablet Fe, dan penyakit infeksi.

a) Umur ibu hamil

Anemia pada kehamilan berhubungan signifikan dengan umur ibu hamil. Semakin muda dan semakin tua umur seorang ibu yang sedang hamil akan berpengaruh terhadap kebutuhan gizi yang diperlukan. Kurangnya pemenuhan zat-zat gizi selama hamil terutama pada usia kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun akan meningkatkan resiko terjadinya anemia (Suryati, 2011). Ibu hamil yang berusia lebih dari 35 tahun akan mempengaruhi kondisi janinnya, pada proses pembuahan kualitas sel telur wanita usia ini sudah menurun jika

dibandingkan dengan usia reproduksi sehat sehingga menyebabkan terjadinya gangguan pertumbuhan dan perkembangan janin seperti IUGR (*Intra Uterine Growth Retardation*) yang berakibat BBLR (Priyanti, dkk, 2020).

b) Paritas

Penelitian oleh Abriha et al (2015) menunjukkan bahwa ibu dengan paritas dua atau lebih, berisiko 2,3 kali lebih besar mengalami anemia daripada ibu dengan paritas kurang dari dua. Hal ini dapat dijelaskan karena wanita yang memiliki paritas tinggi umumnya dapat meningkatkan kerentanan untuk perdarahan dan depleksi gizi ibu. Dalam kehamilan yang sehat, perubahan hormonal menyebabkan peningkatan volume plasma yang menyebabkan penurunan kadar hemoglobin namun tidak turun di bawah tingkat tertentu (misalnya 11,0 g / dl). Dibandingkan dengan keadaan tidak hamil, setiap kehamilan meningkatkan risiko perdarahan sebelum, selama, dan setelah melahirkan. Paritas yang lebih tinggi memperparah risiko perdarahan. Di sisi lain, seorang wanita dengan paritas tinggi memiliki ukuran jumlah anak yang besar yang berarti tingginya tingkat berbagi makanan yang tersedia dan sumber daya keluarga lainnya dapat mengganggu asupan makanan wanita hamil.<sup>19</sup>

c) Kekurangan Energi Kronik (KEK)

Pengukuran lingkaran lengan atas (LILA) dapat digunakan untuk penapisan status gizi kekurangan energi kronik. LILA yang rendah mencerminkan kekurangan energi dan protein dalam *intake* makanan sehari-hari yang biasanya diiringi dengan kekurangan zat gizi lain seperti besi (Priyanti, dkk, 2020). Anemia

lebih tinggi terjadi pada ibu hamil dengan Kurang Energi Kronis (LELA <23,5 cm) dibandingkan dengan ibu hamil yang bergizi baik. Hal tersebut mungkin terkait dengan efek negatif kekurangan energi protein dan kekurangan nutrisi mikronutrien lainnya dalam gangguan bioavailabilitas dan penyimpanan zat besi dan nutrisi *hematopoietik* lainnya (asam folat dan vitamin B12).<sup>19</sup>

d) Jarak Kehamilan

Jarak kehamilan yang terlalu dekat menyebabkan ibu mempunyai waktu singkat untuk memulihkan kondisi rahimnya agar bisa kembali ke kondisi sebelumnya. Pada ibu hamil dengan jarak yang terlalu dekat beresiko terjadi anemia dalam kehamilan. Karena cadangan zat besi ibu hamil pulih. Akhirnya berkurang untuk keperluan janin yang dikandungnya.<sup>7</sup>

e) Pendidikan

Pada beberapa pengamatan menunjukkan bahwa anemia yang di derita masyarakat adalah banyak di jumpai di daerah pedesaan dengan malnutrisi atau kekurangan gizi, kehamilan dan persalinan dengan jarak yang berdekatan, dan ibu hamil dengan pendidikan dan tingkat sosial ekonomi rendah. Pendidikan yang dijalani seseorang memiliki pengaruh terhadap peningkatan kemampuan berpikir. Seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan dapat mengambil keputusan yang lebih rasional, umumnya terbuka untuk menerima perubahan atau hal baru dibandingkan dengan individu yang berpendidikan rendah. Pendidikan formal yang dimiliki seseorang akan memberikan wawasan kepada orang tersebut terhadap fenomena lingkungan yang terjadi,

semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan semakin luas wawasan berpikir sehingga keputusan yang akan diambil akan lebih realistis dan rasional. Dalam konteks kesehatan tentunya jika pendidikan seseorang cukup baik, gejala penyakit akan lebih dini dikenali dan mendorong orang tersebut untuk mencari upaya yang bersifat preventif.<sup>20</sup>

f) Sosial Ekonomi

Perilaku seseorang dibidang kesehatan dipengaruhi oleh latar belakang sosialekonomi. Sekitar 2/3 wanita hamil di negara berkembang diperkirakan menderita anemia dibanding negara maju. Kondisi anak yang terlahir dari ibu yang kekurangan gizi dan hidup dalam lingkungan miskin akan menghasilkan generasi yang kekurangan gizi dan mudah terinfeksi penyakit. Dengan kata lain kualitas bayi yang dilahirkan sangat tergantung pada keadaan gizi ibu sebelum atau selama hamil (Priyanti, dkk, 2020). Ibu hamil yang tidak bekerja tidak dapat melakukan kunjungan ANC lebih awal dan kurang mengkonsumsi makanan yang bergizi.<sup>11</sup>

g) Pendapatan

Pendapatan yaitu suatu tingkat penghasilan yang diperoleh dari pekerjaan pokok dan pekerjaan sampingan dari orang tua dan anggota keluarga lainnya. Pemenuhan akan kebutuhan seseorang menjadi terbatas. Keadaan perekonomian ibu hamil yang rendah akan mempengaruhi biaya daya beli dan tingkat konsumsi ibu akan makanan yang membantu penyerapan zat besi, sehingga akan berpengaruh terhadap tingkat kecukupan gizi ibu hamil. Kebanyakan ibu rumah tangga hanya

bergantung pada pendapatan suami mereka dalam kaitannya dengan kebutuhan finansial.<sup>11</sup>

#### h) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan salah satu faktor yang menstimulasi atau merangsang terhadap terwujudnya sebuah perilaku kesehatan. Apabila ibu hamil mengetahui dan memahami akibat anemia dan cara mencegah anemia maka akan mempunyai perilaku kesehatan yang baik dengan harapan dapat terhindar dari berbagai akibat atau risiko dari terjadinya anemia kehamilan. Perilaku kesehatan yang demikian berpengaruh terhadap penurunan kejadian anemia pada ibu hamil. Ibu hamil yang mempunyai pengetahuan kurang tentang anemia dapat berakibat pada kurangnya konsumsi makanan yang mengandung zat besi selama kehamilan yang dikarenakan oleh ketidaktahuannya.<sup>7</sup>

#### i) Kunjungan ANC

Masa kehamilan merupakan masa yang rawan kesehatan, baik kesehatan ibu yang mengandung ataupun janin sehingga dalam masa kehamilan perlu dilakukan pemeriksaan secara teratur. Hal ini dilakukan untuk menghindari gangguan sedini mungkin dari segala sesuatu yang membahayakan kesehatan ibu dan janin (Kemenkes RI, 2013). Kunjungan ibu hamil dalam memeriksakan kehamilan berpengaruh terhadap kejadian anemia. Hal tersebut sesuai dengan tujuan ANC yaitu mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan, dan pendarahan.<sup>2</sup>

Kunjungan ibu hamil yang sesuai standar akan

memberikan kemudahan tenaga kesehatan (dokter dan bidan) untuk mendeteksi kelainan-kelainan yang akan timbul setiap saat termasuk kejadian anemia. Kunjungan pemeriksaan kehamilan dapat dilakukan untuk mendeteksi secara dini kejadian anemia pada ibu hamil dan penanganannya yaitu dengan pemberian TTD. Dokter atau bidan akan sulit mengevaluasi keadaan anemia seseorang apabila ibu hamil tidak pernah memeriksakan diri atau tidak teratur memeriksakan kehamilannya karena setiap saat kehamilan dapat berkembang menjadi masalah pada ibu maupun janin.

j) Riwayat Kesehatan

Riwayat kesehatan dan penggunaan obat membantu dokter dalam penyiapan gizi khusus bagi ibu hamil. Wanita berpenyakit kronis memerlukan bukan hanya zat besi untuk mengatasi penyakitnya, juga untuk kehamilannya yang sedang dijalani.<sup>11</sup>

k) Pola Konsumsi Tablet Fe

Kepatuhan konsumsi tablet tambah darah sangat penting dalam keberhasilan pengobatan anemia. Kepatuhan adalah menurut perintah, taat pada perintah atau aturan, dan berdisiplin (Depdiknas, 2008). Tablet tambah darah sering disebut tablet zat besi. Zat besi merupakan mineral yang diperlukan oleh semua sistem biologi di dalam tubuh. Zat besi adalah komponen dari hemoglobin, mioglobin, enzim katalase, serta peroksidase. Besi merupakan mineral mikron yang paling banyak terdapat di dalam tubuh 15 manusia dewasa (Almatsier, 2009). Zat besi mempunyai fungsi esensial di dalam tubuh yaitu sebagai alat angkut elektron di dalam sel dan sebagai bagian terpadu berbagai

reaksi enzim di dalam jaringan tubuh (Sulistiyawati, 2009). Apabila terjadi kekurangan zat besi maka reaksi enzim dalam tubuh akan terganggu. Wanita hamil merupakan salah satu kelompok yang diprioritaskan dalam program suplementasi. Dosis suplementasi yang dianjurkan dalam satu hari adalah dua tablet (satu tablet mengandung 60 mg besi dan 200 mg asam folat) yang diminum selama paruh kedua kehamilan karena pada saat tersebut kebutuhan akan zat besi sangat tinggi.<sup>21</sup>

Pemberian tablet tambah darah merupakan program pemerintah yaitu dengan jumlah pemberian 90 tablet selama kehamilan. Tablet tambah darah yang menjadi program pemerintah ini mengandung komposisi Ferro Sulfat 200 mg (setara dengan besi elemen 60 mg), Asam Folat 0,25 mg dengan kemasan isi 30 tablet pada setiap bungkusnya. Suplementasi TTD seharusnya dimulai pada waktu sebelum hamil untuk BBLR dan lahir preterm. Mayoritas wanita di Denmark dan USA direkomendasikan untuk mengonsumsi TTD di awal kehamilan yaitu pada umur kehamilan 10 minggu atau saat kunjungan pertama kali ANC (Milman, 2015). Dengan suplementasi sebelum hamil, diharapkan sel darah merah meningkat sebelum umur kehamilan 12 minggu karena zat besi sangat penting untuk perkembangan awal dari otak janin.

#### 1) Penyakit Infeksi

Penyakit infeksi seperti TBC, cacing 59 usus dan malaria juga penyebab terjadinya anemia karena menyebabkan terjadinya peningkatan penghancuran sel darah merah dan terganggunya eritrosit.<sup>20</sup>

#### 7) Diagnosa Anemia

Data Subjektif : Hasil anamnesa terdapat keluhan lelah, pusing seperti melayang, lemah, dan terkadang disertai sulit bernafas.

Data Objektif : Hasil pemeriksaan didapatkan tekanan darah cenderung rendah, pemeriksaan nadi palpitasi dan tachikardi, konjungtiva terlihat pucat tanda hipoksia sel, hasil pemeriksaan lab penunjang kadar hemoglobin <11gr/dl (Husin, 2015).

#### 8) Dampak Anemia

Dampak anemia pada ibu hamil adalah abortus, persalinan prematur, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, rentan terkena infeksi, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini, saat persalinan dapat mengakibatkan gangguan His, kala pertama dalam persalinan dapat berlangsung lama dan terjadi pertus terlantar, pada kala nifas terjadi subinvolusi uteri yang menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperium, serta berkurangnya produksi ASI (Aryanti, dkk, dalam Astriana, 2017)

Anemia pada ibu hamil akan menambah resiko melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR), resiko perdarahan saat persalinan bahkan menyebabkan kematian pada ibu dan bayinya jika ibu mengalami anemia berat. Komplikasi ringan antara lain kelainan kuku, atrofi papil lidah, stomatitis dan penurunan daya tahan tubuh terhadap penyakit, gangguan pada pertumbuhan sel tubuh dan sel otak, penurunan kognitif, rendahnya kemampuan fisik gangguan motorik dan koordinasi, pengaruh psikologis dan perilaku penurunan prestasi belajar.<sup>23</sup>

Bahaya anemia bagi janin diantaranya abortus,

terjadi kematian intra uteri, persalinan prematuritas tinggi, berat badan lahir rendah, kelahiran dengan nemia, dapat terjadi cacat bawaan, bayi mudah mendapat infeksi sampai kematian perinatal, inteligensia rendah.<sup>22</sup>

#### 9) Penanganan Anemia

Ibu hamil dengan anemia dapat diberikan suplemen Fe dosis rendah 30 mg pada trimester III, sedangkan pada ibu hamil dengan anemia defisiensi besi dapat diberikan suplemen sulfat 325mg sebanyak 1-2 kali dalam sehari. Anemia yang disebabkan oleh defisiensi asam folat, dapat diberikan asam folat 1mg/hari atau vitamin B12 dengan dosis 100-200 mcg/hari.

Penanganan dapat dilakukan dengan mengkonsumsi makanan mengandung asam folat seperti ayam, hati, ikan, daging, telur, sayuran hijau (brokoli, bayam, daun ubi jalar), asparagus, air jeruk dan kacang-kacangan. Pemberian suplemen folat pada TM I sebanyak 280mg/hari, TM II sebanyak 660mg/hari, dan TM III sebanyak 470 mg/hari atau sedikitnya ibu hamil mendapatkan suplemen asam folat sebanyak 400mikrogram/hari.<sup>22</sup>

## 2. Persalinan

Menurut Sulaiman persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu.

### a. Definisi persalinan dibagi menjadi tiga yaitu

- 1) Persalinan spontan yaitu bila persalinan berlangsung dari kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir.
- 2) Persalinan buatan yaitu bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar (forceps, vakum ekstraksi dan SC).
- 3) Persalinan anjuran yaitu bila persalinan dibantu dengan

pemberian oxytosin, prostaglandin.

Dalam pengertian sehari-hari persalinan sering diartikan serangkaian kejadian pengeluaran bayi yang sudah cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, berlangsung dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan ibu sendiri). Ada beberapa pengertian persalinan, yaitu sebagai berikut:

- 1) Persalinan adalah suatu proses fisiologis yang memungkinkan serangkaian perubahan yang besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir (Moore, 2001).
- 2) Persalinan adalah suatu proses dimana seorang wanita melahirkan bayi yang diawali dengan kontraksi uterus yang teratur dan memuncak pada saat pengeluaran bayi sampai dengan pengeluaran plasenta dan selaputnya dimana proses persalinan ini akan berlangsung selama 12 sampai 14 jam.
- 3) Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar.<sup>2</sup>
- 4) Persalinan dan kelahiran normal 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.<sup>2</sup>

b. Macam-macam Persalinan

- 1) Persalinan Spontan yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut.
- 2) Persalinan Buatan, Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar misalnya *ekstraksi forceps*, atau dilakukan operasi *Sectio Caesaria*.
- 3) Persalinan Anjuran, Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin.

c. Faktor- faktor yang berperan dalam proses persalinan

- 1) Penurunan kadar progesteron

Progesterone menimbulkan relaksasi otot-otot rahim sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen di dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesterone menurun sehingga timbul his.

2) Teori *oxytocin*

Pada akhir kehamilan kadar *oxytocin* bertambah. Oleh karena itu timbul kontraksi otot-otot rahim.

3) Keregangan otot

Seperti halnya dengan kandung kencing dan lambung, bila dindingnya teregang oleh karena isinya bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot dan otot-otot rahim makin rentan.

4) Pengaruh janin

Hypofisis dan kelenjar superarenal janin rupa-rupanya juga memegang peranan oleh karena pada anencephalus kehamilan sering lebih dari biasa.

d. Persalinan dapat dibagi menjadi 4 kala yaitu:

- 1) Kala I yaitu dimulai dari his persalinan yang pertama sampai pembukaan servix menjadi lengkap
- 2) Kala II yaitu dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi.
- 3) Kala III yaitu dimulai dari lahirnya bayi sampai lahirnya plasenta
- 4) Kala IV yaitu dimulai sejak lahirnya plasenta hingga dua jam setelah bayilahir.

e. Faktor yang mempengaruhi persalinan per vagina

1) Tenaga yang mendorong

His yaitu kontraksi- kontraksi otot-otot rahim pada persalinan pada bulan terakhir dari kehamilan sebelum persalinan dimulai. Biasanya his ini bersifat nyeri, nyeri ini disebabkan oleh

anoxia dari sel- sel otot- otot waktu kontraksi, tekanan pada ganglia dalam *cervix* dan segmen bawah rahim oleh serabut-serabut otot- otot berkontraksi, regangan dari *cervix* karena kontraksi atau regangan dari *cervix* karena kontraksi atau regangan dan tarikan pada peritonium waktu kontraksi. Kontraksi rahim bersifat berkala dan yang harus diperhatikan adalah lamanya kontraksi (berlangsung 20 detik – 45 detik) selama 10 menit. His dibagi menjadi tiga yaitu: his permulaan yaitu his yang menimbulkan pembukaan *cervix*, his pengeluaran yaitu his yang mendorong anak keluar (disertai keinginan mengejan), dan yang ketiga adalah his melepaskan plasenta

## 2) Tenaga mengejan

Setelah pembukaan lengkap dan setelah ketuban pecah tenaga yang mendorong anak keluar selain his terutama disebabkan oleh kontraksi otot- otot dinding perut yang mengakibatkan peninggian tekanan intraabdominal. Tenaga ini serupa mengajani waktu kita buang air besar tapi jauh lebih kuat. Saat kepala sampai pada dasar panggul timbul suatu reflex yang mengakibatkan kontraksi otot- otot perutnya dan menekan diafragma ke bawah. Tenaga mengejan paling efektif sewaktu pembukaan sudah lengkap dan paling efektif sewaktu kontraksi rahim.

## f. Perubahan- perubahan pada uterus dan jalan lahir dalam persalinan

Saat kehamilan, uterus jelas terdiri dari dua bagian yaitu segmen atas rahim yang dibentuk oleh corpus uteri dan segmen bawah rahim yang terdiri dari isthmus uteri. Dalam persalinan segmen atas rahim berperan aktif karena berkontraksi dan dinding bertambah tebal dengan majunya persalinan. Sebaliknya segmen bawah rahim memegang peran pasif dan makin tipis dengan majunya persalinan karena diregangkan. Jadi dapat disimpulkan segmen atas berkontraksi menjadi tebal dan mendorong anak keluar sedangkan segmen bawah dan *cervix* mengadakan relaksasi dan dilatasi dan menjadi saluran yang tipis dan

teregang yang akan dilalui bayi.

g. Tanda dan Gejala Persalinan adalah:

- 1) Timbulnya kontraksi uterus, biasa juga disebut dengan his persalinan yaitu his pembukaan yang mempunyai sifat sebagai berikut:
- 2) Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan.
- 3) Pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan
- 4) Sifatnya teratur, interval makin lama makin pendek dan kekuatannya makin besar
- 5) Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan cervix.
- 6) Makin beraktifitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada servix (frekuensi minimal dua kali dalam 10 menit). Kontraksi yang terjadi dapat menyebabkan pendataran, penipisan dan pembukaan serviks.
- 7) Penipisan dan pembukaan servix  
Penipisan dan pembukaan servix ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula.
- 8) *Bloody Show* (lendir disertai darah dari jalan lahir) 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.
- 9) *Premature Rupture of Membrane*, adalah keluarnya cairan banyak dengan sekonyong-konyong dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin robek. Ketuban biasanya pecah kalau pembukaan lengkap atau hampir lengkap dan dalam hal ini keluarnya cairan merupakan tanda yang lambat sekali. Tetapi kadang-kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, malahan kadang-kadang selaput janin robek sebelum persalinan. Walaupun demikian persalinan diharapkan akan mulai dalam 24 jam setelah air ketuban keluar.

#### h. Proses Persalinan

##### 1) Kala I persalinan

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan servix hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I berlangsung 18 – 24 jam dan terbagi menjadi dua fase yaitu fase laten dan fase aktif.

##### a) Fase laten persalinan

Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan servix secara bertahap, pembukaan servix kurang dari 4 cm, biasanya berlangsung di bawah hingga delapan jam

##### b) Fase aktif persalinan

Fase ini terbagi menjadi tiga fase yaitu akselerasi, dilatasi maksimal, dan deselerasi. Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih). Servix membuka dari 4 ke 10 cm biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih perjam hingga pembukaan lengkap (10 cm). Terjadi penurunan bagian terendah janin.

##### 2) Kala II persalinan

Persalinan kala II dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini berlangsung dua jam pada primidan satu jam pada multi. Tanda-tanda bahwa kala II persalinan sudah dekat adalah ibu ingin meneran, perineum menonjol, vulva vagina dan sphincter anus membuka, jumlah pengeluaran air ketuban meningkat, his lebih kuat dan lebih cepat 2-3 menit sekali, pembukaan lengkap (10 cm). Pada primigravida berlangsung rata-rata 1,5 jam dan multipara rata-rata 0.5 jam.

a) Mekanisme Persalinan Normal

Turunnya kepala dibagi dalam beberapa fase sebagai berikut.

- i. Masuknya kepala janin dalam PAP. Masuknya kepala ke dalam PAP terutama pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan tetapi pada multipara biasanya terjadi pada permulaan persalinan.
- ii. Masuknya kepala ke dalam PAP biasanya dengan sutura sagitalis melintang menyesuaikan dengan letak punggung (Contoh: apabila dalam palpasi didapatkan punggung kiri maka sutura sagitalis akan teraba melintang kekiri/posisi jam 3 atau sebaliknya apabila punggung kanan maka sutura sagitalis melintang ke kanan/posisi jam 9) dan pada saat itu kepala dalam posisi fleksi ringan.
- iii. Jika sutura sagitalis dalam diameter anteroposterior dari PAP maka masuknya kepala akan menjadi sulit karena menempati ukuran yang terkecil dari PAP
- iv. Jika sutura sagitalis pada posisi di tengah-tengah jalan lahir yaitu tepat di antara symphysis dan promontorium, maka dikatakan dalam posisi "*synclitismus*" pada posisi *synclitismus os parietale* depan dan belakang sama tingginya.
- v. Jika sutura sagitalis agak ke depan mendekati symphysis atau agak ke belakang mendekati promontorium, maka yang kita hadapi adalah posisi "*asynclitismus*".
- vi. *Acynclitismus posterior* adalah posisi sutura sagitalis mendekati symphysis dan os parietale belakang lebih rendah dari *os parietale* depan.
- vii. *Acynclitismus anterior* adalah posisi sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietale depan lebih rendah dari os parietale belakang
- viii. Pada saat kepala masuk PAP biasanya dalam posisi

*asynclitismus* posterior ringan. Pada saat kepala janin masuk PAP akan terfiksasi yang disebut dengan *engagement*.

b) Majunya Kepala janin

- i. Pada primi gravida majunya kepala terjadi setelah kepala masuk ke dalam rongga panggul dan biasanya baru mulai pada kala II
- ii. Pada multi gravida majunya kepala dan masuknya kepala dalam rongga panggul terjadi bersamaan.
- iii. Majunya kepala bersamaan dengan gerakan-gerakan yang lain yaitu: fleksi, putaran paksi dalam, dan ekstensi

Majunya kepala disebabkan karena:

- i. Tekanan cairan intrauterine
- ii. Tekanan langsung oleh fundus uteri oleh bokong
- iii. Kekuatan mengejan
- iv. Melurusnya badan bayi oleh perubahan bentuk rahim

c) Fleksi

Fleksi kepala janin memasuki ruang panggul dengan ukuran yang paling kecil yaitu dengan diameter suboccipito bregmatikus (9,5 cm) menggantikan suboccipito frontalis (11 cm). Fleksi disebabkan karena janin didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir PAP, cervix, dinding panggul atau dasar panggul. Akibat adanya dorongan di atas kepala janin menjadi fleksi karena moment yang menimbulkan fleksi lebih besar daripada moment yang menimbulkan defleksi. Sampai di dasar panggul kepala janin berada dalam posisi fleksi maksimal. Kepala turun menemui diafragma pelvis yang berjalan dari belakang atas ke bawah depan. Akibat kombinasi elastisitas diafragma pelvis dan tekanan intra uterin yang disebabkan oleh his yang berulang-ulang, kepala mengadakan rotasi yang disebut sebagai putaran paksi dalam.

d) Putaran paksi dalam

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

- i. Pada letak fleksi, bagian kepala merupakan bagian terendah dari kepala
- ii. Bagian terendah dari kepala mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genitalis antara muskulus levator ani kiri dan kanan
- iii. Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter anteroposterior

e) Ekstensi

Setelah putaran paksi dalam selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan di atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk dapat melewati pintu bawah panggul. Dalam rotasi UUK akan berputar ke arah depan, sehingga di dasar panggul UUK berada di bawah simfisis, dengan suboksiput sebagai hipomoklion kepala mengadakan gerakan defleksi untuk dapat dilahirkan. Pada saat ada his vulva akan

lebih membuka dan kepala janin makin tampak. Perineum menjadi makin lebar dan tipis, anus membuka dinding rektum. Dengan kekuatan his dan kekuatan mengejan, maka berturut-turut tampak bregmatikus, dahi, muka, dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi. Sesudah kepala lahir, kepala segera mengadakan rotasi, yang disebut putaran paksi luar.

f) Putaran paksi luar

Putaran paksi luar adalah gerakan kembali sebelum putaran paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung janin. Bahu melintasi PAP dalam posisi miring. Di dalam rongga panggul bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya hingga di dasar panggul, apabila kepala telah dilahirkan bahu akan berada dalam posisi depan belakang. Selanjutnya dilahirkan bahu depan terlebih dulu baru kemudian bahu belakang, kemudian bayi lahir seluruhnya.

3) Kala III

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Disebut dengan kala uri atau kala pengeluaran plasenta. Peregangan Tali pusat Terkendali (PTT) dilanjutkan pemberian oksitosin untuk kontraksi uterus dan mengurangi perdarahan.

Tanda-tanda pelepasan plasenta:

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

Palpasi uterus untuk menentukan apakah ada bayi yang kedua. Jika ada maka tunggu sampai bayi kedua lahir. Menilai apakah bayi

beru lahir dalam keadaan stabil, jika tidak rawat bayi segera

#### 4) Kala IV

Dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu. Paling kritis karena proses perdarahan yang berlangsung. Masa 1 jam setelah plasenta lahir. Pemantauan 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran plasenta, 30 menit pada jam kedua setelah persalinan, jika kondisi ibu tidak stabil, perlu dipantau lebih sering. Observasi intensif karena perdarahan yang terjadi pada masa ini. Observasi yang dilakukan:

- a) Tingkat kesadaran penderita.
- b) Pemeriksaan tanda vital.
- c) Kontraksi uterus
- d) Perdarahan, dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400 500 cc.

#### i. Persalinan *Sectio Caesarea*

##### 1) Definisi

*Sectio caesarea* adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Sarwono, 2009). Menurut Mochtar (2011) *sectiocaesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui depan perut atau vagina atau disebut juga histerotomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim. Tindakan operasi *sectio caesarea* dilakukan untuk mencegah kematian janin maupun ibu yang dikarenakan bahaya atau komplikasi yang akan terjadi apabila ibu melahirkan secara pervaginam (Sukowati *et al*, 2010).

##### 2) Indikasi

Menurut Oxorn (2010), indikasi *sectio caesarea* terbagi menjadi:

- a) Panggul sempit dan dystocia mekanis; Disproporsi fetopelik, panggul sempit atau jumlah janin terlampaui besar, malposisi

dan malpresentasi, disfungsi uterus, dystocia jaringan lunak, neoplasma dan persalinan tidak maju.

- b) Pembedahan sebelumnya pada uterus; *sectio caesarea*, histerektomi, miomektomi ekstensif dan jahitan luka pada sebagian kasus dengan jahitan cervical atau perbaikan ostium cervicis yang inkompeten dikerjakan *sectio caesarea*.
- c) Perdarahan; disebabkan plasenta previa atau abruptio pasenta.
- d) Toxemia gravidarum; mencakup preeklamsi dan eklamsi, hipertensi esensial dan nephritis kronis.
- e) Indikasi fetal; gawat janin, cacat, insufisiensi plasenta, prolapses funiculus umbilicalis, diabetes maternal, inkompatibilitas rhesus, post moterm caesarean dan infeksi virus herpes pada traktus genitalis.

### 3) Jenis-jenis *sectio caesarea*

Menurut Wiknjosastro (2007), *sectio caesarea* dapat diklasifikasikan menajdi tiga jenis, yaitu:

#### a) *Sectio caesarea* transperitonealis profunda

Merupakan jenis pembedahan yang paling banyak dilakukan dengan cara menginsisi di segmen bagian bawah uterus. Beberapa keuntungan menggunakan jenis pembedahan ini, yaitu perdarahan luka insisi yang tidak banyak , bahaya peritonitis yang tidak besar, parut pada uterus umumnya kuat sehingga bahaya rupture uteri dikemudian hari tidak besar karena dalam masa nifas ibu pada segmen bagian bawah uterus tidak banyak mengalami kontraksi seperti korpus uteri sehingga luka dapat sembuh lebih sempurna.

#### b) *Sectio caesarea* klasik atau *sectio caesarea* corporal

Merupakan tindakan pembedahan dengan pembuatan insisi pada bagian tengah dari korpus uteri sepanjang 10-12 cm dengan ujung bawah di atas batas plika vasio uterine. Tujuan insisi ini dibuat hanya jika ada halangan untuk melakukan

proses *sectio caesarea* Transperitonealis profunda, misal karena uterus melekat dengan kuat pada dinding perut karena riwayat persalinan *sectio caesarea* sebelumnya, insisi di segmen bawah uterus mengandung bahaya dari perdarahan banyak yang berhubungan dengan letaknya plasenta pada kondisi plasenta previa. Kerugian dari jenis pembedahan ini adalah lebih besarnya resiko peritonitis dan 4 kali lebih bahaya ruptur uteri pada kehamilan selanjutnya.

c) *Sectio caesarea* ekstraperitoneal

Insisi pada dinding dan fasia abdomen dan musculus rectus dipisahkan secara tumpul. Vesika urinaria diretraksi ke bawah sedangkan lipatan peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus. Jenis pembedahan ini dilakukan untuk mengurangi bahaya dari infeksi puerpureal, namun dengan adanya kemajuan pengobatan terhadap infeksi, pembedahan *sectio caesarea* ini tidak banyak lagi dilakukan karena sulit dalam melakukannya.

4) Komplikasi *sectio caesarea* menurut Jitowiyono (2010) yaitu:

a) Pada Ibu

i. Infeksi puerperal

Komplikasi ini bisa bersifat ringan seperti kenaikan suhu tubuh selama beberapa hari dalam masa nifas, bersifat berat seperti peritonitis, sepsis dan sebagainya.

ii. Perdarahan

Perdarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang-cabang arteri ikut terbuka, atau karena atonia uteri

iii. Komplikasi lain seperti luka kandung kemih, emboli paru dan sebagainya sangat jarang terjadi

iv. Suatu komplikasi yang baru kemudian tampak, ialah kurang kuatnya perut pada dinding uterus, sehingga pada

kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptur uteri. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah *sectio caesarea* secara klasik.

b) Pada janin

Seperti halnya dengan ibu, nasib anak yang dilahirkan dengan *sectio caesarea* banyak tergantung dari keadaan yang menjadi alasan untuk melakukan *sectio caesarea*. Menurut statistik di negara-negara dengan pengawasan antenatal dan, intranatal yang baik, kematian perinatal pasca *sectio caesarea* berkisar antara 4- 7 %. Terdapat beberapa bahaya yang telah dikenal bagi fetus bila persalinan dilakukan dengan *sectio caesaria* menurut *Rottgers* antara lain:

- i. Hipoksia akibat sindroma hipotensi terlentang
- ii. Depresipernafasan karena anaesthesia
- iii. Sindroma gawat pernafasan

### 3. Bayi baru lahir

a. Bayi baru lahir (BBL) dapat dibagi menjadi dua yaitu:

- 1) Bayi normal (sehat) memerlukan perawatan biasa.
- 2) Bayi gawat (*high risk baby*) memerlukan penanggulangan khusus, misalnya bayi yang mengalami asfiksia dan perdarahan.<sup>5</sup>

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat lahir antara 2500-4000 gram.<sup>6</sup>

b. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut.

- 1) Jaga kehangatan bayi.
- 2) Bersihkan jalan napas (bila perlu).
- 3) Keringkan dan tetap jaga kehangatan bayi.
- 4) Potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira dua menit setelah lahir.
- 5) Lakukan inisiasi menyusui dini dan kontak kulit bayi dengan kulit ibu.

- 6) Beri salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata
- 7) Beri suntikan vitamin K1 1mg intramuskular, dipaha kiri anterolateral setelah inisiasi menyusu dini.
- 8) Beri imunisasi hepatitis B 0,5 ml, intramuskular, dipaha kanan anterolateral, diberikan kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1(JNPK-KR, 2014)

c. Tanda-tanda bayi baru lahir normal.

- 1) Berat lahir bayi antara 2500-4000.
- 2) Panjang badan 48-50 cm
- 3) Lingkar dada 32-34 cm
- 4) Lingkar kepala 33-35 cm
- 5) Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180x/menit, kemudian menurun sampai 120-140x/menit.
- 6) Pernapasan pada menit-menit pertama cepat kira-kira 80x/menit disertai pernapasan cuping hidung, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit.
- 7) Kulit kemerah-kemerahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan dilapisi *vernix caseosa*
- 8) Rambut lanugo telah tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- 9) Kuku telah agak panjang dan lemas
- 10) Gentialia: testis sudah turun (pada bayi laki-laki) dan labia mayora telah menutupi labia minora (pada bayi perempuan)
- 11) Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk.
- 12) Eliminasi baik urin dan mekoneum akan keluar pada 24 jam pertama. Mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket.<sup>6</sup>

Tabel 3. Reflek-Reflek pada Bayi Baru Lahir

Reflek Pada Bayi Baru Lahir	Respons Normal	Respons Abnormal
Rooting dan menghisap	Bayi baru lahir menolehkan kepala ke arah stimulus, membuka mulut, dan mulai menghisap bila pipi, bibir atau sudut mulut bayi disentuh dengan jari atau puting.	Respons yang lemah atau tidak ada respons terjadi pada prematuritas, penurunan atau cedera neorologis, atau depresi sistem saraf pusat (SSP).
Menelan	Bayi baru lahir menelan berkoordinasi dengan menghisap bila cairan ditaruh di belakang lidah.	Muntah, batuk, atau regurgitas cairan dapat terjadi kemungkinan berhubungan dengan sianosis sekunder karena prematuritas, defisit neorologis atau cedera terutama terlihat setelah laringoskopi.
Esktrusi	Bayi baru lahir menunjukkan lidah keluar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting.	Ekstrusi lidah secara tetapatau menunjukkan lidah yang berulang-ulang terjadi pada kelainan SSP dan kejang
Moro	Ekstensi simetris bilateral dan abduksi seluruh ekstermitas dengan ibu jari dan jari telunjuk membentuk huruf "c" diikuti dengan adduksi ekstermitas dan kembali kefleksi relaks jika posisi bayi berubah tiba-tiba atau jika bayi diletakkan telentang pada permukaan yang datar.	Respons asimetris terlihat pada cedera saraf perifer (pleksus brakialis) atau fraktur kalvikula atau fraktur tulang panjang lengan atau kaki.
Melangkah	Bayi akan melangkah dengan satu kaki dan kemudian kaki lainnya dengan gerakan berjalan bila satu kaki disentuh pada permukaan rata.	Respons asimetris terlihat pada cedera saraf perifer (pleksus brakialis) atau fraktur klavikula atau fraktur tulang panjang lengan atau kaki.

Merangkak	Bila satu kaki disentuh pada permukaan rata.	Respon asimetris terlihat pada cedera saraf SSP dan gangguan neorologis.
Tonik leher atau fencing	Ekstremitas pada satu sisi dimana saat kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi beristirahat	Respon persisten setelah bulan keempat dapat menandakan cedera neurologis. Respon menetap tampak pada cedera SSP dan gangguan neurologis.
Terkejut	Bayi melakukan abduksi dan fleksi seluruh ekstremitas dan dapat mulai menangis bila mendapat Gerakan mendadak atau suara keras	Tidak adanya respon dapat menandakan defisit neurologis atau cedera. Tidak adanya respon secara lengkap dan konsisten terhadap bunyi keras dapat menandakan ketulian. Respon dapat menjadi tidak ada atauberkurang selama tidur malam.
Ekstensi Silang	Kaki bayi yang berlawanan akan fleksi dan kemudian ekstensi dengan cepat seolah-olah berusaha untuk memindahkan stimulus ke kaki yang lain bila diletakkan terlentang, bayi akan mengekstensikan satu kaki sebagai respon terhadap stimulus pada telapak kaki	Respon yang lemah atau tidak ada respon yang terlihat pada cedera saraf perifer atau fraktur tulang panjang
Gilbellar "blink"	Bayi akan berkedip bila dilakukan empat atau lima ketuk pertama pada batang hidung saat mata tersebut	Terus berkedip dan gagal untuk berkedip menandakan kemungkinan gangguan neurologis.

Palmar graps	Jari bayi akan menekuk di sekeliling benda dan menggenggamnya seketika bila jari diletakkan di tangan bayi	Respon ini berkurang pada prematuritas. Asimetris terjadi pada kerusakan saraf perifer (pleksus brakialis) atau fraktur humerus. Tidak ada respon yang terjadi pada defisit neurologis yang berat
Plantar graps	Jari bayi akan menekuk di sekeliling benda seketika bila jari diletakkan di telapak kaki bayi	Respon yang berkurang terjadi pada prematuritas. Tidak ada respon yang terjadi pada deficit neurologis yang berat.
Tanda babinski	Jari-jari kaki bayi akan hiperekstensi dan terpisah seperti kipas dari dorsofleksi ibu jari kaki bila satu sisi kaki digosok dari tumit keatas melintasi bantalan kaki	Tidak ada respon yang terjadi pada deficit SSP

d. Perubahan –perubahan yang terjadi pada bayi baru lahir

Menurut Zr (2009), perubahan –perubahan yang terjadi pada bayi baru lahir meliputi:

1) Perubahan metabolisme karbohidrat

Dalam waktu dua jam setelah lahir akan terjadi penurunan kadar gula darah, untuk menambah energi pada jam-jam pertama setelah lahir diambil dari hasil metabolisme asam lemak, bila karena sesuatu hal misalnya bayi mengalami hipothermi, metabolisme asam lemak tidak dapat memenuhi kebutuhan pada neonatus maka kemungkinan besar bayi akan menderita *hipoglikimia*, misal pada bayi BBLR, bayi dari ibu yang menderita *Diabetes Mellitus* (DM) dan lain-lainnya.

2) Perubahan suhu tubuh

Ketika bayi lahir bayi berada pada suhu lingkungan yang lebih rendah dari suhu didalam rahim ibu. Apabila bayi dibiarkan dalam

suhu kamar 25°C maka bayi akan kehilangan panas melalui konveksi, radiasi dan evaporasi sebanyak 200kal /kg BB/menit. Sedangkan produksi panas yang dihasilkan tubuh bayi hanya 1/10 nya.

3) Perubahan pernapasan

Selama dalam uterus, janin mendapat Oksigen (O<sub>2</sub>) dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi.

4) Perubahan sirkulasi

Berkembangnya paru-paru mengakibatkan tekanan O<sub>2</sub> meningkat dan tekanan CO<sub>2</sub> menurun, hal ini mengakibatkan turunnya resistensi pembuluh darah paru sehingga aliran darah ke alat tersebut meningkat, hal ini menyebabkan darah dari arteri pulmonalis mengalir keparu-paru dan ductus arteriosus menutup.

5) Perubahan alat pencernaan hati, ginjal dan alat lainnya mulai berfungsi.<sup>7</sup>

e. Mekanisme kehilangan panas tubuh bayi

Menurut Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia (2016) mengemukakan bahwa bayi baru lahir dapat kehilangan panas melalui empat cara, yaitu:

- 1) Konduksi yaitu langsung dari bayi ke sesuatu yang kontak dengan bayi.
- 2) Konveksi yaitu kehilangan panas dari bayi ke udara sekitar
- 3) Evaporasi yaitu kehilangan panas melalui penguapan air pada bayi yang basah.
- 4) Radiasi dari bayi ke lingkungan dingin terdekat

f. Penanganan BBL saat Lahir

Kebutuhan dasar bayi baru lahir menurut JNPKR (2014), diantaranya:

1) Penilaian awal

Sebelum bayi lahir, lakukan penilaian berikut:

- a) Apakah kehamilan cukup bulan?
- b) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium?

Segera setelah bayi lahir, sambil meletakkan bayi di atas kain bersih dan kering yang telah disiapkan pada perut bawah ibu, segera lakukan penilaian berikut:

- a) Apakah bayi menangis, bernapas atau tidak megap-megap?
- b) Apakah tonus otot bayi baik atau bayi bergerak aktif?

## 2) Pengkajian segera setelah lahir

Segera setelah bayi lahir, melatakkan bayi diatas kain bersih dan kering yang telah disiapkan bila bayi tersebut tidak memungkinkan atau bayi tidak bernafas atau megap-megap atau lemah maka lakukan tindakan resusitasi pada bayi dengan asfiksia.

## 3) Perawatan bayi baru lahir

### a) Pertolongan pada saat bayi lahir

Sambil menilai pernapasan secara cepat, letakkan bayi dengan handuk diatas perut ibu. Dengan kain yang bersih dan kering atau kasa, bersihkan darah atau lendir dari wajah bayi agar jalan udara tidak terhalang. Periksa ulang pernapasan bayi, sebagian besar bayi akan menangis atau bernapas secara spontan dalam waktu 30 detik setelah lahir.

### b) Perawatan mata

Obat mata eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1% dianjurkan untuk mencegah penyakit mata akibat klamidia (penyakit menular seksual). Obat perlu diberikan pada jam pertama setelah persalinan. Pengobatan yang umumnya dipakai adalah neosporin yang langsung dteteskan pada mata bayi segera setelah bayi lahir.

### c) Pemeriksaan fisik bayi

- i. Kepala: pemeriksaan terhadap ukuran, bentuk, sutura menutupi/melebar, *adanya caput succedaneum, cepal hematoma, kraniotabes*, dan sebagainya.

- ii. Mata: pemeriksaan terhadap perdarahan, *subkonjungtiva*, tanda- tanda infeksi(pus).
- iii. Hidung dan mulut: pemeriksaan terhadap *labioskisis*, *labiolapalaskisis*, dan reflek isap (dinilai dengan mengamati bayi saat menyusui).
- iv. Telinga: pemeriksian terhadap kelainan daun/bentuk telinga
- v. Leher: pemeriksaan terhadap hematoma *sternocleidomastoideus*, *ductus thyroglossalis*, *hygroma colli*.
- vi. Dada: pemeriksaan terhadap bentuk, pembesaran buah dada, pernapasan, reaksi *intercostal*, *subcotal sifoid*, merintih, pernapasan cuping hidung, serta bunyi paru-paru (*sonor*, *vesikular*, *bronkial*, dan lain-lain).
- vii. Jantung: pemeriksaan frekuensi bunyi jantung, kelainan bunyi jantung.
- viii. Abdomen: pemeriksaan terhadap membuncit (pembesaran hati,limpa, tumor aster), *scaphoid* (kemungkinan bayi menderita *diafragmatika/atresia esofagus* tanpa fistula).
- ix. Tali pusat: pemeriksaan terhadap pendarahan, jumlah darah pada tali pusat, warna dan besar tali pusat, hernia ditali pusat atau diselangkangan.
- x. Alat kelamin: pemeriksaan terhadap testis apakah berada didalam skrotum, penis pada ujung(pada bayi laki-laki), vagina berlubang, apakah labia mayora menutupi labia minora (pada bayi perempuan).
- xi. Lain-lain: mekonium harus keluar dalam 24 jam sesudah lahir, bila tidak harus waspada terhadap atresia ani atau obstruksi usus. Selain itu, urin harus keluar dalam 24 jam. Kadang pengeluaran urin tidak

diketahui karena pada saat bayi lahir, urin keluar bercampur dengan air ketuban. Bila urin tidak keluar dalam 24 jam, maka harus diperhatikan kemungkinan adanya obstruksi kandung kemih.

d) Perawatan Lain-lain

i. Perawatan tali pusat

Pertahankan sisa tali pusat dalam keadaan terbuka agar terkena udara dan ditutupi dengan kain bersih secara longgar. Jika tali pusat terkena kotoran atau tinja, dicuci dengan sabun dan air bersih, kemudian dikeringkan sampai benar-benar kering.

ii. Dalam waktu 24 jam dan sebelum ibu dan bayi dipulangkan kerumah, diberikan imunisasi BCG, Polio, dan Hepatiis B.

iii. Orang tua diajarkan tanda-tanda bahaya bayi dan mereka diberitahu agar merujuk bayi dengan segera untuk perawatan lebih lanjut jika ditemui hal-hal berikut:

1. Pernapasan: sulit atau lebih dari 60x/menit Warna: kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru, atau pucat
2. Tali pusat: merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah
3. Infeksi: suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (nanah) bau busuk, pernapasan sulit

iv. Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering

v. Menjaga keamanan bayi terhadap trauma dan infeksi.<sup>6</sup>

g. Asfiksia pada bayi baru lahir

Asfiksia neonatorum adalah kegagalan bayi baru lahir untuk bernafas secara spontan teratur sehingga menimbulkan gangguan lebih lanjut, yang mempengaruhi seluruh metabolisme tubuhnya

(Manuaba, 2012). Asfiksia neonatorum adalah keadaan dimana bayi baru lahir tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir. Keadaan ini biasanya disertai dengan hipoksia dan hiperkapnu serta sering berakhir dengan asidosis (Kristiyanasari, 2011). Asfiksia neonatorum adalah kegagalan untuk memulai dan melanjutkan pernafasan secara spontan dan teratur pada saat bayi baru lahir atau beberapa saat sesudah lahir (Sudarti, 2013).

Tanda dan gejala terjadinya asfiksia pada bayi baru lahir adalah tidak bernafas atau nafas megap megap atau pernafasan lambat (kurang dari 30 kali per menit), pernafasan tidak teratur, dengkur atau retraksi (perlekukan dada), tangisan lemah atau merintih, warna kulit pucat atau biru, tonus otot lemas atau ekstremitas terkulai, dan denyut jantung tidak ada atau lambat (brakikardia) kurang dari 100 kali per menit. (Sudarti, 2013).

### **Etiologi**

Etiologi asfiksia secara umum dikarenakan adanya gangguan pertukaran gas atau pengangkutan O<sub>2</sub> dari ibu ke janin, pada masa kehamilan, persalinan, atau segera setelah lahir (Kristiyanasari, 2010). Secara statistik faktor risiko terjadinya asfiksia pada bayi baru lahir adalah status perkawinan tunggal, tempat kunjungan antenatal, malaria, pre eklamsia atau eklamsia, partus lama, ketuban pecah dini, dan presentasi non cephal (Chiabi, 2013)

Penyebab kegagalan pernafasan pada bayi dapat digolongkan menjadi :

#### 1) Faktor ibu

Faktor dari ibu selama kehamilan yaitu gangguan his yang disebabkan oleh atonia uteri yang dapat menyebabkan hipertoni, adanya perdarahan pada plasenta previa dan solusio plasenta yang dapat menyebabkan turunnya tekanan darah secara mendadak, serta vasokonstriksi arterial pada kasus

– hipertensi kehamilan dan pre eklamsia dan eklamsia (Dewi, 2010). Faktor ibu yang dapat menyebabkan asfiksia adalah hipoksia, usia ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, gravida empat atau lebih, sosial ekonomi rendah, penyakit pembuluh darah ibu yang mengganggu pertukaran gas janin, misalnya hipertensi, hipotensi, gangguan kontraksi uterus dan lain-lain. (Kristiyanasari, 2010).

2) Faktor plasenta

Pertukaran gas antara ibu dan janin dipengaruhi oleh luas dan kondisi plasenta, misalnya solusio plasenta, perdarahan plasenta, dan lain lain (Dewi, 2010). Faktor dari plasenta yang dapat mengakibatkan asfiksia yaitu plasenta previa, solusio plasenta, plasenta kecil, perdarahan plasenta (Kristiyanasari, 2010).

3) Faktor fetus

Faktor janin yang dapat menyebabkan asfiksia yaitu gangguan aliran darah dalam tali pusat karena tekanan tali pusat, depresi pernafasan karena obat-obatan anesthesia atau analgetika yang diberikan pada ibu, perdarahan intrakranial dan kelainan bawaan (atresia saluran pernafasan, hipoplasia paru-paru dan lain-lain), bayi premature (sebelum umur kehamilan 37 minggu), persalinan dengan penyulit (kelainan letak, bayi kembar, distosia bahu, ekstraksi vakum maupun forseps), kelainan bawaan / kongenital, dan air ketuban bercampur dengan mekonium (warna kehijauan) (Dewi, 2010).

4) Faktor neonatus

Depresi pusat pernafasan pada bayi baru lahir dapat terjadi karena pemakaian obat anesthesia atau analgetika yang berlebihan pada ibu secara langsung dapat menimbulkan depresi pusat pernafasan janin, maupun

karena trauma yang terjadi pada persalinan, misalnya perdarahan intrakranial. Kelainan kongenital pada bayi, misalnya hernia diafragma atreasi atau stenosis saluran pernafasan, hipoplasia paru dan lain lain (Dewi, 2010).

5) Faktor persalinan

Partus lama dan partus karena tindakan dapat berpengaruh terhadap gangguan paru paru (Kristiyanasari, 2010).

6) Faktor umbilikal

Faktor yang menyebabkan penurunan utero plasenta yang berakibat menurunnya pasokan oksigen ke bayi sehingga dapat menyebabkan asfiksia bayi baru lahir yaitu lilitan tali pusat, tali pusat pendek, simpul tali pusat, dan prolaps tali pusat. (Kristiyanasari, 2010).

### **Patofisiologi**

Asfiksia neonatorum dapat disebabkan karena keadaan yang menyebabkan pertukaran gas atau pengangkutan O<sub>2</sub> dan CO<sub>2</sub> terganggu. Gangguan ini dapat timbul dalam masa kehamilan, dimana plasenta tidak berimplantasi pada tempatnya sehingga dapat mengganggu transportasi O<sub>2</sub> ke janin yang dapat menimbulkan asfiksia.

Bayi premature dengan kondisi paru yang belum siap dan sebagai organ pertukaran gas yang efektif, hal ini merupakan faktor dalam terjadinya asfiksi.<sup>2</sup>

Asfiksia juga disebabkan karena ibu mengkonsumsi obat-obatan (narkotika) sehingga masuk ke dalam peredaran darah lalu diteruskan oleh plasenta sehingga mempengaruhi organ nafas atau ibu mengkonsumsi jamu-jamuan selama kehamilan sehingga dapat membuat air ketuban menjadi keruh. Selain itu upaya mengedon ibu menambah risiko pada bayi karena mengurangi jumlah O<sub>2</sub> ke

plasenta, maka dari itu anjurkan ibu untuk mendedan secara spontan.<sup>2</sup>

Telah dijelaskan pula bahwa lilitan tali pusat merupakan salah satu penyebab terjadinya asfiksia dimana lilitan tali pusat menyebabkan aliran darah menuju janin berkurang dan tidak mampu memenuhi O<sub>2</sub> dan nutrisi (Manuaba, 2010).

### **Klasifikasi asfiksia**

Asfiksia neonatorum dapat dibagi menjadi 3 jenis yaitu

- 1) *Vigorous baby* yaitu asfiksia bayi dengan Skor APGAR 7-10, dalam hal ini bayi dianggap sehat dan tidak memerlukan tindakan istimewa;
- 2) *Mild moderate asphyxia* (Asfiksia sedang) yaitu Skor APGAR 4-6 dan pada pemeriksaan fisik akan terlihat frekuensi jantung lebih dari 100/ menit, tonus otot kurang baik atau baik, sianosis, reflek iritabilitas tidak ada;
- 3) Asfiksia berat yaitu
  - a) Asfiksia berat dengan skor APGAR 0-3. Pada pemeriksaan fisik ditemukan frekuensi jantung kurang dari 100 menit, tonus otot buruk, sianosis berat dan kadang kadang pucat, reflek iritabilitas tidak ada.
  - b) Asfiksia berat dengan henti jantung. Dimaksudkan dengan henti jantung adalah keadaan bunyi jantung fetus menghilang tidak lebih dari 10 menit sebelum lahir lengkap, bunyi jantung bayi menghilang post partum. Dalam hal ini pemeriksaan fisik lainnya sesuai dengan yang ditemukan pada penderita asfiksia berat. (Staf pengajar FKUI, 2007)

### **Manifestasi klinik**

Asfiksia biasanya merupakan akibat dari hipoksia janin yang menimbulkan tanda-tanda yaitu DJJ  $\geq$  100 x / menit dan tidak teratur,

pernafasan cuping hidung, reflek atau respon bayi lemah, warna kulit biru atau pucat, dan sianosis. Berdasarkan skor *APGAR* menit pertama, asfiksia pada neonatus dibagi menjadi asfiksia ringan atau normal (skor *APGAR* 7-10), asfiksia sedang (skor *APGAR* 4-6), dan asfiksia berat (skor *APGAR* 0-3) (Kristiyanasari, 2010).

Komplikasi pada bayi dengan asfiksia adalah cedera ginjal akut (*Acute Kidney Injury/ AKI*) adalah umum dan terkait dengan hasil yang lebih buruk di asfiksia perinatal. (Alaro, 2014).

### **Persiapan awal resusitasi**

Menurut Depkes RI (2008), persiapan awal yang dilakukan sebelum melakukan resusitasi pada bayi dalam penanganan bayi dengan asfiksia antara lain :

- 1) Persiapan keluarga yaitu sebelum menolong persalinan, bicarakan dengan keluarga mengenai kemungkinan-kemungkinan yang terjadi pada ibu dan bayi serta persiapan persalinan;
- 2) Persiapan tempat resusitasi yaitu gunakan ruangan yang hangat, terang, rata, keras, bersih, dan kering;
- 3) Persiapan alat resusitasi yaitu kain, alat penghisap lendir, tabung oksigen dan sungkup, kotak alat resusitasi, sarung tangan dan pencatat waktu/jam;
- 4) Persiapan diri yaitu untuk melindungi diri dari kemungkinan infeksi dengan cara memakai alat pelindung diri (celemek plastik), lepaskan segala macam perhiasan, cuci tangan dan keringkan, gunakan sarung tangan.

### **Penatalaksanaan awal asfiksia**

Tujuan utama mengatasi asfiksia adalah untuk mempertahankan kelangsungan hidup bayi dan mengatasi gejala sisa yang mungkin timbul di kemudian hari. Tindakan ini disebut

resusitasi bayi baru lahir. Setelah melakukan resusitasi dan tidak berhasil maka kita melakukan ventilasi. Ventilasi adalah bagian dari tindakan resusitasi untuk memasukkan sejumlah udara ke dalam paru dengan tekanan positif yang menandai untuk membuka alveoli paru agar bayi bisa bernafas spontan dan teratur (Depkes RI 2008).

Secara umum menurut Depkes RI (2008), langkah awal ini cukup merangsang bayi baru lahir untuk bernafas secara spontan dan teratur yaitu

1) Jaga bayi tetap hangat

Cara menjaga agar bayi tetap hangat yaitu dengan meletakkan bayi di atas perut ibu atau dekat perineum, kemudian selimuti bayi dengan kain, segera klem dan potong tali pusat, dan pindahkan bayi ke atas kain tempat resusitasi.

2) Atur posisi bayi

Cara mengatur posisi bayi yaitu dengan cara meletakkan terlentang di alas yang datar, kepala lurus di dekat penolong dan leher sedikit tengadah atau ekstensi dan untuk mempertahankan agar leher tetap tengadah, letakkan handuk atau selimut yang digulung di bawah bahu bayi, sehingga bahu terangkat 3/4 sampai 1 inci (2-3cm).

3) Isap lendir

Gunakan alat penghisap lendir *DeLee* atau bola karet dengan cara pertama kepala bayi dimiringkan dulu agar cairan berkumpul di mulut dan tidak di faring bagian belakang kemudian isap lendir di dalam mulut dahulu dengan maksud agar cairan teraspirasi dan untuk mencegah pernafasan bayi menjadi megap-megap jika dimulai hisapan pertama kali pada hidung, kemudian baru isap lendir di hidung, kemudian hisap lendir sambil menarik keluar penghisap (bukan pada saat memasukkan). Bila menggunakan penghisap lendir *DeLee*, jangan memasukkan ujung penghisap terlalu dalam (lebih

dari 5cm ke dalam mulut atau lebih dari 3cm ke dalam hidung) karena dapat menyebabkan denyut jantung bayi melambat atau henti nafas bayi.

4) Keringkan dan rangsang bayi

Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya dengan sedikit tekanan. Rangsangan ini dapat memulai pernafasan bayi atau bernafas lebih baik. Kemudian melakukan rangsangan taktil dengan cara dibawah ini menepuk atau menyetil telapak kaki bayi atau menggosok punggung, perut, dada atau tungkai bayi dengan tangan secara lembut. Beberapa bentuk rangsangan taktil yang dulu pernah dilakukan lagi karena membahayakan bayi kondisi bayi baru lahir. Rangsangan yang kasar, keras atau terus-menerus tidak akan banyak menolong tetapi dapat membahayakan bayi.

5) Atur posisi kembali kepala bayi dan selimuti bayi.

Mengatur posisi kepala bayi dan menyelimuti bayi dengan cara mengganti kain yang telah basah dengan kain bersih dan keringkan dengan yang baru (disiapkan), menyelimuti bayi dengan kain tersebut, jangan tutupi bagian muka dan dada agar pemantauan pernafasan bayi dapat diteruskan, dan mengatur kembali posisi kepala bayi (sedikit ekstensi).

6) Lakukan penilaian bayi.

Penilaian bayi dilakukan dengan cara melakukan penilaian apakah bayi bernafas normal, megap-megap atau tidak bernafas. Jika bayi bernafas normal, berikan pada ibunya, letakkan bayi diatas dada ibu dan selimuti keduanya untuk menjaga kehangatantubuh bayi melalui persentuhan kulit ibu-bayi, anjurkan ibu untuk menyusui bayi sambil membelainya, dan bila bayi tidak bernafas atau megap-megap, segera lakukan ventilasi.

Skor *APGAR* 1 menit pertama (untuk ibu primipara dan kelahiran aterm), skor *APGAR* rendah pada 5 menit (kelahiran aterm), makrosomia (untuk wanita non-primipara), dan asfiksia (Almeida, 2015).

#### 4. Masa nifas

Periode masa nifas (*puerperium*) adalah periode waktu selama 6-8 minggu setelah persalinan. Proses ini dimulai setelah selesainya persalinan dan berakhir setelah alat-alat reproduksi kembali seperti keadaan sebelum hamil/tidak hamil sebagai akibat dari adanya perubahan fisiologi dan psikologi karena proses persalinan.<sup>8</sup>

*Postpartum* (*puerperium*) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pulih seperti semula. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan fisik yang bersifat fisiologis dan banyak memberikan ketidaknyamanan pada awal *postpartum*, yang tidak menutup kemungkinan untuk menjadi patologis bila tidak diikuti dengan perawatan yang baik.<sup>9</sup>

Masa nifas adalah suatu periode dalam minggu-minggu pertama setelah kelahiran. Lamanya periode ini tidak pasti, sebagian besar menganggapnya antara empat sampai enam minggu. Walaupun merupakan masa yang relatif tidak kompleks dibandingkan dengan kehamilan, nifas ditandai dengan banyak perubahan fisiologis. Beberapa dari perubahan tersebut mungkin hanya sedikit mengganggu ibu baru, walaupun komplikasi serius mungkin dapat terjadi.<sup>10</sup>

Masa ini merupakan masa yang cukup penting bagi tenaga kesehatan untuk selalu melakukan pemantauan karena pelaksanaan yang kurang maksimal dapat menyebabkan ibu mengalami berbagai masalah, bahkan dapat berlanjut pada komplikasi masa nifas, seperti *sepsis puerperalis*. Jika ditinjau dari penyebab kematian para ibu, infeksi merupakan penyebab kematian terbanyak nomor dua setelah perdarahan

sehingga sangat tepat jika para tenaga kesehatan memberikan perhatian yang tinggi pada masa ini.<sup>9</sup> Tahapan Masa Nifas

Tahapan yang terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut:

a. Periode *immediate postpartum*

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya pendarahan karena atonia uteri, oleh karena itu, bidan dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah, dan suhu.

b. Periode *early postpartum* (24 jam-1 minggu)

Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik. Selain itu, pada fase ini ibu sudah memiliki keinginan untuk merawat dirinya dan diperbolehkan berdiri dan berjalan untuk melakukan perawatan diri karena hal tersebut akan bermanfaat pada semua sistem tubuh.

c. Periode *late postpartum* (1 minggu- 5 minggu)

Pada periode ini bidan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB.<sup>8,10</sup> Periode *immediate postpartum* dan *early postpartum* merupakan periode yang sering terjadi komplikasi pada ibu.<sup>11</sup> Periode masa nifas yang beresiko terhadap kematian ibu terutama terjadi pada periode *immediate postpartum* (50%), pada masa *early postpartum* (20%) dan masa *late postpartum* (5%).<sup>5,6</sup> Resiko sering terjadi ketika satu minggu pertama post partum (*Early postpartum*) karena hampir seluruh sistem tubuh mengalami perubahan secara drastis.<sup>12</sup>

#### Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Sistem tubuh ibu akan kembali beradaptasi untuk menyesuaikan dengan kondisi *postpartum*.<sup>13</sup> Organ-organ tubuh ibu yang mengalami

perubahan setelah melahirkan antara lain:

a. Perubahan sistem reproduksi

1) Uterus

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana TFU-nya (Tinggi Fundus Uteri).

Tinggi Fundus Uterus dan Berat Uterus Menurut Hari Kondisi<sup>14</sup>

	<b>Tinggi Fundus Uterus</b>	<b>Berat Uterus</b>
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gr
Uri lahir	Dua jari dibawah pusat	750 gr
1 minggu	Pertengahan pusat-symphisis	500 gr
2 minggu	Tak teraba di atas symphisis	350 gr
6 minggu	Bertambah kecil	50 gr
8 minggu	Sebesar normal	30 gr

2) Lokhea

Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lokhea berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda padasetiap wanita. Lokhea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lokhea mempunyai perubahan warna dan volume karena adanya proses involusi. Lokhea dibedakan menjadi empat jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya:

1) Lokhea rubra

Lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa *postpartum*. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, *lanugo* (rambut bayi), dan *mekonium*.

2) Lokhea sanguinolenta

Lokhea ini berwarna merah kecokelatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 post partum.

3) Lokhea serosa

Lokhea ini berwarna kuning kecokelatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14.

4) Lokhea alba

Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lokhea alba ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu post partum.

Lokhea yang menetap pada awal periode *post partum* menunjukkan adanya tanda-tanda perdarahan sekunder yang mungkin disebabkan oleh tertinggalnya sisa atau selaput plasenta. Lokhea alba atau serosa yang berlanjut dapat menandakan adanya endometritis, terutama bila disertai dengan nyeri pada abdomen dan demam. Bila terjadi infeksi, akan keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan “lokhea purulenta”. Pengeluaran lokhea yang tidak lancar disebut “lokhea statis”.<sup>15</sup>

3) Perubahan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap 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.<sup>16</sup>

4) Perubahan Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak

maju. Pada post natal hari ke-5, perinium sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil.<sup>16</sup>

b. Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan makan, hemoroid dan kurangnya aktivitas tubuh.<sup>16</sup>

c. Perubahan Sistem Perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Penyebab dari keadaan ini adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih setelah mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut “diuresis”.<sup>16</sup>

d. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus, pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit, sehingga akan menghentikan perdarahan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.<sup>16</sup>

e. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Setelah persalinan, shunt akan hilang tiba-tiba. Volume darah bertambah, sehingga akan menimbulkan dekompensasi kordis pada penderita vitum cordia. Hal ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala. Pada umumnya, hal ini terjadi pada hari ketiga sampai kelima *postpartum*.<sup>16</sup>

f. Perubahan Tanda-tanda Vital

Pada masa nifas, tanda – tanda vital yang harus dikaji antara lain :

1) Suhu badan

Dalam satu hari (24 jam) *postpartum*, suhu badan akan naik sedikit ( $37,5^{\circ} - 38^{\circ}\text{C}$ ) akibat dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila dalam keadaan normal, suhu badan akan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu badan naik lagi karena ada pembentukan ASI. Bila suhu tidak turun, kemungkinan adanya infeksi pada endometrium.

2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100x/ menit, harus waspada kemungkinan dehidrasi, infeksi atau perdarahan *postpartum*.

3) Tekanan darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat *postpartum* menandakan terjadinya *preeklampsi postpartum*.

4) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada masa *postpartum* menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.<sup>9</sup>

Perubahan psikis masa nifas

Kelahiran anggota baru bagi suatu keluarga memerlukan penyesuaian bagi ibu. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi yang harus dijalani, perubahan tersebut berupa perubahan emosi dan sosial. Adaptasi psikologis ini menjadi periode kerentanan pada ibu

*postpartum*, karena periode ini membutuhkan peran profesional kesehatan dan keluarga.<sup>17</sup> Tanggung jawab ibu *postpartum* bertambah dengan hadirnya bayi yang baru lahir. Proses penyesuaian ibu atas perubahan yang dialaminya terdiri atas tiga fase yaitu:

a. *Fase taking in*

*Fase taking in* yaitu periode ketergantungan. Periode ini berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir. Ibu perlu bicara tentang dirinya sendiri. Ketidaknyamanan fisik yang dialami ibu pada fase ini seperti rasa mules, nyeri pada jahitan, kurang tidur dan kelelahan merupakan sesuatu yang tidak dapat dihindari. Hal tersebut membuat ibu perlu cukup istirahat untuk mencegah gangguan psikologis yang mungkin dialami, seperti mudah tersinggung, menangis. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif. Pada fase ini petugas kesehatan harus menggunakan pendekatan yang empatik agar ibu dapat melewati fase ini dengan baik.

b. *Fase taking hold*

*Fase taking hold* yaitu periode yang berlangsung 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah. Kita perlu berhati-hati menjaga komunikasi dengan ibu. Dukungan moral sangat diperlukan untuk menumbuhkan kepercayaan diri ibu.

c. *Fase letting go*

*Fase letting go* yaitu periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Ibu memahami bahwa bayi butuh disusui sehingga siap terjaga untuk

memenuhi kebutuhan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya sudah meningkat pada fase ini. Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya. Pendidikan kesehatan yang kita berikan pada fase sebelumnya akan sangat berguna bagi ibu. Ibu lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri dan bayinya.<sup>16</sup>

Dukungan suami dan keluarga masih terus diperlukan oleh ibu. Suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi, mengerjakan urusan rumah tangga sehingga ibu tidak terlalu terbebani. Ibu memerlukan istirahat yang cukup, sehingga mendapatkan kondisi fisik yang bagus untuk dapat merawat bayinya.<sup>17</sup>

#### Perawatan Masa Nifas

Perawatan masa nifas adalah perawatan terhadap wanita hamil yang telah selesai bersalin sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil, lamanya kira-kira 6-8 minggu. Akan tetapi, seluruh alat genitalia baru pulih kembali seperti sebelum ada kehamilan dalam waktu 3 bulan.<sup>9</sup> Perawatan masa nifas dimulai sebenarnya sejak kala uri dengan menghindari adanya kemungkinan-kemungkinan perdarahan *postpartum* dan infeksi.<sup>12,19</sup>

Perawatan masa nifas merupakan tindakan lanjutan bagi wanita sesudah melahirkan. Perawatan diri pada masa nifas diperlukan karena pada masa nifas wanita akan banyak mengalami perubahan pada dirinya, baik fisik maupun psikologis.<sup>20</sup> Perawatan diri adalah aktivitas yang dilakukan oleh individu untuk memelihara kesehatan. Ibu nifas diharapkan mampu melakukan pemenuhan perawatan pada dirinya agar tidak mengalami gangguan kesehatan.<sup>21</sup> Macam-macam perawatan diri masa nifas :

##### a. Memelihara Kebersihan Perseorangan (*Personal Hygiene*)

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan kesejahteraan ibu.<sup>22</sup> *Personal Hygiene* yang bisa dilakukan ibu nifas untuk memelihara kebersihan diri tidak

hanya mandi, tetapi juga menggosok gigi dan menjaga kebersihan mulut, menjaga kebersihan rambut dengan keramas, menjaga kebersihan pakaian, dan menjaga kebersihan kaki, kuku, telinga, mata dan hidung.<sup>21</sup> Selain itu juga mencuci tangan sebelum memegang payudara, setelah mengganti popok bayi, setelah buang air besar dan kecil dan sebelum memegang atau menggendong bayi.<sup>15</sup>

b. Perawatan Perineum

Perawatan khusus perineum bagi wanita setelah melahirkan bayi bertujuan untuk pencegahan terjadinya infeksi, mengurangi rasa tidak nyaman dan meningkatkan penyembuhan. Walaupun prosedurnya bervariasi dari satu rumah sakit lainnya, prinsip-prinsip dasarnya bersifat universal yaitu mencegah kontaminasi dari rektum, menangani dengan lembut pada jaringan yang terkena trauma dan membersihkan semua keluaran yang menjadi sumber bakteri dan bau.<sup>22</sup>

Perawatan perineum yang dianjurkan untuk ibu postpartum adalah membasuh perineum dengan air bersih dan sabun setelah berkemih dan buang air besar. Perineum harus dalam keadaan kering dan dibersihkan dari depan ke belakang.<sup>21</sup> Ibu dianjurkan untuk mengganti pembalut setiap kali mandi, setelah buang air besar atau kecil atau setiap tiga sampai empat jam sekali.<sup>15</sup>

Munculnya infeksi perineum dapat merambat pada saluran kandung kemih ataupun pada jalan lahir, infeksi tidak hanya menghambat proses penyembuhan luka tetapi dapat juga menyebabkan kerusakan sel penunjang, sehingga akan menambah ukuran dari luka itu sendiri baik panjang maupun kedalaman dari luka.<sup>22</sup>

c. Perawatan Payudara

Perawatan payudara adalah suatu tindakan untuk merawat payudara terutama pada masa nifas (masa menyusui) untuk melancarkan pengeluaran ASI. Perawatan payudara pascapersalinan

merupakan kelanjutan perawatan payudara semasa hamil. Bagi ibu yang menyusui bayinya, perawatan puting susu merupakan suatu hal amat penting. Payudara harus dibersihkan dengan teliti setiap hari selama mandi dan sekali lagi ketika hendak menyusui. Hal ini akan mengangkat kolostrum yang kering atau sisa susu dan membantu mencegah akumulasi dan masuknya bakteri baik ke puting maupun ke mulut bayi.

Adapun langkah-langkah dalam melakukan perawatan payudara yang baik, yaitu: mengompres kedua puting dengan baby oil selama 2-3 menit, membersihkan puting susu, melakukan pegurutan dari pangkal ke puting susu sebanyak 20-30 kali pada tiap payudara, pengurutan dengan menggunakan sisi kelingking, pengurutan dengan posisi tangan mengepal sebanyak 20-30 kali pada tiap payudara dan kompres dengan air kemudian keringkan dengan handuk kering.<sup>24</sup>

d. Mobilisasi Dini dan Senam Nifas

Mobilisasi Dini adalah secepat mungkin membimbing ibu keluar dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin segera berjalan. Jika tidak ada kelainan, mobilisasi dapat dilakukan sedini mungkin, yaitu dua jam setelah persalinan normal.<sup>25</sup> Mobilisasi dini sangat bermanfaat untuk mempertahankan fungsi tubuh, memperlancar peredaran darah sehingga mencegah terjadinya tromboemboli, membantu pernafasan menjadi lebih baik, mempertahankan tonus otot, memperlancar eliminasi, dan mengembalikan aktivitas sehingga dapat memenuhi kebutuhan gerak harian.<sup>26</sup> Senam nifas dilakukan sejak hari pertama setelah melahirkan hingga hari kesepuluh, terdiri atas beberapa gerakan tubuh yang dilakukan untuk mempercepat pemulihan keadaan ibu. Senam nifas dilakukan pada saat kondisi ibu benar-benar pulih dan tidak ada hambatan atau komplikasi pada masa nifas.<sup>27</sup>

e. Defekasi

Buang air besar harus dilakukan 3-4 hari setelah melahirkan.

Namun buang air besar secara spontan biasanya tertunda selama 2- 3 hari setelah ibu melahirkan. Keadaan ini disebabkan karena tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan pada masa pascapartum, dehidrasi, kurang makan dan efek anastesi.<sup>12</sup>

Fungsi defekasi dapat diatasi dengan mengembalikan fungsi usus besar dengan diet teratur, pemberian cairan yang banyak, makanan cukup serat dan olahraga atau ambulasi dini. Jika pada hari ketiga ibu juga tidak buang air besar maka dapat diberikan laksatif per oral atau per rectal.<sup>28</sup>

f. Diit

Diit harus mendapat perhatian dalam nifas karena makanan yang baik mempercepat penyembuhan ibu, makanan ibu juga sangat mempengaruhi air susu ibu. Makanan harus bermutu dan bergizi, cukup kalori, serta banyak mengandung protein, banyak cairan, sayur-sayuran dan buah-buahan karena ibu nifas mengalami hemokonsentrasi.<sup>19,28</sup>

Kebutuhan gizi pada masa nifas meningkat 25 % dari kebutuhan biasa karena berguna untuk proses kesembuhan sehabis melahirkan dan untuk memproduksi air susu yang cukup.<sup>9</sup> Ibu yang menyusui perlu mengkonsumsi protein, mineral dan cairan ekstra. Makanan ini juga bisa diperoleh dengan susu rendah lemak dalam dietnya setiap hari. Ibu juga dianjurkan untuk mengkonsumsi multivitamin dan suplemen zat besi.<sup>22</sup>

g. Eliminasi Urin

Miksi atau eliminasi urin sebaiknya dilakukan sendiri secepatnya. Kadang-kadang wanita mengalami sulit buang air kecil selama 24 jam pertama setelah melahirkan. Hal ini terjadi karena kandung kemih mengalami trauma atau lebam selama melahirkan akibat tertekan oleh janin sehingga ketika sudah penuh tidak mampu untuk mengirim pesan agar mengosongkan isinya, dan juga karena sfingter utertra yang tertekan oleh kepala janin. Bila kandung kemih

penuh ibu sulit kencing sebaiknya lakukan kateterisasi, sebab hal ini dapat mengandung terjadinya infeksi. Bila infeksi terjadi maka pemberian antibiotik sudah pada tempatnya.<sup>19, 28</sup>

#### h. Istirahat

Setelah persalinan, ibu mengalami kelelahan dan butuh istirahat/tidur telentang selama 8 jam kemudian miring kiri dan kanan. Ibu harus bisa mengatur istirahatnya.<sup>8</sup>

### Penyembuhan Luka

#### a. Komplikasi luka operasi sectio caesaria

##### 1) Hematoma

Balutan dilihat terhadap perdarahan (*hemoragi*) pada interval yang sering selama 24 jam setelah pembedahan. Setiap perdarahan dalam jumlah yang tidak semestinya dilaporkan. Pada waktunya, sedikit perdarahan terjadi pada bawah kulit. Hemoragi ini biasanya berhenti secara spontan tetapi mengakibatkan pembentukan bekuan didalam luka. Jika bekuan kecil, maka akan terserap dan tidak harus ditangani. Ketika lukanya besar dan luka biasanya menonjol dan penyembuhan akan terhambat kecuali bekuan ini dibuang. Proses penyembuhan biasanya dengan granulasi atau penutupan sekunder dapat dilakukan.<sup>1</sup>

##### 2) Infeksi

*Staphylococcus Aureus* menyebabkan banyak infeksi luka pasca operatif. Infeksi lainnya dapat terjadi akibat *Escherichia coli*, *Proteus vulgaris*. Bila terjadi proses *inflamatori*, hal ini biasanya menyebabkan gejala dalam 36 sampai 48 jam. Frekuensi nadi dan suhu tubuh meningkat, dan luka biasanya membengkak, hangat dan nyeri tekan, tanda-tanda lokal mungkin tidak terdapat ketika infeksi sudah mendalam.<sup>1</sup>

### 3) *Dehiscence dan Eviserasi*

*Dehiscence* adalah gangguan insisi atau luka bedah dan *eviserasi* adalah penonjolan isi luka. Komplikasi ini sering terjadi pada jahitan yang lepas, infeksi dan yang lebih sering lagi karena batuk keras dan mengejan.<sup>1</sup>

#### b. Proses Penyembuhan Luka SC

Proses fisiologis penyembuhan luka dapat dibagi ke dalam 4 fase utama, yaitu :

##### 1) *Fase Inflamasi* (durasi 0-3 hari)

Jaringan yang rusak dan sel mati melepaskan *histamine* dan mediator lain, sehingga dapat menyebabkan vasa dilatasi dari pembuluh darah sekeliling yang masih utuh serta meningkatnya penyediaan darah ke daerah tersebut, sehingga menyebabkan merah dan hangat. Permeabilitas kapiler darah meningkat dan cairan yang kaya akan protein mengalir ke *interstitial* menyebabkan *oedema local*.<sup>1</sup>

##### 2) *Fase destruksi* (1-6 hari)

Pembersihan terhadap jaringan mati atau yang mengalami *devitalisasi* dan bakteri oleh *polimorf* dan *makrofag*. *Polimorf* menelan dan menghancurkan bakteri. Tingkat aktivitas *polimorf* yang tinggi hidupnya singkat saja dan penyembuhan dapat berjalan terus tanpa keberadaan sel tersebut.<sup>1</sup>

##### 3) *Fase Proliferasi* (durasi 3-24 hari)

*Fibroblas* memperbanyak diri dan membentuk jaring-jaring untuk sel-sel yang bermigrasi. *Fibroblas* melakukan *sintesis kolagen* dan *mukopolisakarida*.<sup>1</sup>

##### 4) *Fase Epitelialisasi*

Proses ini berlangsung bersamaan dengan proses penyembuhan jaringan untuk membentuk lapisan perlindungan luar. Proses ini dimulai sejak 1 hari terjadinya

luka. Pada proses ini terjadi migrasi dan proliferasi dari sel epitel ke luka tersebut, yang terlihat sebagai penebalan epidermis pada tepi luka. Proses ini dimulai dari migrasi sel basal sehingga luka yang terbuka akan terjembatani, kemudian diikuti dengan migrasi dan proliferasi dari sel epitel dan kemudian akan terjadi keratinisasi dari lapisan paling atas.<sup>6</sup>

c. Tipe Penyembuhan Luka SC

1) Penyembuhan Melalui Intensi Pertama (*Primary Intention*)

Luka terjadi dengan pengrusakan jaringan yang minimum, dibuat secara aseptik, penutupan terjadi dengan baik, jaringan granulasi tidak tampak, dan pembentukan jaringan parut minimal.

2) Penyembuhan Melalui Intensi Kedua (*Granulasi*)

Pada luka terjadi pembentukan pus atau tepi luka tidak saling rapat, proses penyembuhannya membutuhkan waktu yang lama.

3) Melalui Intensi Ketiga (*Secondary Suture*)

Terjadi pada luka yang dalam yang belum dijahit atau terlepas dan kemudian dijahit kembali, dua permukaan granulasi yang berlawanan disambungkan sehingga akan membentuk jaringan parut yang lebih dalam dan luas.

d. Faktor Yang Mempengaruhi Penyembuhan Luka

Yang mempengaruhi penyembuhan luka dapat digolongkan menjadi dua yaitu<sup>4</sup>

1) Faktor Luka

a) Kontaminasi Luka

Tehnik pembalutan yang tidak adekuat, bila terlalu kecil memungkinkan invasi dan kontaminasi bakteri, jika terlalu kencang dapat mengurangi suplay oksigen yang membawa nutrisi dan oksigen.

b) *Edema*

Penurunan suplay oksigen melalui gerakan meningkat tekanan intersisial pada pembuluh darah.

c) *Hemoragi*

Akumulasi darah menciptakan ruang rugi juga sel-sel mati yang harus disingkirkan.

2) Faktor Umum

a) Usia

Makin tua pasien, makin kurang lentur jaringan.

b) Nutrisi

Pada penyembuhan luka kebutuhan akan nutrisi meningkat seiring dengan stres fisiologis yang menyebabkan defisiensi protein nutrisi yang kurang dapat menghambat sintesis kolagen dan terjadi penurunan fungsi *leukosit*. Nutrisi adalah aspek yang paling penting dalam pencegahan dan pengobatan pada luka. Penyembuhan menempatkan penambahan pemakaian nutrisi pada tubuh pasien memerlukan diit kaya protein, karbohidrat, lemak, vitamin C dan A, dan mineral seperti Fe dan Zink.

Peningkatan kebutuhan protein saat terjadinya luka, peningkatan kebutuhan tersebut diperlukan untuk proses inflamasi, imun dan perkembangan jaringan granulasi. Protein yang utama disintesis selama fase penyembuhan luka adalah kolagen. Kekuatan kolagen menentukan kekuatan kulit luka sesuai sembuh. Protein mensuplai asam amino yang dibutuhkan untuk perbaikan jaringan dan regenerasi, tubuh harus mempunyai suplai protein sebanyak 100 gram per hari agar dapat menetralkan penyembuhan luka dengan baik. Kekurangan protein dapat mempengaruhi penyembuhan luka, kekurangan

intake protein prabedah, secara signifikan menunda penyembuhan luka pasca bedah. Kadar serum albumin rendah akan menurunkan difusi oksigen dan membatasi kemampuan neutrofilik untuk membunuh bakteri. Dalam kaitan ini, oksigen rendah pada tingkat kapiler membatasi proliferasi jaringan granulasi yang sehat.<sup>7</sup>

c) Obesitas

Pada pasien obesitas jaringan adiposa biasanya mengalami avaskuler sehingga mekanisme pertahanan terhadap mikroba sangat lemah dan mengganggu suplay nutrisi kearah luka, akibatnya penyembuhan luka menjadi lambat.

d) Medikasi

Pada beberapa obat dapat mempengaruhi penyembuhan luka, seperti steroid, anti koagulan, anti biotik spektrum luas

e) Riwayat persalinan (indikasi SC)

Merupakan salah satu faktor penentu kecepatan kesembuhan luka *post sectio caesaria* karena dengan adanya infeksi yang terjadisebelumnya menyebabkan luka yang ada akan lebih lama sembuhnya. Persalinan yang berisiko terhadap infeksi terhadap luka seperti partus lama, Ketuban Pecah Dini.<sup>8</sup>

f) Penyakit Ibu

Penyakit ibu yang menyertai seperti anemia, diabetes mellitus (DM) dan obat-obatan. Diabetes mellitus terjadi hambatan terhadap sekresi insulin akan mengakibatkan peningkatan gula darah, nutrisi tidak dapat masuk ke dalam sel. Akibatnya akan terjadi penurunan protein-kalori tubuh yang berakibat rentan terhadap infeksi.<sup>9</sup>

### 3) Faktor lokal

#### a) Sifat injuri

Kedalaman luka dan luas jaringan yang rusak mempengaruhi penyembuhan luka, bahkan bentuk luka.

#### b) Adanya infeksi

Jika pada luka terdapat kuman patogen penyebab infeksi, maka penyembuhan luka menjadi lambat.

#### c) Lingkungan setempat

Dengan adanya drainase pada luka. PH yang harusnya antara 7,0 sampai 7,6 menjadi berubah sehingga mempengaruhi penyembuhan luka. Selain itu, adanya tekanan pada area luka dapat mempengaruhi sirkulasi darah pada daerah luka.

### e. Penanganan Penyembuhan Luka Post SC

#### 1) Pemberian obat analgetik: asam mefenamat antibiotik : cefatoxin

#### 2) Perawatan luka <sup>10</sup>

Peralatan yaitu handuk kering, bak instrument (sepasang handscoon dan 2 buah pinset), kassa steril, bengkok, perlak, selimut, kom 1 buah

Bahan yaitu air bersih dan sabun cuci tangan, plester, larutan antiseptic/Nacl dan supratul. Berdasarkan penelitian yang sudah dilakukan bahwa kepatuhan pelaksanaan prosedur tetap dalam melakukan perawatan luka post SC berhubungan dengan kejadian infeksi luka post SC. Prinsip stereril sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi.<sup>12</sup>

### 3) Evidence Based Penyembuhan Luka

#### a) Ikan Toman

Ikan toman adalah jenis ikan air tawar yang sangat

digemari masyarakat untuk dikonsumsi karena dipercaya dapat menyembuhkan berbagai macam penyakit. Daging ikan toman mengandung minyak yang sangat tinggi. Komponen utama minyak ikan toman adalah asam lemak omega-3 dan asam lemak omega-6 serta beberapa turunan asam lemak lainnya yang dapat membantu proses penyembuhan luka.<sup>14</sup>

Penelitian yang telah dilakukan bahwa pemberian fase minyak ekstrak ikan toman secara oral memiliki efek penyembuhan luka sayat. Dosis 0,57 ml/kg BB memiliki efek penyembuhan luka terbaik dengan rata-rata persentase 93,19% dibandingkan dengan dosis 0,3 ml/kg BB (87,30 %) dan dosis 0,15 ml/kg BB tikus (79,43%).<sup>15</sup>

b) Daun Binahong

Daun binahong sering digunakan masyarakat untuk pemulihan luka dalam maupun luar. Pemanfaatan daun binahong ini dengan cara direbus atau sebagai lalapan atau sebagai campuran saat memasak. Protein yang ada di dalam binahong obat adalah beratmolekul yang besar dan merupakan antigen yang bisa memacu terjadinya pembentukan antibodi.<sup>16</sup> Penelitian yang sudah pernah dilakukan daun binahong dengan dosis 3 x 250 mg selama 14 hari yang diberikan pada ibu nifas post SC dapat menyembuhkan luka dalam waktu 8 hari.<sup>17</sup>

## 5. Keluarga Berencana (KB)

Kontrasepsi adalah usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan, upaya itu dapat bersifat sementara dapat pula bersifat permanen.<sup>29</sup> Kontrasepsi atau antikonsepsi (*Conception control*) adalah cara, alat, atau obat-obatan untuk mencegah terjadinya konsepsi. Kontrasepsi adalah suatu usaha untuk mencegah bertemunya sperma dan ovum, sehingga tidak

terjadi pembuahan yang mengakibatkan kehamilan.<sup>30</sup> Tujuan program KB, yaitu:

- a. Memperkecil angka kelahiran.
- b. Menjaga kesehatan ibu dan anak.
- c. Membatasi kehamilan jika jumlah anak sudah mencukupi

Sedangkan manfaat KB adalah:

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

Kebutuhan pada Calon Akseptor KB

- a. Konseling

Konseling adalah suatu proses pemberian informasi objektif dan lengkap, dilakukan secara sistematis dengan panduan sistematis interpersonal, teknik bimbingan dan penguasaan pengetahuan klinik yang bertujuan untuk membantu seseorang mengenali kondisinya saat ini, masalah yang sedang dihadapinya dan menentukan jalan keluar atau upaya dalam mengatasi masalah tersebut (Saifuddin, 2002).

Proses konseling yang benar, Objektif dan lengkap akan meningkatkan kepuasan, kelangsungan dan keberhasilan penggunaan berbagai metode kontrasepsi (*Darney et al 1990*) (PPIBI, 2016). Dalam memberikan konseling, khususnya bagi calon akseptor KB yang baru, hendaknya dapat diterapkan enam langkah yang sudah dikenal dengan kata kunci SATU TUJU. Penerapan SATU TUJU tersebut tidak perlu dilakukan secara berurutan karena petugas harus menyesuaikan diri dengan kebutuhan klien. Kata kunci SATU TUJU adalah sebagai berikut:

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

Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara di

tempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinkan klien untuk membangun rasa percaya diri. Tanyakan kepada klien apa yang perlu dibantu serta jelaskan pelayanan apa yang dapat dipeolehnya.

- 2) T: Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya. Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi (KR), tujuan, kepentingan, harapan, serta keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya. Tanyakan kontrasepsi yang diinginkan oleh klien. Berikan perhatian kepada klien apa yang disampaikan klien sesuai dengan kata-kata, gerak isyarat dan caranya. Coba tempatkan diri kita di dalam hati klien. Perhatikan bahwa kita memahami. Dengan memahami pengetahuan, kebutuhan dan keinginan klien, kita dapat membantunya.
- 3) U: Uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa kontrasepsi. Bantulah klien pada jenis kontrasepsi yang paling diinginkan, serta jelaskan pula jenis-jenis kontrasepsi lain yang ada. Uraikan juga mengenai risiko penularan *Human ImmunodeficiencyVirus/ Acquired Immune Deficiency Syndrome* (HIV/AIDS) dan pilihan metode ganda.
- 4) TU: Bantulah klien menentukan pilihannya. Bantulah klien berpikir mengenai apa yang paling sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.
- 5) J: Jelaskan secara lengkap kepada klien bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya. Setelah klien memilih jenis kontrasepsi, jika diperlukan perhatikan alat kontrasepsinya.
- 6) U: Perlunya kunjungan Ulang. Diskusikan dan buat kontrak dengan klien untuk melakukan pemeriksaan lanjutan atau permintaan kontrasepsi apabila dibutuhkan.

## b. Penapisan Klien

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

- 1) Kehamilan, Klien tidak hamil apabila:
  - a) Tidak senggama sejak haid terakhir
  - b) Sedang memakai metode efektif secara baik dan benar
  - c) Sekarang didalam tujuh hari pertama haid terakhir
  - d) Di dalam empat minggu pasca persalinan
  - e) Dalam tujuh hari pasca keguguran
  - f) Menyusui dan tidak haid
- 2) Keadaan yang membutuhkan perhatian khusus
- 3) Masalah (misalnya: *diabetes*, tekanan darah tinggi) yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut.
- 4) Apabila klien menyusui dan kurang dari enam minggu pasca persalinan maka pil kombinasi adalah metode pilihan terakhir.
- 5) Tidak cocok untuk pil progestin (minipil), suntikan *Depo medroxy progesterone asetat* (DMPA) atau Norethindrone enanthate (NET- EN) atau susuk. Tidak cocok untuk suntikan progestin (DMPA atau NET-EN).

## Macam-Macam Metode Kontrasepsi

### a. Metode Kontrasepsi Sederhana Tanpa Alat

Menurut Mochtar Rustam (2011), metode kontrasepsi sederhana tanpa alat adalah sebagai berikut:

- 1) Metode Alamiah
  - a) Metode Kalender

Masa berpantang dihitung dengan memakai rumus yaitu hari pertama mulai subur = siklus haid terpendek-18 dan hari subur terakhir = siklus haid terpanjang-11. Sebenarnya cara tersebut hanya cocok bagi wanita yang siklus haidnya teratur. Sebelum memulai, hendaknya wanita tersebut mencatat pola siklus haidnya paling sedikit selama

enam bulan dan sebaiknya selama 12 bulan. Setelah itu, baru bisa ditentukan kapan mulainya hari subur pertama dan hari subur terakhir dengan menggunakan rumus diatas. Contoh: siklus haid terpendek yaitu 28 hari dan siklus terpanjang haid 28 hari jadi  $28 - 18 =$  hari ke 10 dari hari pertama haid siklus terpanjang  $28 - 11 =$  hari ke-17. Jadi, masa berpantang adalah mulai dari hari ke-10 sampai hari ke-17 dihitung mulai dari pertama haid.

b) Metode Suhu Basal Badan (Thermal)

Suhu badan diukur memakai termometer, sewaktu bangun pada pagi hari (dalam keadaan istirahat penuh), setiap hari. Hasil pengukuran dicatat pada kartu pencatatan suhu badan. Adalah suatu metode kontrasepsi yang dilakukan dengan mengukur suhu tubuh untuk mengetahui suhu tubuh basal, untuk menentukan masa ovulasi. Metode suhu basal tubuh mendeteksi kapan ovulasi terjadi. Keadaan ini dapat terjadi karena progesterone, yang dihasilkan oleh korpus luteum, menyebabkan peningkatan suhu basal tubuh. Sebelum perubahan suhu basal tubuh dipertimbangkan sebagai masa ovulasi, suhu tubuh terjadi peningkatan sedikitnya  $0,4^{\circ}\text{F}$  ( $0,2 - 0,5^{\circ}\text{C}$ ) di atas 6 kali perubahan suhu sebelumnya yang diukur.

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

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

d) Metode *Sympto Thermal*

Adalah metode kontrasepsi yang dilakukan dengan

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

e) Metode Amenorhea Laktasi

Metode Amenorhea Laktasi adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa pemberian makanan tambahan atau minuman apapun. Efektifitas metode amenorhea laktasi tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan pasca persalinan). Petunjuk penggunaan metode amenore-laktasi adalah Bayi harus berusia kurang dari enam bulan, wanita yang belum mengalami perdarahan pervaginam, setelah 56 hari pascapartum, dan Pemberian ASI harus merupakan sumber nutrisi yang eksklusif untuk bayi.

f) Coitus Interruptus (Senggama Terputus)

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

2) Metode Kontrasepsi Sederhana Dengan Alat

Menurut Irianto (2012), metode kontrasepsi sederhana dengan alat adalah sebagai berikut:

- a) Kondom adalah suatu selubung atau sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil), yang dipasang pada penis (kondom pria) atau vagina (kondom wanita) pada saat berhubungan seksual. Efektifitas kondom

cukup efektif bila dipakai secara benar pada setiap kali berhubungan seksual. Pada beberapa pasangan, pemakaian kondom tidak efektif karena tidak dipakai secara konsisten. Secara ilmiah didapatkan hanya sedikit angka kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun.

b) Metode Kontrasepsi Pil

Menurut PPIBI (2016) metode kontrasepsi pil terbagi menjadi:

i. Pil Kombinasi

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

- 1.1.1 Monofasik: Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet, mengandung hormon aktif esterogen/progestin dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- 1.1.2 Bifasik: Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif esterogen/progestin dengan dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- 1.1.3 Trifasik: Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif esterogen/progestin dengan tiga dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif; dosis hormon bervariasi setiap hari. Cara Kerja: Menekan ovulasi, mencegah implantasi dan mengentalkan lendir servik. Sedangkan efektifitasnya adalah Efektifitas tinggi, 1 kehamilan/1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan.

ii. Pil Progestin

Kontrasepsi Pil progestin atau minipil merupakan

pil yang mengandung progestin dalam dosis yang sangat rendah. Jenisnya ada yang kemasan dengan isi 35 pil: 300 ig levonorgestrel atau 350 ig noretindron dan dan kemasan dengan isi 28 pil: 75 ig norgestrel. Cara Kerja yaitu dengan menghambat Ovulasi, mencegah Implantasi, memperlambat transport gamet/ ovum, mengentalkan lendir serviks yang kental.

c) Kontrasepsi Suntikan/Injeksi

i. Suntikan Kombinasi

Suntik kombinasi merupakan kontrasepsi suntik yang berisi hormon sintetis estrogen dan progesteron. Jenis ada 2 yaitu 25 mg depo medroksiprogesteron asetat dan 5 mg estradiol valerat dan 50 mg noretindron enantat dan 5 mg estradiol valerat. Mekanisme Kerja yaitu dengan menekan ovulasi, menghambat transportasi gamet oleh tuba, mempertebal mukus serviks (mencegah penetrasi sperma), mengganggu pertumbuhan endometrium, sehingga menyulitkan proses implantasi.

ii. Suntikan Progestin

Menurut PPIBI (2016), kontrasepsi suntik progestin yang umum digunakan adalah *Depo Medroxyprogesteron acetate* (DMPA) dan *Norethisteron Enantathe* (NET-EN) yang merupakan progesteron alamiah yang ada didalam tubuh seorang perempuan. Kontrasepsi progestin tidak mengandung estrogen sehingga dapat digunakan pada masa laktasi dan perempuan yang tidak mengandung estrogen. Mekanisme Kerja yaitu menekan ovulasi, lendir serviks menjadi kental dan sedikit, sehingga merupakan barrier terhadap spermatozoa, membuat endometrium menjadi kurang baik/ layak untuk implantasi dari ovum yang sudah dibuahi, mempengaruhi kecepatan transpor

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

d) Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)

AKBK adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara 3-5 tahun. Metode ini dikembangkan semua *The Population Council*, yaitu suatu organisasi internasional yang didirikan tahun 1952 untuk mengembangkan teknologi kontrasepsi (Prawirohardjo, 2011). Menurut Prawirohardjo (2011), Keuntungan kontrasepsi implan adalah:

- i. Daya guna tinggi
- ii. Perlindungan jangka panjang ( sampai 3 tahun )
- iii. Pengembalian kesuburan yang cepat
- iv. Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
- v. Tidak mengganggu ASI
- vi. Pasiennya hanya kembali ke klinik jika ada keluhan
- vii. Dapat dicabut setiap saat
- viii. Mengurangi jumlah darah menstruasi
- ix. Menurangi/ memperbaiki anemia

e) Alat Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR)

AKDR merupakan salah satu metode jangka panjang yang cukup efektif karena hanya terjadi kurang dari 1 kehamilan diantara 100 pengguna AKDR (6-8 per 1000 pengguna) di tahun pertama memakai AKDR. Efek kontraseptif akan menurun apabila waktu penggunaannya telah melampaui 10 tahun. Jenis Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) menurut PPIBI (2016), yaitu:

- i. AKDR CuT-380A

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

ii. AKDR yang mengandung hormon Levonogestrel (LNG)

Keuntungan AKDR adalah sebagai kontrasepsi, efektifitasnya tinggi (6-8 kehamilan per 1000 perempuan dalam 1 tahun pertama, AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan, metode jangka panjang (proteksi 10 tahun) untuk yang mengandung tembaga, dan 5 tahun untuk yang mengandung hormone, sangat efektif karena tidak perlu mengingat-ingat, tidak mempengaruhi hubungan seksual, meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil, AKDR Cu 380 A tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI, dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah keguguran (apabila tidak terjadi infeksi), dapat digunakan sampai menopause (dicabut setelah kurang lebih 1 tahun), tidak ada interaksi dengan obat lain, membantu mencegah kehamilan ektopik, dan dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat (AKDR Cu 380 A).

Sedangkan kerugian/keterbatasan AKDR adalah nyeri pada waktu pemasangan, Efek samping yang umum terjadi: perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan setelah itu akan berkurang), haid lebih lama dan lebih banyak, perdarahan (spotting) antar menstruasi, saat haid lebih sakit, tidak mencegah infeksi menular seksual (IMS), termasuk HIV/AIDS, tidak baik digunakan oleh perempuan yang sering berganti-ganti pasangan atau menderita PMS, Penyakit Radang Panggul (PRP) terjadi sesudah perempuan dengan IMS menggunakan AKDR. PRP dapat menyebabkan

infertilitas, diperlukan prosedur medis, termasuk pemeriksaan pelvik dalam pemasangan AKDR, ada sedikit nyeri dan spotting terjadi segera setelah pemasangan AKDR, tetapi biasanya menghilang dalam 1-2 hari, klien tidak dapat melepas sendiri AKDR (harus dilepaskan oleh petugas kesehatan terlatih), kemungkinan AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui klien (sering terjadi bila AKDR dipasang segera setelah melahirkan), klien harus memeriksakan posisi benang AKDR dari waktu ke waktu dengan cara memasukkan jarinya ke dalam vagina.

f) Metode Keluarga Berencana Vasektomi

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin punya anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini (Prawirohardjo, 2011).

g) Alat kontrasepsi Tubektomi

Menurut Prawirohardjo (2011), alat kontrasepsi tubektomi adalah metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi. Efektivitas kontrasepsi terkait juga dengan teknik tubektomi (penghambatan atau oklusi tuba). tetapi secara keseluruhan efektivitas tubektomi cukup tinggi dibandingkan metode kontrasepsi lainnya (Prawirohardjo, 2011).

## 6. Konsep dasar manajemen kebidanan

Langkah I : Pengumpulan Data Dasar (pengkajian)

Pengkajian adalah pendekatan sistematis untuk mengumpulkan data dan mengelompokkan data serta menganalisa data sehingga dapat diketahui masalah dan keadaan klien. Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan semua sumber yang berkaitan dengan klien.



Dasarnya : Pada riwayat obstetri yang lalu perlu dikaji pada kasus plasenta previa yaitu riwayat operasi rahim atau memiliki kelainan rahim, riwayat kehamilan kembar dan riwayat plasenta previa sebelumnya.

e. Riwayat kehamilan sekarang

Dasarnya : Pada klien dengan plasenta previa terjadi perdarahan berwarna merah segar pada TM III, perdarahan sedikit dan sesekali mungkin terjadi pada TM I dan TM II. perdarahan biasanya tidak disertai rasa sakit walaupun kram rahim pada beberapa wanita. Sebagian wanita tidak mengalami perdarahan sama sekali.

f. Riwayat kesehatan

Dasarnya : Pada kasus plasenta previa, salah satu faktor penyebab terjadinya plasenta previa yaitu riwayat pembedahan rahim

g. Riwayat kesehatan keluarga

Kemungkinan ada anggota keluarga yang menderita penyakit turunan, penyakit menular, riwayat kehamilan kembar atau riwayat kehamilan postterm

Dasarnya : Pada klien dengan plasenta previa, salah satu faktor yang dapat menyebabkan terjadinya plasenta previa yaitu kehamilan kembar.

h. Riwayat seksualitas

Untuk mengetahui apakah ibu mengalami masalah selama berhubungan atau tidak

Dasarnya : Pada kasus plasenta previa, berhubungan seks dapat memicu perdarahan yang dapat membahayakan jiwa ibu dan janinya. Jangankan berhubungan seks, tidak berhubungan pun perdarahan bisa mungkin terjadi. Itulah mengapa jika ada gangguan plasenta previa hubungan seks dilarang dilakukan sampai dokter mengizinkan setelah sebelumnya melakukan pemeriksaan menyeluruh

i. Riwayat psikologi

Dasarnya : Pada klien dengan plasenta previa, secara psikologis klien mengalami kekhawatiran serta kecemasan tentang kelangsungan bayi di dalam kandungannya saat harus menjalani bedrest

Data Objektif

Dapat dikumpulkan melalui pemeriksaan umum dan pemeriksaan khusus :

a. Pemeriksaan umum

Dasarnya : Pada klien dengan plasenta previa, dapat dijumpai tekanan darah turun, nadi dan pernapasan meningkat, dan daerah ujung menjadi dingin, serta tampak anemis.

b. Pemeriksaan khusus

Secara inspeksi

1) Secara inspeksi yaitu pemeriksaan pandang yang dimulai dari kepala sampai kaki. Yang dinilai pada inspeksi yaitu kemungkinan bentuk tubuh yang normal, kebersihan kulit rambut, muka, konjungtiva, sklera, hidung, telinga, mulut, leher, payudara, abdomen, genitalia dan ekstremitas.

Dasarnya : Pada klien dengan plasenta previa, yang perlu dikaji pada pemeriksaan inspeksi yaitu :

- a) Mata : konjungtiva terlihat pucat dan anemis hal ini disebabkan oleh perdarahan yang banyak
- b) Genitalia : perdarahan pervagianam yang keluar banyak, sedikit, darah beku dan sebagainya

2) Secara palpasi

Dasarnya : Pada klien dengan plasenta previa, hasil pemeriksaan palpasi abdomen yang didapat yaitu :

- a) Janin sering belum cukup bulan, jadi fundus uteri masih rendah.
- b) Sering dijumpai kesalahan letak janin.
- c) Bila cukup pengalaman (ahli), dapat dirasakan suatu bantalan pada segmen bawah rahim, terutama pada ibu yang kurus.

- d) Bagian terbawah janin belum turun, apabila letak kepala, biasanya kepala masih goyang atau terapung (floating) atau di atas pintu atas panggul
  - 3) Secara auskultasi  
Secara auskultasi, kemungkinan dapat terdengar bunyi jantung janin, frekuensinya teratur atau tidak.  
Dasarnya : Pada klien dengan plasenta previa, denyut jantung janin dapat bervariasi dari normal sampai asfiksia dan kematian dalam rahim
  - 4) Pemeriksaan inspekulo  
Dasarnya : Pada klien dengan plasenta previa, pemeriksaan inspekulo dilakukan untuk memastikan apakah perdarahan berasal dari segmen bawah rahim atau kelainan serviks, vagina dan varises pecah
  - 5) Pemeriksaan dalam  
Dasarnya : Pada kasus plasenta previa, pemeriksaan dalam adalah senjata yang paling ampuh di bidang obstetrik untuk mendiagnosa plasenta previa. Walaupun ampuh, namun harus berhati-hati karena bahaya yang besar  
Pemeriksaan dalam dilakukan hanya di atas meja operasi dan siap untuk mengambil tindakan. Hasil pemeriksaan dalam teraba plasenta di sekitar ostium uteri internum
- c. Pemeriksaan radio-isotop
- 1) Plasentografi jaringan lunak yaitu membuat foto dengan sinar rontgen lemah untuk mencoba melokalisir plasenta. Hasil foto dibaca oleh ahli radiologi yang berpengalaman.
  - 2) Sitografi yaitu mula-mula kandung kemih dikosongkan, lalu masukkan 40 cc larutan NaCl 12,5%, kepala janin ditekan ke arah pintu atas panggul, lalu dibuat foto. Bila jarak kepala dan kandung kemih berselisih 1 cm, makaterdapat kemungkinan plasenta previa.

- 3) Plasentografi Indirek yaitu membuat foto seri lateral dan anteroposterior yaitu ibu dalam posisi berdiri atau duduk setengah berdiri. Lalu foto dibaca oleh ahli radiologi berpengalaman dengan cara menghitung jarak antara kepala-simpisis dan kepala-promontorium.
  - 4) Arteriografi yaitu dengan memasukkan zat kontras ke dalam arteri femoralis. Karena plasenta sangat kaya akan pembuluh darah, maka ia akan banyak menyerap zat kontras, ini akan jelas terlihat pada foto dan juga lokasinya.
  - 5) Amniografi dengan memasukkan zat kontras ke dalam rongga amnion, lalu dibuat foto dan dilihat dimana terdapat daerah kosong (diluar janin) dalam rongga rahim
  - 6) Radioisotop yaitu dengan menyuntikkan zat radio aktif, biasanya RISA (radioiodinated serum albumin) secara intravena, lalu diikuti dengan detektor GMC
- d. Pemeriksaan penunjang
- 1) Ultrasonografi (USG) :  
Dasarnya : Pemeriksaan dilakukan untuk penentuan lokasi plasenta dan tidak menimbulkan bahaya radiasi pada janin
  - 2) Kardiokotografi (KTG) : dilakukan pada kehamilan >28 minggu
  - 3) Laboratorium : darah perifer lengkap. Bila akan dilakukan operasi, perlu diperiksa faktor pembekuan darah, waktu perdarahan dan gula darah.

#### Langkah II : Intepretasi data

##### a. Diagnosa kehamilan

Ibu G...P...A...H... usia kehamilan....minggu, janin hidup/mati, tunggal/ganda, intrauterin/ekstrauterin, presentasi kepala/sungsang/lintang, KU ibu dan janin dengan plasenta previa totalis.

Dasar :

- 1) Ibu mengatakan ini kehamilan yang ke....

- 2) Usia kehamilan ditentukan dari pernyataan ibu kapan HPHT nya....
- 3) Janin hidup/mati didapatkan dengan mendengarkan DJJ ....
- 4) Pada pemeriksaan palpasi teraba 1 bagian besar janin dan DJJ terdengar pada satu sisi saja....
- 5) Intrauterin apabila pemeriksaan palpasi ibu tidak merasa nyeri, eksrauterin apabila saat palpasi ibu merasakan nyeri.
- 6) Didapatkan saat melakukan palpasi leopold apakah presentasi janin ibu...
- 7) KU ibu didapatkan dengan memeriksa Tanda- tanda vital...
 

TD : .... mmHg	P	:...	x/menit
N : ... x/menit	S	:...	x/menit
DJJ : ... x/menit			

b. Masalah

Kemungkinan masalah yang timbul pada klien dengan plasenta previa adalah kecemasan karena ibu merasa cemas dengan kondisi yang ibu alami dan cemas dengan keadaan janinnya.

c. Kebutuhan

Kebutuhan yang diperlukan pada klien dengan plasenta previa yaitu dukungan psikologis, hidrasi, pengosongan kandung kemih, defiksasi dan rasa nyaman

Langkah III : Diagnosa atau dan masalah potensial kemungkinan diagnosa potensial

a. Pada ibu

1) Anemia

Dasarnya : karena pada kasus plasenta previa ibu biasanya mengalami perdarahan sehingga menimbulkan anemia.

2) Perdarahan hingga syok hipovolemik

Dasarnya : karena perdarahan yang terjadi terus-menerus dan jumlah yg cukup banyak dapat menyebabkan syok pada klien ini.

3) Inersia primer

## 4) Prolaps tali pusat

Dasarnya : Karena plasenta berimplantasi disegmen bawah rahim/tidak pada tempat seharusnya sehingga kadang dapat memicu terjadinya prolaps tali pusat.

Plasenta melekat

Dasarnya : karena implantasi plasenta tidak pada tempatnya sehingga harus dikeluarkan manual dan kalau perlu dibersihkan dengan korekan

## 5) Robekan jalan lahir karena tindakan

Dasarnya : Dapat terjadi karena melakukan tindakan untuk menangani ibu dengan plasenta previa menggunakan tindakan medis yang dapat membuat robekan jalan lahir.

## b. Pada janin

## 1) Kelainan letak janin

Dasarnya : Karena tempat tertanamnya plasenta yang tidak sesuai sehingga letak janin pun menjadi terganggu.

## 2) Bayi prematur atau lahir mati

Dasarnya : Apabila terjadi perdarahan yang sangat hebat dan janin harus segera dilahirkan dengan usia kehamilan yang belum cukup bulan.

## Langkah IV: Tindakan Segera

## a. Jika klien terdeteksi dengan plasenta previa, segera lakukan kolaborasi dengan dokter spesial obgyn untuk dilakukan tindakan.

Dasarnya : Segera melakukan rujukan/kolaborasi dengan dokter untuk penanganan kasus ini agar dapat dilakukan secsio sesarea ataupun dilakukan terminasi.

## b. Pemberian cairan Intravena

Dasarnya : Dilakukan apabila ibu tampak lelah dan kekurangan cairan.

## c. Mengatasi syok dan perdarahan pada ibu.

Dasarnya : Segera mengatasi syok dan perdarahan pada ibu agar tidak terjadi perdarahan yang semakin banyak.

#### Langkah V : Intervensi

- a. Beritahu ibu hasil pemeriksaan

Dasarnya : Agar ibu tau dengan kondisinya dan tau apa yang akan ia lakukan selanjutnya.

- b. Beri dukungan psikologis pada ibu

Dasarnya : Agar ibu tidak drop dan menjadi stress dengan kondisinya dan tidak berpengaruh kepada janinnya.

- c. Anjurkan ibu istirahat bedrest (tirah baring)

Dasarnya : Untuk memperbaiki keadaan ibu agar perdarahanpun tidak bertambah banyak.

- d. Penuhi kebutuhan hidrasi dan nutrisi ibu

Dasarnya : Agar cairan ibu terpenuhi dan untuk memperbaiki kondisi ibu.

- e. Penuhi kebutuhan personal hygien ibu

- f. Atur cairan infus dan drip adona 1 ampul

- g. Lakukan observasi TTV, perdarahan dan DJJ

Dasarnya : Untuk memantau keadaan umum ibu, apakah perdarahan yang terjadi bertambah banyak atau tidak, dan untuk memantau keadaan janin ibu.

- h. Berikan terapi sesuai anjuran dokter spesialis obgyn

- i. Anjurkan keluarga untuk menyiapkan donor darah

Dasarnya : Karena mengalami perdarahan yang banyak maka ibu dengan plasenta previa membutuhkan pendonor darah untuk mengganti darah yang telah banyak dikeluarkan.

#### Langkah VI : Implementasi

- a. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan

- b. Memberi dukungan psikologis pada ibu

- c. Menganjurkan ibu istirahat bedrest (tirah baring)

- d. Memenuhi kebutuhan cairan dan nutrisi ibu

- e. Memenuhi kebutuhan personal hygien ibu
- f. Mengatur cairan infus dan drip adona 1 ampul
- g. Melakukan observasi TTV, perdarahan dan DJJ
- h. Memberikan terapi sesuai anjuran dokter spesialis obgyn
- i. Menganjurkan keluarga untuk menyiapkan donor darah

#### Langkah VII : Evaluasi

Evaluasi adalah hal terakhir yang dilakukan dari proses asuhan kebidanan dengan plasenta previa. Kemungkinan hasil evaluasi yang ditemukan :

- b. Ibu telah diberitahu mengenai hasil pemeriksaan.
- c. Ibu mulai menerima keadaannya dan mulai termotivasi setelah diberikan dukungan psikologis.
- d. Ibu mau dianjurkan untuk beristirahat bedrest.
- e. Cairan dan nutrisi ibu terpenuhi dengan memberikan ibu minum dan makan.
- f. Cairan infus telah terpasang pada ibu untuk memenuhi cairan tubuh ibu.
- g. Keluarga telah menyiapkan donor darah apabila ibu terjadi hal yang membutuhkan donor darah segera.