

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Masalah Kasus

1. ANC Trimester III

Asuhan kebidanan berkesinambungan di berikan kepada Ny. T, umur 33 tahun, umur kehamilan 32 minggu dengan kehamilan fisiologis. Kasus ini ditemukan di PMB Sri Sayekti pada tanggal 31 Januari 2024. Alamat pasien tersebut di desa Merden RT 01 RW 01, Padureso. Ny. T yang bekerja sebagai seorang Ibu Rumah Tangga (IRT) datang bersama suami ingin memeriksakan kehamilannya.

Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. T, kehamilan ini merupakan kehamilan yang ke dua. Ibu mengatakan haid terakhir pada tanggal 20 Juni 2023, dan hari perkiraan lahirnya pada tanggal 27 Maret 2024. Anak pertama lahir tahun 2013 secara spontan berjenis kelamin laki-laki dengan berat badan 3400 gram. Selama hamil ini, Ny. T periksa ANC secara rutin baik di Puskesmas, ataupun PMB.

Pada riwayat pemakaian alat kontrasepsi, ibu pernah menggunakan alat kontrasepsi suntik setelah melahirkan anak pertama selama 4 tahun dan selanjutnya kondom sampai sebelum hamil ke dua ini. Riwayat kesehatan pasien tidak ada riwayat penyakit seperti asma, jantung, hipertensi, Diabetes Melitus maupun TBC. Pasien juga tidak memiliki riwayat operasi. Dalam keluarga pasien tidak terdapat riwayat penyakit hipertensi, jantung ataupun penyakit menular.

Hasil pengkajian pada Ny. T, didapatkan pasien mengeluh nyeri punggung. Pada awal kehamilan ke dua ini ditemukan LILA 27 cm, BB awal hamil 52 kg dan BB terakhir 61 kg. Tinggi badan 152 cm, dengan IMT 23,3 kg/m². Berdasarkan data obyektif, ditemukan tanda-tanda vital dalam batas normal. Pada pemeriksaan konjungtiva mata berwarna merah muda dan sklera putih. Pada pemeriksaan palpasi abdomen, TFU 28 cm (TBJ: 2480 gram), teraba bokong pada fundus uteri, punggung

bayi di kiri ibu dan teraba kepala masih floating. Pada pemeriksaan auskultasi didapatkan denyut jantung janin (DJJ) dalam batas normal. Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 14-9-2023 di Puskesmas Padureso: Hb 12,6 gr/dl, HbsAg negatif, HIV negatif, Sipilis non reaktif.

Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakkan diagnosa Ny. T, umur 33 tahun G2P1A0Ah1 hamil 32 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterine, punggung kiri, presentasi kepala, kepala belum masuk panggul dengan kehamilan fisiologis. Diagnosa potensial bisa terjadi nyeri punggung kronis, persalinan prematur. Masalah yang timbul pada Ny. T adalah ketidaknyamanan kehamilan trimester III yaitu nyeri punggung. Dari masalah yang timbul maka kebutuhan yang diberikan yaitu KIE tentang ketidaknyamanan pada ibu hamil TM III dan cara penanganannya.

Penatalaksanaan yang diberikan adalah menjelaskan hasil pemeriksaan pada pasien bahwa pemeriksaan ibu dan janin adalah normal. Memberikan edukasi tentang ketidaknyamanan ibu hamil TM III yang saat ini dialami serta cara menanganinya. Memberikan KIE tentang tanda bahaya kehamilan trimester 3, Memberikan terapi tablet tambah darah 14 tablet diminum sehari sekali dan kalsium 14 tablet diminum sehari sekali. Menganjurkan pada pasien untuk kunjungan ulang 2 minggu lagi. Pasien mengerti cara minum obatnya dan bersedia melakukan edukasi yang diberikan serta akan kontrol ulang 2 minggu lagi.

2. ANC Trimester III Kunjungan Ulang

Pada kunjungan tanggal 21 Februari 2024 ibu mengeluh nyeri pada punggungnya berkurang. Ibu mengatakan sudah melakukan USG dan cek laboratorium ulang di Puskesmas Padureso pada tanggal 15 Februari 2024. Usia kehamilan ibu saat ini adalah 35 minggu.

Berdasarkan data obyektif, ditemukan tanda-tanda vital dalam batas normal. Berat badan ibu saat ini adalah 62 kg, naik 1 kg dari 3 minggu sebelumnya. Pada pemeriksaan konjungtiva mata berwarna

merah muda dan sklera putih. Pada pemeriksaan obstetri TFU 33 cm (TBJ: 3410 gram), teraba bokong pada fundus uteri, punggung bayi di kiri ibu dan teraba kepala sudah masuk panggul 1/5 bagian. DJJ 144x/menit, his tidak ada. Hasil pemeriksaan penunjang pada tanggal 15 Februari 2024 mendapatkan hasil dalam batas normal, Hb 12 gr/dl.

Diagnosa dari kasus ini adalah Ny. T, umur 33 tahun G2P1A0 Ah1 hamil 35 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterine, punggung kiri, presentasi kepala, masuk PAP dengan kehamilan normal. Masalah yang timbul yaitu nyeri punggung. Kebutuhan yang diberikan yaitu KIE mengenai penyebab nyeri punggung pada ibu hamil dan cara mengatasinya.

Penatalaksanaan yang diberikan yaitu menjelaskan hasil pemeriksaan ibu dan janin adalah normal, menjelaskan tentang keluhan nyeri punggungnya dan cara mengatasi, memberikan edukasi kepada ibu dan keluarga mengenai kenceng-kenceng yang dirasakan merupakan his/ kontraksi palsu, memberikan edukasi mengenai tanda-tanda persalinan, memberikan terapi tablet tambah darah sehari sekali dan kalsium sehari sekali dan menganjurkan pada suami untuk mengingatkan ibu minum tablet tambah darah dan mengantar untuk kunjungan ulang 2 minggu lagi.

3. Persalinan

Pada tanggal 09 Maret 2024 Ny. T datang ke PMB pada pukul 12.15 wib, karena merasakan kontraksi yang teratur sejak jam 07.00 wib, dan mengeluarkan lendir dan darah. Ibu mengatakan hanya tidur sekitar 5 jam saja. Makan terakhir pagi ini jam 10.00 wib dengan menu nasi 1 porsi, sayur sop dan telur goreng. BAK terakhir jam 11.00 wib, BAB pagi ini jam 06.00 wib. Hasil pemeriksaan fisik, keadaan umum baik, kesadaran *Compos Mentis*, tanda vital dalam batas normal. Pada pukul 12.30 wib dilakukan periksa dalam pembukaan lengkap, ketuban utuh, kemudian di pecah, air ketuban jernih, presentasi belakang kepala, uuk jam 12, penurunan kepala HIII+. His 3-4x/10 menit lama 50 detik. DJJ

140x/menit, teratur. Pada pukul 13.00 wib, ibu melahirkan secara spontan, bayi berjenis kelamin Laki-laki, menangis kuat, kulit kemerahan dan gerakan aktif. Ibu mengalami robekan pada kulit perineum Ibu dan bayi tidak mengalami komplikasi selama persalinan.

4. Bayi Baru Lahir

Bayi Ny. T lahir secara spontan pada tanggal 09 Maret 2024 jam 13.00 WIB. Jenis kelamin laki-laki lahir langsung menangis, kulit kemerahan dan tonus otot baik. Pada data obyektif, ditemukan nadi, pernafasan, suhu dalam batas normal, kulit kemerahan, reflek hisap baik dan gerakan aktif. Tali pusat tampak segar, basah dan tidak terdapat perdarahan. Bayi di IMD. Pada pemeriksaan fisik, bayi dalam keadaan normal dengan BB 3600 gram, PB: 50 cm, LK: 33 cm, LD: 32 cm, LLA: 11 cm. Bayi belum buang air kecil (BAK) dan mengeluarkan mekonium dalam waktu 1 jam setelah lahir.

Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakkan diagnosa By. Ny. T, umur 0 hari, bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, lahir spontan dengan keadaan normal. Masalah potensial yang dapat terjadi pada By. Ny. T adalah hipotermi dan hipoglikemi. Dari masalah potensial tersebut, maka kebutuhan yang diberikan yaitu menjaga termoregulasi dan pemberian ASI sedini mungkin.

Penatalaksanaan yang diberikan adalah menjelaskan pada ibu bahwa bayinya dalam keadaan baik dan normal, memberikan injeksi vitamin K 1 mg secara IM di paha kiri bayi, memberikan salep mata oxytetracycline 1% pada mata kanan dan kiri bayi. Menganjurkan ibu agar memberikan ASI sesuai keinginan bayi (*on demand*) dan diberikan secara eksklusif selama 6 bulan tanpa makanan tambahan lainnya. Menjaga kehangatan bayi agar tidak terjadi hipotermi, menjelaskan pada ibu cara merawat tali pusat. Memberikan injeksi HB0 setelah 1 jam pemberian vit K.

5. PNC I (KN dan KF 1) di PMB Sri Sayekti

Pada tanggal 10 Maret 2024, pukul 07.00 WIB, Ny. T merasa sangat senang dan lega atas kelahiran putranya yang ke dua karena persalinannya berjalan lancar, ibu mengatakan tak ada keluhan. Ibu mengatakan sudah buang air kecil dan telah mengganti pembalut sekali. Ny. T telah mobilisasi duduk dan jalan sendiri ke kamar mandi. Ny. T rencana pulang bersama bayinya pukul 08.00 wib.

Berdasarkan data obyektif, ditemukan tanda-tanda vital TD. 115/76mmHg, N. 89x/mnt, R22x.mnt, S.36.6⁰C. Pada pemeriksaan konjungtiva mata berwarna merah muda dan sklera putih. Bentuk payudara simetris, hiperpigmentasi, puting susu menonjol, terdapat pengeluaran ASI. Pada pemeriksaan abdomen, fundus uteri teraba pertengahan pusat symphysis, kontraksi uterus teraba keras, dan kandung kemih telah kosong. Luka pada kulit perineum masih basah namun tidak ada perdarahan dan tanda-tanda oedem. Pengeluaran pervaginam sekitar 5 cc, berwarna merah. Pada pemeriksaan kedua ekstremitas tidak terdapat oedema, varises dan *homan sign*.

Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakkan diagnosa Ny. T, umur 33 tahun P2A0 Ah2 postpartum spontan hari ke 1 fisiologis.

Penatalaksanaan yang diberikan adalah menjelaskan hasil pemeriksaan ibu dalam keadaan normal, melakukan pijat oksitosin bersama keluarga untuk merangsang ASI, menjelaskan kepada ibu tanda-tanda bahaya masa nifas, menganjurkan ibu untuk makan makanan gizi seimbang, mengajarkan kepada ibu untuk menjaga personal hygiene dan memberikan ibu terapi obat yaitu Parasetamol tablet 500 mg 3x1, Fe 10 tablet 2x1. dan vit. A merah 2 tablet sehari 1x.

Ibu mengatakan bayinya sudah BAB dan BAK, bayi tidak rewel, bayi mau menyusu. Hasil pemeriksaan bayi dalam keadaan sehat dan tidak ada keluhan, tali pusat dalam kondisi bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi. Diperoleh diagnosa By. Ny. T usia 1 hari cukup bulan sesuai masa kehamilan normal. Penatalaksanaan yang dilakukan adalah

memberi konseling ibu untuk menjaga kehangatan bayinya, menganjurkan ibu lebih sering menyusui anaknya, menyusui ASI eksklusif agar kekebalan bayi terus bertambah, memberikan konseling ibu tentang perawatan tali pusat, memberitahu ibu tanda bahaya bayi baru lahir.

6. PNC II (KN dan KF 2) di rumah Ny. T

Pada kunjungan tanggal 15 Maret 2024 jam 13.00 WIB, Ibu mengatakan tidak ada keluhan. Pengeluaran ASI sudah banyak. Ibu mengatakan sudah buang air besar 1 hari sekali, buang air kecil 5-6 kali dalam sehari.

Ibu mengkonsumsi makanan bergizi seimbang tiga kali sehari dengan satu porsi nasi, sayuran, lauk pauk yang tinggi protein. Minum sebanyak 8-10 gelas perhari dengan air putih. Ibu sudah beraktifitas biasa seperti mencuci baju dan menyapu. Ibu mengatakan bahwa pengeluaran pervaginam hanya sedikit berwarna kecoklatan.

Berdasarkan data obyektif, ditemukan tanda-tanda vital : TD. 117/82mmHg, N.88x/mnt, R.22x/mnt, S.36.7⁰C. Pada pemeriksaan abdomen, fundus uteri tak teraba. Pengeluaran berwarna kecoklatan sanguinolenta. Pada pemeriksaan kedua ekstremitas tidak terdapat oedema, varises dan *homan sign*.

Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakkan diagnosa Ny. T, umur 33 tahun P2A0Ah2 postpartum hari ke-5 fisiologis.

Berdasarkan diagnosa dan masalah yang dialami ibu, penatalaksanaan yang diberikan adalah menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa kondisinya normal, memberikan KIE tentang macam macam metode dan alat kontrasepsi pasca persalinan, keuntungan dan kerugiannya tiap alat kontrasepsi, memuji ibu bahwa telah memberikan ASI saja kepada bayi sampai saat ini, menganjurkan ibu untuk melanjutkan minum obat yang tersisa untuk dihabiskan. Ibu mengatakan saat ini bayinya dalam kondisi sehat dan tidak ada keluhan,

menyusu kuat, BAB dan BAK lancar. Tali pusat bayinya sudah lepas dan kering, serta bayi tidak kuning. Berat badan bayi Ny. R : 3650gr , PB: 50 cm, S: 37,5° C, SpO2 : 98 %, RR : 50 cm, HR : 144 x/menit Diperoleh diagnosa By. Ny. T usia 5 hari cukup bulan sesuai masa kehamilan dalam keadaan normal. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu mengingatkan ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayi, ASI eksklusif, dan memberikan konseling skreening tentang SHK kemudian melakukannya pada tumit bayi, serta mengingatkan ibu untuk kunjungan berikutnya imunisasi BCG dan Polio 1.

7. PNC III (KF dan KN 3) di rumah Ny. T

Pada tanggal 19 Maret 2024 ibu mengatakan tidak ada keluhan. Ibu mengatakan produksi ASI-nya cukup banyak. Ibu merasa bahagia. Ibu mengatakan buang air besar setiap hari dengan konsistensi lunak dan buang air kecil 6-8 kali dalam sehari. Ibu beraktifitas seperti memasak, jalan kaki untuk menjemur pakaian dan jalan ke kamar mandi.

Berdasarkan data obyektif, ditemukan tanda-tanda vital TD. 122/80 mmHg, N. 85x/mnt, R.22x/mnt, S.36.1⁰C, fundus uteri sudah tidak teraba. Pengeluaran pervaginam minimal, berwarna coklat kekuningan. Pada pemeriksaan kedua ekstemitas tidak terdapat oedema, varises dan *homan sign*. Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakkan diagnosa Ny. T, umur 33 tahun P2A0 Ah2 postpartum hari ke-10 fisiologis.

Penatalaksanaan yang diberikan adalah menjelaskan hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan normal. Memberikan pujian kepada ibu karena bersedia untuk makan makanan gizi seimbang. Memberikan pujian kepada ibu karena memberikan ASI saja hingga saat ini dan tetap memotivasi kepada ibu agar terus memberikan ASI demi mendukung pemberian ASI Eksklusif. Mengevaluasi konseling KB yang telah diberikan pada kunjungan sebelumnya dan menanyakan pilihannya yang akan digunakannya. Ibu bersedia memakai alat

kontrasepsi jangka panjang yaitu KB implant dan suami memperbolehkan.

Ibu mengatakan saat ini kondisi bayinya dalam keadaan sehat dan tidak ada keluhan, menyusu kuat, BAB dan BAK lancar, serta bayi tidak kuning. Penatalaksanaan yang diberikan yaitu memberikan tatacara dan manfaat imunisasi BCG dan Polio 1, memberikan imunisasi, setelah itu memberi tahu ibu efek samping setelah pemberian imunisasi, dan menganjurkan melakukan imunisasi kembali pada bayi ketika umur 2 bulan.

8. PNC 4 (KF 4) di PMB Sri Sayekti

Pada follow up nifas ke-4 tanggal 19 April 2024, ibu mengatakan ASI-nya dapat mencukupi kebutuhan bayinya. Ibu ingin pasang KB implant. Pemeriksaan fisik, keadaan ibu baik, kesadaran compos mentis, TTV : TD. 111/83mmHg, N. 77x/mnt, R.22x/mnt, S.36.3⁰C. Muka tidak odema, konjungtiva merah muda, sklera putih. Payudara membesar penuh ASI, produksi ASI lancar dan banyak, tidak ada benjolan, maupun kelainan lainnya. TFU: tidak teraba, tidak ada nyeri tekan, Vagina dan vulva tidak ada varices, lokhea alba, darah nifas sudah bersih. Ibu bersedia memakai alat kontrasepsi jangka panjang memakai alkon implant dan suami memperbolehkan. Dari data subyektif dan obyektif bisa ditegakan diagnosa Ny. T 33 tahun P2A0Ah2 nifas hari ke 40 dengan akseptor KB Implan. Penatalaksanaan: memberikan edukasi pada ibu tentang cara kerja dan manfaat implant, serta lama pemakaian Implant. Memberikan edukasi paska pemasangan implant.

B. Kajian Teori

1. Kehamilan

a. Pengertian kehamilan

Periode antenatal adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga dimulainya persalinan sejati, yang menandai awal periode antepartum. Sebaliknya periode prenatal adalah kurun waktu terhitung sejak hari

pertama haid terakhir hingga kelahiran bayi yang menandai awal periode pascanatal.¹

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 280 hari atau 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional.

b. Konsep Dasar Kehamilan Trimester III

Kehamilan trimester ketiga berlangsung selama 13 minggu, mulai dari minggu ke – 28 sampai minggu ke- 40. Pada trimester ketiga, organ tubuh janin sudah terbentuk. Hingga pada minggu ke 40 pertumbuhan dan perkembangan utuh telah dicapai.⁵

Kehamilan trimester III merupakan kehamilan dengan usia 28-40 minggu dimana merupakan waktu mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua , seperti terpusatnya perhatian pada kehadiran bayi, sehingga disebut juga sebagai periode penantian.⁶

c. Perubahan Fisiologis Ibu Hamil Trimester III

Perubahan fisiologi pada masa kehamilan Trimester III menurut Vivian adalah :⁶

1) Minggu ke-28/bulan ke-7

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

2) Minggu ke-32/ bulan ke-8

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

3) Minggu ke-38/ bulan ke-9

Penurunan bayi ke dalam pelvis/panggul ibu (*lightening*). Plasenta setebal hampir 4 kali waktu usia kehamilan 18 minggu dan

beratnya 0,5-0,6 kg. Sakit punggung dan sering BAK meningkat. Braxton Hicks meningkat karena serviks dan segmen bawah rahim disiapkan untuk persalinan.

Perubahan fisiologi pada masa kehamilan Trimester III menurut Kuanti yaitu:⁷

1) Sistem Reproduksi

Pada kehamilan cukup bulan ketebalan dinding uterus awalnya 5 mm dan beratnya 2 ons menjadi lebih dari 2 pon. Pembesaran uterus ikut menyebabkan adanya kontraksi *Braxton Hicks* karena perenggangan sel-sel otot uterus.¹

Tabel 1. Tinggi Fundus Uteri Sesuai Umur Kehamilan

No.	TFU (cm)	Tinggi fundus uteri (Leopold)	Umur kehamilan (minggu)
1	12	3 jari atas simfisis	12
2	16	Pertengahan pusat dan simfisis	16
3	20	3 jari bawah pusat	20
4	24	Sepusat	24
5	28	3 jari atas pusat	28
6	32	Pertengahan pusat dan <i>processus xifoideus</i> (px)	32
7	36	1-2 jari bawah px	36
8	40	2-3 jari bawah px	40

Sumber: Prawirohardjo (2014)

Peningkatan ukuran pembuluh darah dan pembuluh limfe uterus menyebabkan vaskularisasi, kongesti dan edema menyebabkan serviks bertambah lunak dan warnanya lebih biru sampai keunguan yang disebut tanda *Chadwick*. Dalam persiapan persalinan, esterogen dan hormon placenta relaxin membuat *cervix* lebih lunak yang disebut juga tanda *Goodell*.^{2,1}

2) Mammae

Mammae akan membesar, tegang, memiliki unsur laktogenik, dan memengaruhi sejumlah perubahan metabolik

akibat adanya hormon somatomamotropin korionik (*human placental lactogen* atau HPL).¹ Payudara membesar, puting susu menonjol, areola berpigmentasi (menghitam) dan tonjolan-tonjolan kecil makin tampak diseluruh areola yang disebut *Montgomery*, cairan berwarna krem/putih kekuningan (Kolostrum) mulai keluar sebelum menjadi susu.²

3) Kulit

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan nama *striae gravidarum*. Pada multipara selain *striae* kemerahan itu seringkali ditemukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan sikatrik dan *striae* sebelumnya. Pada banyak perempuan kulit digaris pertengahan perutnya (*linea alba*) akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut dengan *linea nigra*.

Kadang-kadang akan muncul dalam ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher yang disebut dengan *chloasma* atau *melasma gravidarum*. Selain itu, pada areola dan daerah genital juga akan terlihat pigmentasi yang berlebihan.²

4) Sirkulasi darah

Sistem sirkulasi darah ibu dalam kehamilan dipengaruhi oleh adanya sirkulasi ke plasenta, uterus yang membesar dengan pembuluh-pembuluh darah yang membesar pula, *mammae* dan alat lain-lain yang memang berfungsi berlebihan dalam kehamilan seperti telah ditemukan, volume darah ibu dalam kehamilan bertambah secara fisiologik dengan adanya pencairan darah yang disebut *hidremnia*.²

5) Sistem Muskuloskeletal

Selama kehamilan terjadi peningkatan mobilitas sendiri sakroiliaka, sakrokoksigeus dan pubis, yang kemungkinan

akibat perubahan hormon. Ini memungkinkan pelvis meningkatkan kemampuannya untuk mengakomodasi bagian presentasi selama kala akhir kehamilan dan persalinan. Simfisis pubis akan melebar dan sendi sakro-koksigeal menjadi longgar menyebabkan koksigis tergeser. Perubahan ini menyebabkan rasa tidak nyaman di punggung bawah seperti nyeri punggung bawah dan nyeri ligamen terutama di akhir kehamilan.¹

6) Sistem pencernaan

Pada trimester III sering terjadi konstipasi karena pengaruh hormon progesteron yang meningkat yang menimbulkan gerakan usus berkurang sehingga makanan lebih lama berada didalam lambung.

Pada usus besar menyebabkan konstipasi karena waktu transit melambat dan air banyak diserap sehingga menyebabkan peningkatan flatulen karena usus mengalami pergeseran akibat desakan dari uterus yang makin besar.¹

7) Traktus Urinaria

Pada akhir kehamilan, akan terjadi poliuria akibat kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul menekan kandung kemih dan disebabkan oleh adanya peningkatan sirkulasi darah di ginjal pada kehamilan, sehingga filtrasi di glomerulus juga meningkat.² Ibu hamil mengumpulkan cairan (air dan natrium) selama siang hari dalam bentuk edema dependen akibat tekanan uterus pada pembuluh darah panggul vena kava inferior, dan mengeluarkan cairan pada malam hari (nokturia) melalui kedua ginjal ketika berbaring terutama lateral kiri.¹

Keluhan sering kencing akan timbul lagi karena pada akhir kehamilan kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul dan kandung kemih akan mulai tertekan kembali. Sering kencing adalah BAK lebih sering 4-8 kali/hari atau terbangun saat malam hari untuk BAK lebih dari sekali. Selain itu juga terjadi

hemodilusi yang menyebabkan metabolisme air menjadi lancar. Pelvis ginjal kanan dan ureter lebih berdilatasi pada pelvis kiri akibat pergeseran uterus yang berat kanan akibat adanya kolon rektosigmoid disebelah kiri. Perubahan ini membuat pelvis dan ureter mampu menampung urin lebih banyak dan memperlambat laju aliran urin.

8) Sistem Respirasi

Seorang wanita hamil pada kelanjutan kehamilannya tidak jarang mengeluh tentang rasa sesak dan pendek nafas. Hal ini ditemukan pada kehamilan 32 minggu ke atas oleh karena usus-usus tertekan oleh uterus yang membesar kearah diafragma.²

9) Sistem Metabolisme

Pada ibu hamil *basal metabolic rate* (BMR) bertambah tinggi hingga 15-20 % yang umumnya ditemui pada trimester ketiga dan membutuhkan banyak kalori untuk dipenuhi sesuai kebutuhannya.² Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sedangkan pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing 0,5 kg dan 0,3 kg.³

Tabel 2. Rekomendasi Penambahan Berat Badan Selama Kehamilan Berdasarkan IMT

Kategori	IMT (kg/ m ²)	Rekomendasi (kg)
Rendah	<18,5	12,5-18
Normal	18,5-24,9	11,5-16
Tinggi	25-29,9	7-11,5
Obesitas	≥30	5-9

Sumber : Carr (2014)

d. Perubahan Psikologis Ibu Hamil Trimester III

Trimester III disebut periode penantian dengan penuh waspada karena ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Sejumlah ketakutan muncul seperti ibu merasa khawatir bayi yang dilahirkannya tidak normal, takut akan-rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul sewaktu melahirkan dan muncul rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada Trimester III.¹

Status emosional dan psikologis ibu turut menentukan keadaan yang timbul sebagai akibat atau diperburuk oleh kehamilan, sehingga dapat terjadi pergeseran dimana kehamilan sebagai peristiwa fisiologis menjadi kehamilan patologis. Ada dua macam stressor, yaitu:

- 1) Stressor internal, meliputi kecemasan, ketegangan, ketakutan, penyakit, cacat, tidak percaya diri, perubahan penampilan, perubahan sebagai orang tua, sikap ibu terhadap kehamilan, takut terhadap persalinan, kehilangan pekerjaan.
- 2) Stressor eksternal, meliputi maladaptasi, relationship, kasih sayang, dukungan mental, *broken home*.

Pada peristiwa kehamilan merupakan suatu rentang waktu, dimana tidak hanya terjadi perubahan fisiologis, tetapi juga terjadi perubahan psikologis yang merupakan penyesuaian emosi, pola berpikir, dan perilaku yang berkelanjutan hingga bayi lahir. Pengaruh faktor psikologis terhadap kehamilan adalah ketidakmampuan pengasuhan kehamilan dan mempunyai potensi melakukan tindakan yang membahayakan terhadap kehamilan.⁴

e. Faktor Risiko pada Ibu Hamil

Faktor risiko pada ibu hamil menurut Kemenkes RI (2010) dan Rochjati (2011), sebagai berikut:⁵⁻⁶

- 1) Hamil lebih dari 35 tahun.

Usia ibu hamil saat hamil >35 tahun merupakan salah satu faktor resiko tinggi ibu hamil. Banyak wanita yang menunda usia kehamilan bahkan sampai usia 40 tahun, dengan alasan tertentu

seperti alasan pendidikan, alasan profesional, pekerjaan. Apabila kehamilan diatas usia 42 tahun dapat mempengaruhi kondisi ibu, usia ibu hamil >42 tahun memiliki hubungan signifikan dengan preeklamsia, kelahiran bayi *premature*, berat badan lahir rendah, dan seksio sesarea. Penyakit hipertensi dapat menyebabkan preeklamsia, dan mempengaruhi pertumbuhan plasenta yaitu hypertropi plasenta.⁷ Kehamilan usia ibu lebih dari 42 tahun akan mempengaruhi fungsi plasenta dan akan mempengaruhi pertumbuhan janin.²

2) Jarak persalinan terakhir dan kehamilan sekarang

Jarak persalinan terakhir dengan kehamilan apabila kurang dari 12 bulan meningkatkan kemungkinan risiko prematur. Anemia juga lebih sering terjadi jika interval antar kehamilan kurang dari satu tahun.

Menurut BKKBN, jarak kehamilan yang paling tepat adalah 2 tahun atau lebih. Jarak kehamilan yang pendek akan mengakibatkan belum pulihnya kondisi tubuh ibu setelah melahirkan. Sehingga meningkatkan risiko kelemahan dan kematian ibu.⁵ Ibu hamil dengan persalinan terakhir >10 tahun yang lalu. Ibu dalam kehamilan dan persalinan ini seolah-olah mengalami persalinan yang pertama lagi.

Bahaya yang dapat terjadi antara lain:

- a) Persalinan dapat berjalan tidak lancar
- b) Perdarahan pasca persalinan
- c) Penyakit ibu seperti Hipertensi (tekanan darah tinggi), diabetes, dan lain-lain.

3) Anemia

Pada saat hamil terjadi peningkatan volume darah ibu yang terjadi akibat peningkatan volume plasma, bukan akibat peningkatan sel darah merah. Walaupun terjadi peningkatan sel darah merah namun jumlahnya tidak seimbang dengan

peningkatan volume plasma, sehingga mengakibatkan penurunan kadar haemoglobin.¹

4) Riwayat keluarga

Riwayat BBLR berulang dapat terjadi biasanya pada kelainan anatomis dari uterus, seperti septum uterus, biasanya septum pada uterus avascular dan terjadi kegagalan vaskularisasi ini menyebabkan gangguan pada perkembangan plasenta hal ini juga didukung oleh faktor usia ibu >35 tahun yang mempengaruhi perkembangan plasenta. Septum mengurangi kapasitas dan endometrium sehingga dapat menghambat pertumbuhan janin, selain itu juga dapat menyebabkan keguguran pada trimester dua dan persalinan prematur.²

5) Berat badan lebih (*Overweight*) dan Obesitas

Berat badan lebih (*overweight*) dan obesitas adalah keadaan akibat akumulasi lemak yang abnormal atau berlebih yang dapat mempengaruhi kesehatan. Salah satu cara yang mudah dan umum digunakan dalam menentukan berat badan lebih dan obesitas pada orang dewasa adalah dengan menghitung indeks massa tubuh (IMT). IMT dihitung dengan membagi berat badan (dalam satuan kilogram) dengan kuadrat dari tinggi (dalam satuan meter), hasilnya dibulatkan menjadi satu desimal.⁸

f. Ketidaknyamanan pada Kehamilan Trimester III

Menurut Varney (2014) terdapat beberapa ketidaknyamanan yang dialami oleh ibu hamil trimester III, antara lain yaitu:

1) Peningkatan frekuensi berkemih

Frekuensi kemih meningkat pada trimester ketiga sering dialami wanita primigravida setelah lightening yaitu bagian presentasi akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. Peningkatan frekuensi berkemih disebabkan oleh tekanan uterus karena turunnya bagian bawah janin sehingga kandung kemih tertekan, kapasitas

kandung kemih berkurang dan mengakibatkan frekuensi berkemih meningkat.¹¹

Sering buang air kecil merupakan suatu perubahan fisiologis dimana terjadi peningkatan sensitivitas kandung kemih dan pada tahap selanjutnya merupakan akibat kompresi pada kandung kemih. Pada trimester III kandung kemih tertarik keatas dan keluar dari panggul sejati ke arah abdomen. Uretra memanjang sampai 7,5 cm karena kandung kemih bergeser kearah atas. Kongesti panggul pada masa hamil ditunjukkan oleh hiperemia kandung kemih dan uretra. Peningkatan vaskularisasi ini membuat mukosa kandung kemih menjadi mudah luka dan berdarah. Tonus kandung kemih dapat menurun. Hal ini memungkinkan distensi kandung kemih sampai sekitar 1500 ml. Pada saat yang sama pembesaran uterus menekan kandung kemih, menimbulkan rasa ingin berkemih meskipun kandung kemih hanya berisi sedikit urine. Tanda-tanda bahaya yang dapat terjadi akibat terlalu sering buang air kecil yaitu dysuria, Oliguria dan asytmomatic bakteriuria. Untuk mengantisipasi terjadinya tanda – tanda bahaya tersebut yaitu dengan minum air putih yang cukup (\pm 8-12 gelas/hari) dan menjaga kebersihan disekitar alat kelamin. Ibu hamil perlu mempelajari cara membersihkan alat kelamin yaitu dengan gerakan dari depan kebelakang setiap kali selesai berkemih dan harus menggunakan tissue atau handuk yang bersih serta selalu mengganti celana dalam apabila terasa basah.

Penatalaksanaan yang dapat diberikan pada ibu hamil trimester III dengan keluhan sering kencing yaitu KIE tentang penyebab sering kencing, kosongkan kadung kemih ketika ada dorongan, perbanyak minum pada siang hari dan kurangi minum di malam haru jika mengganggu tidur, hindari minum kopi atau teh sebagai diuresis, berbaring miring kiri saat tidur untuk

meningkatkan diuresis dan tidak perlu menggunakan obat farmakologis.

2) Konstipasi

Pada kehamilan trimester III kadar progesteron tinggi. Rahim yang semakin membesar akan menekan rectum dan usus bagian bawah sehingga terjadi konstipasi. Konstipasi semakin berat karena gerakan otot dalam usus diperlambat oleh tingginya kadar progesterone.

Konstipasi ibu hamil terjadi akibat peningkatan produksi progesteron yang menyebabkan tonus otot polos menurun, termasuk pada sistem pencernaan, sehingga sistem pencernaan menjadi lambat. Motilitas otot yang polos menurun dapat menyebabkan absorpsi air di usus besar meningkat sehingga feses menjadi keras. Konstipasi bila berlangsung lama lebih dari 2 minggu dapat menyebabkan sumbatan/impaksi dari massa feses yang keras (skibala). Skibala akan menyumbat lubang bawah anus dan menyebabkan perubahan besar sudut anorektal. Kemampuan sensor menumpul, tidak dapat membedakan antara flatus, cairan atau feses. Akibatnya feses yang cair akan merembes keluar. Skibala juga mengiritasi mukosa rectum, kemudian terjadi produksi cairan dan mukus yang keluar melalui sela-sela dari feses yang impaksi. Perencanaan yang dapat diberikan pada ibu hamil dengan keluhan konstipasi adalah tingkatan intake cairan minimum 8 gelas air putih setiap hari dan serat dalam diet misalnya buah, sayuran dan minum air hangat, istirahat yang cukup, melakukan olahraga ringan ataupun senam hamil, buang air besar secara teratur dan segera setelah ada dorongan.¹²

3) Nyeri Punggung

Khusus pada masalah nyeri punggung bawah merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosacral. Nyeri punggung

bawah biasanya akan meningkat intensitasnya seiring pertambahan usia kehamilan karena nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi wanita tersebut dan postur tubuhnya, akibat berat uterus yang membesar. Jika tidak dilakukan penanganan maka akan menyebabkan posisi tubuh saat berjalan condong ke belakang akibat peningkatan lordosis. Lengkung ini kemudian akan meregangkan otot punggung dan menimbulkan rasa sakit atau nyeri.

4) Nyeri Ulu Hati

Penyebab nyeri ulu hati adalah peningkatan hormon progesterone sehingga merelaksasikan sfingter jantung pada lambung, motilitas gastrointestinal karena otot halus relaksasi dan tidak ada ruang fungsional untuk lambung karena tekanan pada uterus.

5) Insomnia

Ketidaknyamanan ini timbul akibat uterus yang membesar, ketidaknyamanan lain selama kehamilan, dan pergerakan janin, terutama jika janin tersebut aktif.

6) Nyeri Ligamentum Teres Uteri

Ligamentum teres uteri melekat pada sisi-sisi uterus tepat di bagian bawah dan depan tempat masuknya tuba falopi kemudian menyilang ligamentum latum pada lipatan peritoneum. Kedua ligamentum terdiri dari otot polos lanjutan otot polos uterus dan memudahkan terjadinya hipertrofi selama kehamilan berlangsung dan meregang seiring pembesaran uterus. Nyeri pada ligamentum teres uteri disebabkan peregangan dan penekanan berat uterus.

7) Edema ekstremitas bawah

Edema fisiologis memburuk seiring penambahan usia kehamilan karena aliran balik vena terganggu akibat berat uterus yang membesar.

8) Hiperventilasi dan sesak nafas

Peningkatan jumlah progesteron selama kehamilan memengaruhi langsung pusat pernafasan untuk menurunkan kadar karbondioksida dan meningkatkan kadar oksigen. Hiperventilasi akan menurunkan kadar dioksida. Uterus membesar dan menekan diafragma sehingga menimbulkan rasa sesak.

9) Kram tungkai

Terjadi karena asupan kalsium tidak adekuat, atau ketidakseimbangan rasio dan fosfor. Selain itu uterus yang membesar memberi tekanan pembuluh darah panggul sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf yang melewati foramen doturator dalam perjalanan menuju ekstremitas bawah.

10) Perut kembung

Perut kembung terjadi karena adanya tekanan uterus yang membesar dalam rongga perut yang mendesak organ-organ dalam perut khususnya saluran pencernaan, usus besar, ke arah atas dan lateral. Perut kembung saat hamil disebabkan bertambahnya hormon progesteron dalam tubuh ibu. Hormon ini akan membuat relaksasi pada jaringan otot halus diseluruh tubuh termasuk pada saluran pencernaan sehingga sistem pencernaan dalam tubuh berjalan dengan lambat dan tidak teratur. Dari lambatnya pencernaan ini mengakibatkan terkumpulnya gas dalam saluran pencernaan.

g. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil Trimester III

Semakin tua usia kehamilan, kebutuhan fisik maupun psikologis ibu juga mulai beragam dan harus terpenuhi yang meliputi :¹⁰

1) Kebutuhan fisik ibu hamil

a) Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Berbagai gangguan pernafasan bisa terjadi saat hamil hingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandung.

b) Nutrisi

Gizi pada waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori perhari, ibu hamil seharusnya mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, dan minum cukup cairan (menu seimbang).

(1) Kalori

Sumber kalori utama adalah hidrat arang dan lemak. Bahan makanan yang banyak mengandung hidrat arang adalah golongan padi-padian (misalnya beras dan jagung), golongan umbi-umbian (misalnya ubi dan singkong), dan sagu.

(2) Protein

Protein adalah zat utama untuk membangun jaringan bagian tubuh. Kekurangan protein dalam makanan ibu hamil mengakibatkan bayi akan lahir lebih kecil dari normal. Sumber zat protein yang berkualitas tinggi adalah susu. Sumber lain meliputi sumber protein hewani (misalnya daging, ikan, unggas, telur dan kacang) dan sumber protein nabati (misalnya kacang-kacangan seperti kedelai, kacang tanah, kacang tolo, dan tahu tempe).

(3) Mineral

Semua mineral dapat terpenuhi dengan makan-makanan sehari-hari yaitu buah-buahan, sayur-sayuran dan susu. Hanya zat besi yang tidak bisa terpenuhi dengan makanan sehari-hari. Untuk memenuhi

kebutuhan ini dibutuhkan suplemen besi 30 mg sebagai ferosus, ferofumarat atau feroglukonat perhari dan pada kehamilan kembar atau pada wanita yang sedikit anemia dibutuhkan 60-100 mg/hari. Kebutuhan kalsium umumnya terpenuhi dengan minum susu. Satu liter susu sapi mengandung kira-kira 0,9 gram kalsium.

(4) Vitamin

Vitamin sebenarnya telah terpenuhi dengan makanan sayur dan buah-buahan, tetapi dapat pula diberikan ekstra vitamin. Pemberian asam folat terbukti mencegah kecacatan pada bayi.

c) Kebutuhan personal higiene

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia). Kebersihan gigi dan mulut, perlu mendapat perhatian karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu kekurangan kalsium.

d) Kebutuhan eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering buang air kecil. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengkonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih, terutama ketika lambung dalam keadaan kosong. Meminum air putih hangat ketika dalam keadaan kosong dapat merangsang gerak peristaltik usus. Jika ibu sudah mengalami dorongan, maka segeralah untuk buang air besar agar tidak terjadi konstipasi. Sering buang air kecil merupakan keluhan utama yang dirasakan oleh ibu hamil,

terutama trimester I dan III, hal tersebut adalah kondisi yang fisiologis.

e) Kebutuhan seksual

Selama kehamilan berjalan normal, koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat sebaiknya tidak lagi berhubungan seks selama 14 hari menjelang kelahiran. Koitus tidak diperkenankan bila terdapat perdarahan pervaginam, riwayat abortus berulang, abortus/ partus prematurus imminens, ketuban pecah sebelumnya waktunya.

f) Kebutuhan mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan atau aktivitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dapat dianjurkan untuk melakukan pekerjaan rumah dengan dan secara berirama dengan menghindari gerakan menyentak, sehingga mengurangi ketegangan pada tubuh dan menghindari kelelahan.

g) Istirahat

Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan istirahat yang teratur karena dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin. Tidur pada malam hari selama kurang lebih 8 jam dan istirahat dalam keadaan rileks pada siang hari selama 1 jam.

h) Memantau kesejahteraan janin

Pemantauan gerakan janin minimal dilakukan selama 12 jam, dan pergerakan janin selama 12 jam adalah minimal 10 kali gerakan janin yang dirasakan oleh ibu hamil.

i) Persiapan persalinan

Persiapan persalinan meliputi membuat rencana persalinan, membuat rencana untuk pengambilan keputusan jika terjadi

keawatdaruratan, mempersiapkan sistem transportasi jika terjadi keawatdaruratan, membuat rencana menabung, mempersiapkan peralatan yang diperlukan untuk persalinan.

2) Kebutuhan psikologis ibu hamil

a) Support keluarga

Tugas keluarga yang saling melengkapi dan dapat menghindari konflik adalah dengan cara pasangan merencanakan untuk kedatangan anaknya, mencari informasi bagaimana menjadi ibu dan ayah, suami mempersiapkan peran sebagai kepala rumah tangga. Disini motivasi suami dan keluarga untuk membantu meringankan ketidaknyamanan dan terhindar dari stress psikologi.

b) Support dari tenaga kesehatan

Peran bidan dalam perubahan dan adaptasi psikologis adalah dengan memberi support atau dukungan moral bagi klien, meyakinkan klien dapat menghadapi kehamilannya dan perubahan yang dirasakannya adalah sesuatu yang normal

c) Rasa aman dan nyaman selama kehamilan

Kebutuhan pertama ialah ia merasa dicintai dan dihargai, kebutuhan kedua ialah ia merasa yakin akan penerimaan pasangannya terhadap sang anak.

d) Persiapan menjadi orang tua

Salah satu persiapan orang tua dapat dilaksanakan dengan kelas pendidikan kelahiran/ kelas antenatal.

h. Gejala dan Tanda Bahaya Selama Kehamilan

Menurut Saifuddin (2010), tanda bahaya yang terjadi pada ibu hamil dengan umur kehamilan lanjut ialah:³

- 1) Perdarahan pervaginam
- 2) Sakit kepala yang hebat dan menetap
- 3) Gangguan penglihatan

- 4) Nyeri abdomen
- 5) Bengkak pada muka dan tangan
- 6) Janin kurang bergerak seperti biasa.

i. *Antenatal Care*

Pemeriksaan *Antenatal Care* (ANC) adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil, hingga mampu menghadapi persalinan, kala nifas, persiapan pemberian ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar.⁹

Menurut Kemenkes RI (2020), pelayanan kesehatan ibu hamil diwujudkan melalui pemberian pelayanan antenatal sekurang-kurangnya enam kali selama masa kehamilan, dengan distribusi waktu minimal dua kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-27 minggu), dan tiga kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 28 minggu sampai persalinan).¹⁰

Standar waktu pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan atau janin berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan. Pelayanan antenatal yang dilakukan diupayakan memenuhi standar kualitas, yaitu 10 T:

- 1) Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan;
- 2) Pengukuran tekanan darah;
- 3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA);
- 4) Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri);
- 5) Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toksoid sesuai status imunisasi;
- 6) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan;
- 7) Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ);
- 8) Pelaksanaan temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling, termasuk keluarga berencana);

- 9) Pelayanan tes laboratorium, sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein urin dan pemeriksaan golongan darah(bila belum pernah dilakukan sebelumnya); dan
 - 10) Tatalaksana kasus.
- j. Kewenangan bidan
- Berkaitan dengan perencanaan kehamilan yang sehat tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 tahun 2017.³⁰
- 1) Pasal 18 : dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan:
 - a) Pelayanan kesehatan ibu
 - b) Pelayanan kesehatan anak
 - c) Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.
 - 2) Pasal 19
 - (a) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf 1) diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.
 - (b) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan: konseling pada masa sebelum hamil, antenatal pada kehamilan normal, persalinan normal, ibu nifas normal, ibu menyusui, konseling pada masa antara dua kehamilan.

2. Persalinan

a. Definisi Persalinan

Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologis yang normal dalam kehidupan. Beberapa pengertian tentang persalinan yaitu didefinisikan dengan proses membuka dan menipisnya serviks sehingga janin turun ke jalan lahir. Dengan demikian bisa dikatakan bahwa persalinan (*labor*) adalah rangkaian peristiwa mulai dari

kenceng teratur sampai dikeluarkannya produk konsepsi (janin, plasenta, ketuban, dan cairan ketuban) dari uterus ke dunia luar melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau dengan kekuatan sendiri yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) dan berlangsung dalam waktu 18-24 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.¹

Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan dan dapat hidup di luar uterus melalui vagina secara spontan, dimana pada akhir kehamilan, uterus secara progresif lebih peka sampai akhirnya timbul kontraksi kuat secara ritmis sehingga bayi dilahirkan.²

b. Etiologi

Beberapa teori yang dapat menyebabkan persalinan sebagai berikut:¹¹

1) Teori Keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Keadaan uterus terus membesar dan menjadi tegang yang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus.

2) Teori Penurunan Progesteron

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

3) Teori Oksitosin Internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim sehingga sering terjadi

kontraksi *Braxton Hicks*. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya usia kehamilan menyebabkan oksitosin meningkatkan aktifitas sehingga persalinan dimulai.

4) Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan. Prostaglandin dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan.

c. Tanda dan Gejala

Berikut adalah tanda-tanda dimulainya persalinan menurut:^{12,13}

1) Terjadinya kontraksi/ his persalinan.

Sifat kontraksi/ his persalinan:

- a) Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan.
- b) Pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan
- c) Sifatnya teratur, interval makin lama makin pendek dan kekuatannya makin besar.
- d) Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan servik.
- e) Makin beraktifitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi.
- f) Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit). Kontraksi yang terjadi dapat menyebabkan pendataran, penipisan dan pembukaan serviks.

2) *Bloody show* (lendir disertai dengan darah).

Terjadinya his persalinan mengakibatkan terjadinya perubahan pada serviks yang akan menimbulkan pendataran dan pembukaan. 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.

3) *Premature Rupture of Membrane* (Pecah Ketuban)

Adalah keluarnya cairan banyak dengan sekonyong-konyong dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin robek. Pada beberapa kasus persalinan akan terjadi pecah ketuban. Sebagian besar, keadaan ini terjadi menjelang pembukaan lengkap. Setelah adanya pecah ketuban, diharapkan proses persalinan akan berlangsung kurang dari 24 jam.

4) Penipisan dan pembukaan servik.

Pelunakan, penipisan dan pembukaan servik ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula.

d. Tahapan Persalinan

Persalinan dibagi menjadi 4 tahap, yaitu:

1) Kala I (Kala Pembukaan)

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0-10 cm atau pembukaan lengkap. Proses ini terjadi dua fase yakni fase laten selama 8 jam dimana serviks membuka sampai 3 cm dan fase aktif selama 7 jam dimana serviks membuka dari 3-10 cm.

Tabel 3. Penilaian dan Intervensi Selama Kala I¹⁴

Parameter	Frekuensi pada kala I laten	Frekuensi pada kala I aktif
Tekanan darah	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Suhu	Tiap 4 jam	Tiap 2 jam
Nadi	Tiap 30-60 menit	Tiap 30-60 menit
Denyut jantung janin	Tiap 1 jam	Tiap 30 menit
Kontraksi	Tiap 1 jam	Tiap 30 menit
Pembukaan serviks	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Penurunan kepala	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Warna cairan amnion	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam

Terdapat beberapa tindakan yang dilakukan pada kala I tetapi kurang memberikan manfaat, sehingga tidak dilakukan secara

rutin, yaitu pemasangan kateter urin dan prosedur enema. Ibu dilarang mengejan sebelum kala I selesai, karena dapat menyebabkan kelelahan dan ruptur serviks.^{15,16,17,18}

2) Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Tanda dan gejala persalinan kala II adalah:^{12,13}

- a) Ibu ingin mengejan. Keinginan untuk mengejan akibat tertekannya pleksus *Frankenhauser*
- b) Perineum menonjol
- c) Vulva vagina dan *sphincter* anus membuka
- d) Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat. Menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- e) His semakin kuat dan lebih cepat dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50 sampai 60 detik.
- f) Pembukaan lengkap (10 cm)
- g) Pada primigravida berlangsung rata-rata 1.5 jam dan multipara rata-rata 0.5 jam.

3) Kala III (Kala Pengeluaran Plasenta)

Kala III adalah waktu untuk pelepasan plasenta dan pengeluaran plasenta. Setelah kala II yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Dengan lahirnya bayi dan proses retraksi uterus, maka plasenta lepas dari lapisan *nitabusch*.¹²

Macam-macam Pelepasan Plasenta:¹¹

- a) Mekanisme *Schultz*
Pelepasan plasenta yang dimulai dari bagian tengah sehingga terjadi bekuan retroplasenta.
- b) Mekanisme *Duncan*
Terjadi pelepasan plasenta dari pinggir atau bersamaan dari pinggir dan tengah plasenta. Hal ini mengakibatkan terjadi semburan darah sebelum plasenta lahir.

Pemeriksaan Pelepasan Plasenta:¹⁹

a) Perasat *Kustner*

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat, sementara tangan kiri menekan atas simfisis. Bila tali pusat masuk kembali ke dalam vagina berarti plasenta belum lepas, bila plasenta tetap atau tidak masuk kembali ke dalam vagina berarti plasenta belum lepas.

b) Perasat *Strassman*

Perasat ini dilakukan dengan mengetok-ngetok fundus uterus dengan tangan kiri dan tangan kanan meregangkan tali pusat sambil merasakan apakah ada getaran yang diimbulkan dari gerakan tangan kiri. Jika terasa ada getaran, maka plasenta belum lepas dari dinding uterus, jika tidak terasa getaran berarti plasenta sudah lepas.

c) Perasat *Klein*

Untuk melakukan perasat ini, minta pasien untuk meneran, jika tali pusat tampak turun atau bertambah panjang berarti plasenta telah lepas, begitu juga sebaliknya.

4) Kala IV (Kala Pengawasan)

Kala empat merupakan tahapan persalinan berupa tindakan observasi 2 jam pertama post partum, sejak plasenta lahir sampai keadaan ibu menjadi stabil. Pemantauan dilakukan karena banyak perdarahan terjadi pada 2 jam pertama persalinan.⁹

Observasi yang dilakukan adalah sebagai berikut:^{9,19}

- a) Tingkat kesadaran pasien.
- b) Pemeriksaan tanda-tanda vital yakni tekanan darah, nadi, dan pernafasan.
- c) Kontraksi uterus dipantau untuk mencegah atonia uteri yang dapat menyebabkan perdarahan

- d) Terjadinya perdarahan, perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc.

e. Fisiologi Persalinan

1) Fisiologi Kala I

a) Uterus

Kontraksi uterus dimulai dari fundus dan terus menyebar sampai ke bawah abdomen dengan dominasi tarikan ke arah fundus (fundal dominan). Kontraksi berakhir dengan masa yang terpanjang dan sangat kuat pada fundus.¹³

b) Serviks

Sebelum onset persalinan, servik mempersiapkan kelahiran servik akan berubah menjadi lembut. Pada saat mendekati persalinan, serviks mulai menipis dan membuka.

(a) Penipisan serviks (*Effacement*)

Berhubungan dengan kemajuan pemendekan dan penipisan serviks. Seiring dengan bertambah efektifnya kontraksi, serviks mengalami perubahan bentuk menjadi lebih tipis.

(b) Dilatasi

Proses ini merupakan kelanjutan dari *effacement*. Setelah serviks dalam kondisi menipis penuh, maka tahap berikutnya adalah pembukaan. Serviks membuka disebabkan daya tarikan otot uterus ke atas secara terus-menerus saat uterus berkontraksi.

(c) *Bloody show* (lendir darah) pada umumnya ibu akan mengeluarkan darah sedikit atau sedang dari serviks.

2) Fisiologi Kala II

- a) His menjadi lebih kuat, kontraksinya selama 50-100 detik, datangnya tiap 2-3 menit.

- b) Ketuban biasanya pecah pada kala ini ditandai dengan keluarnya cairan kekuning-kuningan, sekonyong-konyong dan banyak.
 - c) Pasien mulai mengejan
 - d) Pada akhir kala II sebagai tanda bahwa kepala sudah sampai di dasar panggul, perineum menonjol, vulva menganga dan *rectum* terbuka.
 - e) Pada puncak his, bagian kecil kepala nampak di vulva dan hilang lagi waktu his berhenti, begitu terus hingga nampak lebih besar. Kejadian ini disebut “kepala membuka pintu”.
 - f) Pada akhirnya lingkaran terbesar kepala terpegang oleh vulva sehingga tidak bisa mundur lagi, tonjolan tulang ubun-ubun telah lahir dan *subocciput* ada di bawah symphysis disebut “kepala keluar pintu”.
 - g) Pada his berikutnya dengan ekstensi maka lahirlah ubun-ubun besar, dahi dan mulut pada *commissura posterior*.
 - h) Setelah kepala lahir dilanjutkan dengan putaran paksi luar, sehingga kepala melintang, vulva menekan pada leher dan dada tertekan oleh jalan lahir sehingga dari hidung anak keluar lendir dan cairan.
 - i) Pada his berikutnya bahu belakang lahir kemudian bahu depan disusul seluruh badan anak dengan fleksi lateral, sesuai dengan paksi jalan lahir.
 - j) Setelah anak lahir, sering keluar sisa air ketuban, yang tidak keluar waktu ketuban pecah, kadang-kadang bercampur darah.
 - k) Lama kala II pada primi ± 50 menit pada multi ± 20 menit.¹³
- 3) Fisiologi Kala III
- Segera setelah bayi dan air ketuban sudah tidak lagi berada di dalam uterus, kontraksi akan terus berlangsung dan ukuran rongga uterus akan mengecil. Pengurangan dalam ukuran uterus

ini akan menyebabkan pengurangan dalam ukuran tempat melekatnya plasenta. Oleh karena tempat melekatnya plasenta tersebut menjadi lebih kecil, maka plasenta akan menjadi tebal atau mengkerut dan memisahkan diri dari dinding uterus. Oleh sebab itu, kelahiran yang cepat dari plasenta segera setelah ia melepaskan dari dinding uterus merupakan tujuan dari manajemen kebidanan dari kala III yang kompeten.

4) Fisiologi Kala IV

Setelah plasenta lahir tinggi fundus uteri kurang lebih 2 jari dibawah pusat. Otot-otot uterus berkontraksi, pembuluh darah yang ada diantara anyaman-anyaman otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan.¹³

f. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan adalah:¹⁹

1) *Power* (Kekuatan Ibu)

Tenaga meneran ini serupa dengan tenaga meneran saat buang air besar, tetapi jauh lebih kuat lagi. Ketika kepala sampai pada dasar panggul, timbul suatu reflek yang mengakibatkan pasien menekan diafragmanya ke bawah. Tenaga meneran pasien akan menambah kekuatan kontraksi uterus. Pada saat pasien meneran, diafragma dan otot-otot dinding abdomen akan berkontraksi. Kombinasi antara his dan tenaga meneran pasien akan meningkatkan tekanan intrauterus sehingga janin akan semakin terdorong keluar.

2) *Passage* (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, *vagina*, dan *introitus* (lubang vagina). Bidang hodge berfungsi untuk menentukan sampai dimana bagian terendah janin turun ke panggul pada proses persalinan. Bidang hodge tersebut antara lain:

- a) Hodge I merupakan bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas *simfisis* dan *promontorium*.
- b) Hodge II yakni bidang yang sejajar Hodge I setinggi bagian bawah *simfisis*.
- c) Hodge III yakni bidang yang sejajar Hodge I setinggi *spina ischiadika*.
- d) Hodge IV merupakan bidang yang sejajar Hodge I setinggi tulang *koksigis*.¹⁹

3) *Passanger* (Janin dan Plasenta)

Perubahan mengenai janin sebagai *passenger* sebagian besar adalah mengenai ukuran kepala janin, karena kepala merupakan bagian terbesar dari janin dan paling sulit untuk dilahirkan.

Tali pusat merupakan bagian yang sangat penting untuk kelangsungan hidup janin meskipun tidak menutup kemungkinan bahwa tali pusat juga menyebabkan penyulit persalinan misalnya pada kasus lilitan tali pusat.¹⁹

4) Psikologis

Faktor psikologis yang mempengaruhi persalinan yaitu:¹¹

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

5) Penolong

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin, dalam hal ini tergantung dari kemampuan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan.¹¹

g. Masalah Psikologis Persalinan

Masalah psikologis yang terjadi pada masa persalinan adalah kecemasan. Pada masa persalinan seorang wanita ada yang tenang

dan bangga akan kelahiran bayinya, tetapi ada juga yang merasa takut.

Saat seseorang merasa takut, tubuh mengalihkan darah dan oksigen dari organ pertahanan nonesensial menuju kelompok otot besar di wilayah kaki dan tangan. Akibatnya, area wajah menjadi pucat. Rasa cemas dan takut menyebabkan rasa nyeri dan membuat kontraksi uterus semakin keras. Kecemasan dan ketakutan memacu keluarnya adrenalin dan menyebabkan serviks kaku dan membuat proses persalinan lebih lambat. Kecemasan dan ketakutan menyebabkan pernapasan tidak teratur, mengurangi asupan sirkulasi oksigen bagi tubuh dan bagi bayi. Akhirnya jantung memompa lebih cepat sehingga tekanan darah semakin tinggi. Stres dan rasa takut ternyata secara fisiologis dapat menyebabkan kontraksi uterus menjadi terasa nyeri dan sakit.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan antara lain:

1) Nyeri

Nyeri persalinan dan stress dapat berdampak pada meningkatnya katekolamin. Katekolamin mengakibatkan berkurangnya aliran darah ke uterus sehingga uterus kekurangan oksigen yang berdampak pada persalinan lama.^{13,20} Ketakutan dan kecemasan dapat menghasilkan ketegangan pada otot dan meningkatkan persepsi nyeri seseorang.²¹

2) Keadaan Fisik

Penyakit yang menyertai ibu dalam kehamilan adalah salah satu faktor yang menyebabkan kecemasan. Seseorang yang menderita suatu penyakit akan mengalami kecemasan dibandingkan dengan orang yang tidak sedang menderita sakit. Seorang ibu hamil dengan suatu penyakit yang menyertai kehamilannya, maka ibu tersebut akan lebih cemas lagi karena kehamilan dan persalinan meskipun dianggap fisiologis, tetapi tetap berisiko terjadi hal-hal psikologis.¹³

3) Riwayat Pemeriksaan Kehamilan

Dalam setiap kunjungan pemeriksaan kehamilan ke petugas kesehatan, selain pemeriksaan fisik, ibu akan mendapatkan informasi/ pendidikan kesehatan tentang perawatan kehamilan yang baik, persiapan menjelang persalinan baik fisik maupun psikis, serta informasi mengenai proses persalinan yang akan dihadapi nanti. Dengan demikian, ibu diharapkan dapat lebih siap dan lebih percaya diri dalam menghadapi proses persalinan. Untuk itu selama hamil hendaknya ibu memeriksakan kehamilannya secara teratur ke petugas kesehatan.¹³

4) Pengetahuan

Kecemasan dapat terjadi pada ibu dengan pengetahuan rendah mengenai proses persalinan, serta hal-hal yang akan dan harus dialami oleh ibu sebagai dampak dari kemajuan persalinan. Hal ini disebabkan karena kurangnya informasi yang diperoleh.¹³

5) Dukungan Lingkungan Sosial (Dukungan Suami)

Kehadiran seorang pendamping persalinan dapat memberikan rasa nyaman, aman, semangat, dukungan emosional dan dapat membesarkan hati ibu. Kehadiran seorang pendamping pada saat persalinan dapat menimbulkan efek positif terhadap hasil persalinan dalam arti dapat menurunkan morbiditas, mengurangi rasa sakit, persalinan yang lebih singkat, dan menurunnya persalinan dengan operasi termasuk bedah sesar.²²

6) Tingkat Pendidikan

Seseorang yang mempunyai pendidikan yang tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional dibandingkan mereka yang berpendidikan lebih rendah atau yang tidak mempunyai pendidikan. Kecemasan adalah respon yang dapat dipelajari. Dengan demikian, pendidikan yang rendah menjadi faktor penunjang terjadinya kecemasan.¹³

h. Penatalaksanaan Asuhan Persalinan

1) Penatalaksanaan Kala I

Tindakan yang dilakukan selama kala I persalinan:²

- a) Menghadirkan orang yang dianggap penting oleh ibu seperti: suami, keluarga pasien, atau teman dekat. Dukungan yang dapat diberikan yaitu mengusap keringat, menemani/ membimbing jalan-jalan (mobilisasi), memberikan minum, merubah posisi, memijat atau menggosok pinggang.
- b) Mengatur aktifitas dan posisi ibu. Ibu diperbolehkan melakukan aktifitas sesuai dengan kesanggupannya.
- c) Posisi sesuai dengan keinginan ibu, namun bila ibu ingin di tempat tidur sebaiknya tidak dianjurkan tidur dalam posisi tengang terlentang lurus.
- d) Membimbing ibu dan untuk rileks sewaktu selesai his. Ibu diminta menarik nafas panjang, tahan napas sebentar, kemudian dilepaskan dengan cara meniup sewaktu his.
- e) Menjaga privasi ibu. Penolong tetap menjaga hak privasi ibu dalam persalinan, antara lain menggunakan penutup atau tirai, tidak menghadirkan orang lain tanpa sepengetahuan dan seizin pasien/ ibu.
- f) Penjelasan tentang kemajuan persalinan. Menjelaskan kemajuan persalinan, perubahan yang terjadi dalam tubuh ibu, serta prosedur yang akan dilaksanakan dan hasil-hasil pemeriksaan.
- g) Menjaga kebersihan diri. Membolehkan ibu untuk mandi, menganjurkan ibu membasuh sekitar kemaluannya sesuai buang air kecil/ besar.
- h) Mengatasi rasa panas. Ibu bersalin biasanya merasa panas dan banyak keringat, dapat diatasi dengan cara menggunakan kipas angin atau AC dalam kamar, menggunakan kipas biasan, menganjurkan ibu untuk mandi.

- i) *Massase*. Jika ibu suka, lakukan pijatan/ *massase* pada punggung atau mengusap perut dengan lembut.
 - j) Pemberian cukup minum. Untuk memenuhi kebutuhan energi dan mencegah dehidrasi.
 - k) Mempertahankan kandung kemih tetap kosong. Sarankan ibu untuk berkemih sesering mungkin.
 - l) Sentuhan. Disesuaikan dengan keinginan ibu, memberikan sentuhan pada salah satu bagian tubuh yang bertujuan untuk mengurangi rasa kesendirian ibu selama proses persalinan.
 - m) Diagnosis kala I yaitu sudah dalam persalinan (inpartu): ada tanda-tanda persalinan (pembukaan serviks >3 cm, his adekuat (teratur, minimal 2 kali dalam 10 menit menit selama 40 detik), lendir darah dari vagina).
- 2) Penatalaksanaan Kala II
- Tindakan yang dilakukan selama kala II persalinan:
- a) Memberikan dukungan terus menerus kepada ibu.
 - b) Menjaga kebersihan diri. Ibu tetap dijaga kebersihannya agar terhindar infeksi, bila ada darah lendir atau cairan ketuban segera dibersihkan.
 - c) Melakukan *massase*. Menambah kenyamanan bagi ibu.
 - d) Memberikan dukungan mental. Untuk mengurangi kecemasan atau ketakutan ibu, dengan cara menjaga privasi, penjelasan tentang proses dan kemajuan persalinan, penjelasan tentang prosedur yang akan dilakukan dan keterlibatan ibu.
 - e) Mengatur posisi ibu. Dalam memimpin mendedan dapat dipilih posisi jongkok, menungging, tidur miring, setengah duduk, posisi tegak ada kaitannya dengan berkurangnya rasa nyeri, mudah mendedan, kurangnya trauma *vagina* dan *perineum* dan infeksi.

- f) Menjaga kandung kemih tetap kosong. Ibu dianjurkan untuk berkemih sesering mungkin. Kandung kemih yang penuh dapat menghalangi turunnya kepala ke dalam rongga kepala.
- g) Memberi cukup minum. Memberi tenaga dan mencegah dehidrasi.
- h) Memimpin mendedan. Ibu dipimpin mendedan selama his, anjurkan kepada ibu untuk mengambil nafas. Mendedan tanpa diselingi bernafas, kemungkinan dapat menurunkan pH pada *arteri umbilicus* yang dapat menyebabkan denyut jantung tidak normal dan nilai *APGAR* rendah.
- i) Bernafas selama persalinan. Minta ibu untuk bernafas selagi kontraksi untuk memastikan janin tidak mengalami bradikardi ($DJJ < 120$ x/ menit). Selama mendedan yang lama, akan terjadi pengurangan aliran darah dan oksigen ke janin.
- j) Melahirkan bayi.
 - (1) Menolong kelahiran bayi.

Letakkan satu tangan ke kepala bayi agar *defleksi* tidak terlalu cepat. Menahan *perineum* dengan satu tangan lainnya bila diperlukan. Mengusap muka bayi untuk membersihkan dari kotoran lendir/darah.
 - (2) Periksa tali pusat.

Bila lilitan tali pusat terlalu ketat, diklem pada dua tempat kemudian digunting di antara kedua klem tersebut, sambil melindungi leher bayi.
 - (3) Melahirkan bahu dan anggota seluruhnya.

Persiapan melahirkan bahu bayi setelah kepala bayi keluar dan terjadi putaran paksi luar. Posisikan kedua tangan biparietal atau di sisi kanan dan kiri kepala bayi. Gerakkan kepala secara perlahan ke arah bawah hingga bahu anterior tampak pada arkus pubis. Gerakkan kepala

ke arah atas untuk melahirkan bahu posterior. Pindahkan tangan kanan ke arah perineum untuk menyanggah bayi bagian kepala, lengan, dan siku sebelah posterior, sedangkan tangan kiri memegang lengan dan siku sebelah anterior. Pindahkan tangan kiri menelusuri punggung dan bokong, dan kedua tungkai kaki saat dilahirkan.^{15,16,17,18,23}

k) Bayi dikeringkan dan dihangatkan dari kepala sampai kaki untuk mencegah hipotermi.

l) Menilai dan merangsang bayi

Menilai apakah bayi baru lahir dalam keadaan normal (menangis spontan, kulit kemerahan dan tonus otot baik), jika tidak rawat bayi segera. Bayi normal, tidak ada tanda-tanda kesulitan pernafasan, *APGAR* >7 pada menit ke-5. Bayi dengan penyulit, seperti berat badan kurang, *asfiksia*, *Apgar score* rendah, cacat lahir pada kaki.

3) Penatalaksanaan Kala III

Melakukan manajemen aktif pada kala III persalinan yaitu pemberian suntikan Oksitosin 10 IU dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, melakukan Peregangan Tali pusat Terkendali (PTT), dan *massase fundus uteri* segera setelah plasenta lahir. Langkah-langkahnya yaitu:

- a) Memeriksa adakah bayi kedua.
- b) Menyuntikkan oksitosin intramuskular pada lateral paha ibu, atau intravena bila sudah terpasang infus.
- c) Memasang klem tali pusat 3 cm dari umbilikus bayi, lalu tali pusat ditekan dan didorong ke arah distal atau ke sisi plasenta, dan pasang klem tali pusat ke-2 sekitar 2 cm dari klem pertama.
- d) Menggantung tali pusat di antara kedua klem, hati-hati dengan perut bayi.

- e) Bayi segera diletakkan di dada ibu untuk Inisiasi Menyusu Dini (IMD).
 - f) Melakukan Peregangan Tali pusat Terkendali (PTT) saat uterus berkontraksi untuk mengeluarkan plasenta.
 - g) Cara peregangan tali pusat adalah satu tangan membawa klem ke arah bawah, sedangkan tangan lainnya memegang uterus sambil didorong ke arah *dorso cranial*.
 - h) Jika tali pusat bertambah panjang maka pindahkan klem hingga jarak 5-10 cm dari vulva ibu, lakukan peregangan tali pusat berulang dengan perlahan hingga plasenta lahir spontan.
 - i) Jika dalam 30 menit plasenta tidak lahir spontan, atau terjadi retensio plasenta, maka lakukan manual plasenta.
 - j) Melakukan *masase fundus uteri* segera setelah seluruh plasenta lahir. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik, maka dilakukan penatalaksanaan atonia uteri.
 - k) Melakukan pemeriksaan plasenta dan selaputnya untuk memastikan keduanya lengkap dan utuh. ^{15,16,17,18,24}
- 4) Penanganan Kala IV
- a) Pemeriksaan fundus setelah 1-2 menit untuk memastikan uterus berkontraksi. Jika uterus masih belum berkontraksi baik, ulangi masase fundus uteri.
 - b) Nutrisi dan dehidrasi. Anjurkan ibu dan kenakan pakaian ibu yang bersih dan kering.
 - c) Istirahat. Biarkan ibu beristirahat, ia telah bekerja keras melahirkan bayinya. Bahu ibu pada posisi yang nyaman.
 - d) Peningkatan hubungan ibu dan bayi. Biarkan bayi berada pada ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi, sebagai permulaan dengan menyusui bayi.

- e) Memulai menyusui. Bayi sangat siap segera setelah kelahiran. Hal ini sangat tepat untuk memulai memberikan ASI. Menyusui juga membantu uterus berkontraksi.
 - f) Menolong ibu ke kamar mandi. Jika ibu perlu ke kamar mandi, ibu boleh bangun, pastikan ibu dibantu dan selamat karena ibu masih dalam keadaan lemah atau pusing setelah persalinan. Pastikan ibu sudah buang air kecil dalam 3 jam postpartum.
 - g) Mengajari ibu dan anggota keluarga tanda-tanda bahaya bagi ibu dan bayi.
- i. Kewenangan Bidan
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, ayat 19, yaitu:²⁵
- 1) Bidan berwenang melakukan episiotomi;
 - 2) Pertolongan persalinan normal;
 - 3) Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II; dan
 - 4) Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan;

3. Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Tanda-tanda bayi lahir sehat yaitu berat badan bayi 2500-4000 gram, umur kehamilan 37-40 mg, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, mengisap ASI dengan baik dan tidak ada cacat bawaan.

b. Fisiologi Bayi Baru Lahir

Ciri-ciri bayi normal yaitu:²⁶ lahir aterm antara 37-42 minggu, berat badan 2.500-4.000 gram, panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar kepala 33-35, lingkar lengan 11-12 cm, frekuensi denyut jantung 120-160x/menit, pernapasan 40-60x/menit, kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup, rambut lanuga tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai APGAR >7, gerak

aktif, bayi lahir langsung menangis kuat, refleks rooting, refleks sucking, refleks moro, refleks grasping sudah baik. Genitalia laki-laki kematangan di tandai dengan testis yang berda pada skrotum dan pesis yang berlubang, perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora. Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan.

c. Tanda bahaya bayi baru lahir²⁷

- 1) Sulit bernapas atau lebih dari 60 kali/ menit
- 2) Suhu terlalu tinggi (>38 °C) atau terlalu dingin (<36 °C)
- 3) Kulit bayi kuning (terutama 24 jam pertama), biru, pucat atau memar.
- 4) Hisapan saat menyusui lemah, rewel, sering muntah.
- 5) Tali pusat memerah, bengkak, keluar cairan dan berdarah.
- 6) Tanda-tanda infeksi seperti suhu tubuh meningkat, merah, bengkak, bau busuk, keluar cairan dan pernapasan sulit.
- 7) Tidak BAB dalam 3 hari, tidak BAK dalam 24 jam, tinja lembek/ encer, berwarna hijau tua ada lendir atau darah.
- 8) Menggigil, rewel, lemas, mengantuk, kejang, dan menangis terus-menerus.

d. *APGAR Score*

Merupakan alat untuk mengkaji kondisi bayi sesaat setelah lahir, meliputi 5 *variabel* (pernafasan, frekuensi jantung, warna, tonus otot dan *irritabilitas reflek*). Penilaian ini dilakukan pada 1 menit pertama kelahiran untuk memberi kesempatan pada bayi untuk memulai perubahan, menit ke-5 dan menit ke-10.

Tabel 4. APGAR Skor²⁶

Kriteria	Nilai		
	0	1	2
<i>Appearance</i> Warna kulit	Seluruh tubuh biru	Tubuh kemerahan, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan

<i>Pulse</i> Denyut jantung	Tidak ada	<100 x/ menit	>100 x/ menit
<i>Grimace</i> Reflek	Tidak ada respon	Ekstremitas sedikit fleksi	Reflek baik
<i>Activity</i> Aktivitas otot	Tidak ada	Bergerak namun lemah	Bergerak aktif
<i>Respiration</i> Usaha bernafas	Tidak ada	Menangis lemah disertai rintihan	Menangis Kuat

e. Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir

Asuhan yang diberikan kepada bayi segera setelah lahir adalah asuhan yang segera, aman, dan bersih.

Komponen asuhan yang diberikan adalah:²⁸

1) Pencegahan Infeksi

Cuci tangan sebelum dan sesudah bersentuhan dengan bayi, pakai sarung tangan bayi saat menangani bayi, pastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan telah di Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) atau sterilisasi, pastikan semua pakaian, handuk, selimut, dan kain yang digunakan untuk bayi sudah dalam keadaan bersih.

2) Penilaian Bayi Baru Lahir

Segera lakukan penilaian awal dengan menjawab 4 pertanyaan: (1) Apakah bayi cukup bulan?; (2) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium?; (3) Apakah bayi menangis atau bernafas?; (4) Apakah tonus otot bayi baik? Jika ada salah satu pertanyaan dengan jawaban tidak, maka lakukan langkah resusitasi.

3) Perawatan Tali Pusat

Perawatan tali pusat terbuka tanpa alkohol ataupun betadin lebih mudah lepas dan mencegah infeksi daripada perawatan dengan antiseptik.

4) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Langkah Inisiasi Menyusu Dini (IMD):

- a) Bayi harus mendapatkan kontak kulit dengan kulit ibunya segera setelah lahir selama paling sedikit satu jam.
 - b) Bayi harus menggunakan naluri alamiahnya untuk melakukan inisiasi menyusui dini dan ibu dapat mengenali bayinya siap untuk menyusui serta memberi bantuan jika diperlukan.
 - c) Menunda semua prosedur lainnya yang harus dilakukan kepada bayi baru lahir hingga inisiasi menyusui selesai dilakukan.
 - d) ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berumur 0-6 bulan.
- 5) Pengaturan Suhu
- Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relatif hangat. Jaga kontak kulit antara ibu dan bayi serta tutupi kepala bayi dengan topi.
- 6) Pencegahan Infeksi Mata
- Pemberian obat mata di anjurkan untuk pencegahan penyakit mata karena *Klamidia* (penyakit menular seksual) dan diberikan 1 jam setelah persalinan. Pelindung mata terbaik terhadap *Gonore* dan *Klamidia* ialah salep *oxytetracycline* 1%, yang menyebar dari kantung dalam ke kantung luar mata. Irigasi mata setelah pemberian salep *oxytetracycline* tidak perlu dilakukan.
- 7) Pencegahan Perdarahan
- Semua bayi baru lahir harus diberikan vitamin K1 injeksi intramuskular setelah satu jam kelahiran. Dosis pemberian vitamin untuk bayi baru lahir sediaan ampul 10 mg dosisnya yaitu 1 mg atau 0,1 cc dengan berat badan lebih dari 2,5 kg.
- 8) Pemberian Vaksin Hepatitis B

Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Semua bayi harus mendapatkan dosis pertama vaksin hepatitis B segera setelah lahir dan sebelum dipulangkan dari rumah sakit.

9) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Bayi Baru Lahir dilakukan pada saat:

- a) Bayi berada di klinik (dalam 24 jam)
- b) Kunjungan tindak lanjut (KN), yaitu 1 kali pada umur 6-48 jam, 1 kali pada umur 3-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari.

4. Nifas

a. Definisi Masa Nifas

Masa nifas (puerperium) adalah mulai partus selesai dan berakhir setelah kira-kira 6 minggu. Akan tetapi, seluruh alat genitalia baru pulih kembali seperti sebelum ada kehamilan dalam waktu 3 bulan.²

b. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Tujuan asuhan masa nifas yaitu:²⁹

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologi.
- 2) Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah secara dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi baik pada ibu maupun bayinya.
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan pada ibu yang berkaitan dengan perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi pada bayi, dan perawatan bayi sehat.
- 4) Memberikan pelayanan KB
- 5) Memberikan kesehatan emosional pada ibu.

c. Tahapan Masa Nifas

Menurut Sri Astuti, masa nifas terbagi dalam 3 tahap, yaitu: ³⁰

1) Tahap *Immediate Puerperium*/ Puerperium Dini

Puerperium dini adalah keadaan yang terjadi segera setelah persalinan sampai 24 jam sesudah persalinan (0-24 jam sesudah melahirkan). Kepulihan yang ditandai dengan ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Pada masa ini sering terjadi masalah, misalnya perdarahan karena atonia uteri.

2) Tahap *Early Puerperium*/ *Intermediate Puerperium* (1-7 hari)

Early Puerperium adalah keadaan yang terjadi pada permulaan puerperium. Waktu 1 hari sesudah melahirkan sampai 7 hari (1 minggu pertama). Pada fase ini seorang bidan harus dapat memastikan involusi uteri (proses pengecilan rahim) dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, *lochea* tidak berbau busuk, tidak demam, ibu mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3) Tahap *Late Puerperium*/ *Remote Puerperium*

Late Puerperium adalah 6 minggu sesudah melahirkan, pada periode ini seorang bidan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan secara berkala serta konseling KB.

d. Fisiologi Masa Nifas

Dalam masa nifas, alat-alat genitalia interna maupun eksterna akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan-perubahan alat-alat genitalia ini dalam keseluruhannya disebut *involusi*. Adaptasi perubahan fisik masa nifas,³¹ yaitu:

1) Involusi uterus

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil.

Tabel 5. Perubahan Normal Uterus Selama Postpartum

Involusio uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 Gram

Plasenta lahir	Dua jari dibawah pusat	750 Gram
1 minggu	Pertengahan pusat dan simpisis	500 Gram
2 minggu	tak teraba	350 Gram
6 minggu	Berukuran normal seperti semula	50 Gram

Sumber: Prawirohardjo (2014)

2) *Lochea*

Akibat *involusio uteri*, lapisan *desidua* yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Pencampuran antara desidua dan darah inilah yang di namakan *lochea*. Jenis-jenis lochia:

a) *Lochea Rubra*

Berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel *desidua*, *vernix caseosa*, *lanugo* dan *mekonium*, selama dua hari pascapersalinan.

b) *Lochea Sanguinolenta*

Berwarna merah kuning berisi darah dan lendir, hari ke-3 sampai ke-7 pascapersalinan.

c) *Lochea Serosa*

Berwarna kuning, cairan tidak berubah, pada hari ke-7 sampai ke-14 pascapersalinan.

d) *Lochea Alba*

Cairan putih setelah 2 minggu.

e) *Lochea Purulenta*

Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah dan berbau busuk.

Tabel 6. Perubahan Lochea

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir

Serosa	7-14 hari	Kekuningan/ Kecoklatan	Lendir bercampur darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta.
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati
Lochia purulenta			Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk
Lochiastasis			Tidak lancar keluarnya

Sumber: Anggarini (2010)

3) Ligamen-ligamen

Ligamen, fasia dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan setelah bayi lahir secara berangsur-angsur menjadi menciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena ligamentum menjadi kendur.

4) Vulva, vagina dan perineum

Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan sebelum saat persalinan pertama. Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Kondisi vagina setelah persalinan akan tetap terbuka lebar, ada kecenderungan vagina mengalami bengkak dan memar serta nampak ada celah antara introitus vagina.

5) Serviks

Pada akhir minggu pertama, ostium uteri telah menyempit, serviks menebal dan kanalis servikalis kembali terbentuk. Meskipun proses involusi uterus telah selesai, OUE tidak dapat kembali pada bentuknya semula saat nullipara.³²

6) Sistem pencernaan

Pasca melahirkan, kadar progesteron menurun dan faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal. Biasanya ibu mengalami obstipasi setelah persalinan. Selain itu hal ini disebabkan pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong,

pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, haemoroid, laserasi jalan lahir.

7) Sistem perkemihan

Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air saat kehamilan.

8) Sistem Hematologi

Jumlah hemoglobin dan hematokrit serta eritrosit akan bervariasi pada awal masa nifas sebagai akibat dari volume darah, volume plasma, dan volume sel darah yang berubah-ubah.

9) Sistem Kardiovaskular

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Bila kelahiran melalui *sectio caesarea*, maka kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah (*blood volume*) dan hematokrit (*haemoconcentration*). Bila persalinan pervaginam, hematokrit akan naik dan pada *section caesaria* hematokrit cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu.

10) Sistem Musculoskeletal

Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusya serat-serat elastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu. Pemulihan dibantu dengan latihan.

11) Sistem endokrin

a) *Human Chorionic Gonadotropin* (HCG)

HCG menurun dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 postpartum dan sebagai onset pemenuhan *mammae* pada hari ke-3 postpartum.³³

b) Hormon *pituitary*

Prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu.

12) Payudara

Perubahan pada payudara dapat meliputi :

- a) Penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan hormon prolaktin setelah persalinan.
- b) Kolostrum sudah ada saat persalinan, produksi ASI terjadi pada hari ke-2 atau hari ke-3 setelah persalinan.
- c) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi.

13) Pembentukan air susu

Ada dua refleks dalam pembentukan air susu ibu yaitu :

a) Refleks prolaktin

Saat bayi menyusui, isapan bayi akan merangsang ujung-ujung saraf sensoris yang sebagai reseptor mekanik. Rangsangan dilanjutkan kehipotalamus melalui medulla spinalis hipotalamus akan menekan pengeluaran faktor-faktor yang menghambat sekresi prolaktin dan sebaliknya merangsang pengeluaran faktor-faktor yang memicu sekresi prolaktin.

b) Refleks *letdown*

Bersama dengan pembentukan prolaktin oleh hipofise anterior, rangsangan yang bersal dari isapan bayi ada yang dilanjutkan ke hipofise posterior (*neurohipofise*) yang kemudian dikeluarkan oksitosin.

Faktor-faktor yang mempengaruhi peningkatan dan penghambat refleks *let down*:³⁴

- (1) Peningkatan refleksi *let down* yaitu melihat bayi, mendengarkan bayi, mencium bayi, memikirkan untuk menyusui bayi.
- (2) Penghambat refleksi *let down* yaitu keadaan bingung/ pikiran kacau, takut, cemas

e. Kebutuhan Dasar Ibu pada Masa Nifas

Menurut Ari Sulistyawati, beberapa kebutuhan ibu nifas yang harus dipenuhi:³⁵

1) Kebutuhan gizi ibu menyusui

Sebanyak 800 kkal tambahan makanan untuk memproduksi ASI dan sebagai energi untuk aktivitas ibu sendiri. Pemenuhan gizi tersebut antara lain mengkonsumsi tambahan kalori sebanyak 500 kkal per hari, diet berimbang cukup protein, mineral, dan vitamin. Minum minimal 3 liter/ hari terutama setelah menyusui, mengkonsumsi tablet zat besi selama nifas, serta minum kapsul vitamin A 200 unit.

2) Ambulansi dini

Keuntungan ambulansi dini antara lain ibu akan merasa lebih sehat dan kuat, faal usus dan kandung kemih menjadi lebih baik, serta memungkinkan bidan untuk memberi bimbingan kepada ibu mengenai cara merawat bayi.

3) Istirahat

Kebutuhan istirahat bagi ibu menyusui minimal 8 jam sehari, dipenuhi melalui istirahat malam dan siang. Kurang istirahat akan menyebabkan beberapa kerugian, misalnya:

- a) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi
- b) Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan
- c) Menyebabkan depresi dan ketidaknyamanan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

4) Perawatan payudara

Perawatan payudara telah dimulai sejak wanita hamil. Hal ini bertujuan supaya puting susu lemas, tidak keras dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya. Semakin sering bayi menyusui dan semakin kuat daya hisapnya, payudara akan memproduksi ASI lebih banyak.

5) Asi perah pada ibu pekerja

a) Pengertian

ASI perah adalah ASI yang diperah oleh ibu dan disimpan untuk diberikan kepada bayinya selama ibu bekerja diluar rumah. ASI dapat diperah dengan tangan, pompa ASI manual, ataupun pompa ASI elektrik. Memerah dengan tangan yang dikenal dengan teknik Mermet lebih dianjurkan karena lebih mudah dan tidak memerlukan banyak peralatan.

b) Waktu memerah ASI

ASI diperah secara rutin minimal setiap 2-3 jam dan tidak menunggu payudara terasa penuh. Akan lebih sulit untuk memerah ASI jika payudara sudah bengkak dan terasa nyeri serta akan menyebabkan penurunan produksi ASI.

c) Menyiapkan perlengkapan

Gelas/cangkir untuk menampung ASI perah, botol untuk penyimpanan ASI yang sudah diperah, label atau spidol, lemari pendingin (refrigator) jika tidak ada bisa menggunakan Cooler box/termos yang diberi es batu dan ice pack, jika diperlukan memerah dapat menggunakan pompa ASI.

d) Persiapan sebelum memerah ASI

(1) Melakukan sterilisasi wadah ASI

Caranya dengan memasukan air mendidih ke dalam wadah tersebut, lalu dibiarkan selama beberapa menit kemudian airnya dibuang.

- (2) Menyiapkan lap atau tisu yang bersih dan mencuci tangan sampai bersih, dengan menggunakan sabun
 - (3) Kondisi ibu harus tenang dan santai, caranya duduk dengan nyaman pikirkan bayi atau dengarkan rekaman suara atau foto bayi.
 - (4) Bila memungkinkan payudara dapat dikompres lebih dulu dengan lap yang telah dibasahi air hangat dan melakukan pemijatan ringan pada sekeliling payudara.
- e) Cara menyimpan ASI perah di tempat kerja
- (1) Tempat penyimpanan ASI perah disarankan menggunakan botol kaca, karena lemak dalam ASI tidak akan banyak menempel. Selain itu, botol kaca juga relatif murah dan bisa digunakan berulang kali. Wadah penyimpan ASI yang dianjurkan adalah botol kaca khusus ASI, tetapi penggunaan plastik khusus ASI juga diperbolehkan. Perhatikan apakah wadah tersebut bebas bisphenol A (BPA Free).
 - (2) Bila ASI perah disimpan dalam botol kaca, hendaknya botol jangan diisi terlalu penuh hal ini dapat menyebabkan botol pecah saat disimpan dalam freezer. Sisakan 1,5 cm ruangan kosong pada wadah penyimpan ASI, karena ASI mengembang saat didinginkan.
 - (3) Pastikan botol yang akan digunakan menyimpan ASI perah sudah dicuci bersih dengan sabun dan sudah dibilas air panas/disteriskan.
 - (4) Simpan ASI perah ke dalam botol steril tutup rapat dan jangan sampai ada celah yang terbuka. Botol diberi label berupa jam, tanggal pemerahan, dan nama untuk membedakan ASI perah milik pekerja lainnya.

- (5) ASI perah harus disimpan dalam lemari pendingin. Pisahkan ASI perah dengan bahan makanan lain yang tersimpan dalam lemari pendingin.
 - (6) Cara membawa ASI perah dari tempat kerja ke rumah. Pastikan tutup botol tertutup rapat. ASI perah dimasukkan ke dalam termos yang sudah diisi es batu sesuai dengan jumlah botol ASI yang sudah diperah.
 - (7) Pastikan bahwa botol bersentuhan langsung dengan es batu.
- f) Cara penyimpanan ASI perah setelah sampai di rumah.
- (1) Dalam lemari pendingin selama 1 jam sebelum dimasukkan ke dalam freezer.
 - (2) Bila ASI perah melimpah, untuk jangka panjang sebaiknya sebagian disimpan dalam freezer dan sebagian disimpan dalam lemari pendingin untuk jangka pendek.
 - (3) ASI perah disimpan di bagian dalam freezer atau lemari pendingin, bukan di dekat pintu agar tidak mengalami perubahan dan variasi suhu.
 - (4) Jika lemari es sering dibuka, kemungkinan suhu pada lemari es akan meningkat. Pengecekan suhu lemari es dengan termometer sangat dianjurkan untuk menjaga suhu ASI agar tetap aman dikonsumsi.

Tabel 7. Penyimpanan ASI perah

Tempat penyimpanan	Temperatur	Lama Penyimpanan
Dalam ruangan (ASI segar)	19° sampai 26°C	Maksimum 4 jam (ideal) di ruangan tanpa AC dan 6 jam di ruangan ber AC.
Di ruangan (ASIP beku yang dicairkan atau ASIP dingin)	19° sampai 26°C	Maksimum 4 jam
Di kulkas (ASI segar)	< 4° C	2 – 3 hari
Di kulkas (ASIP beku yang dicairkan)	< 4° C	24 jam
Di freezer (lemari es 1 pintu)	0 sampai -18°	Maksimal 2 minggu
Di freezer (lemari es 2 pintu, disimpan di dalam freezer bukan di rak pintu)	-18° sampai -20°C	3 – 4 bulan
Di "deep" freezer	Suhu stabil di -20°C atau kurang	6 – 12 bulan

6) Senam nifas

Untuk mencapai hasil pemulihan otot yang maksimal dan ibu merasa lebih rileks, mengurangi rasa kecemasan, dan lebih segar. Sebaiknya latihan masa nifas dilakukan seawal mungkin dengan catatan ibu menjalani persalinan normal dan tidak ada penyulit.

b. Adaptasi Psikologis Masa Nifas

1) Perubahan emosi normal pada masa nifas

Pada masa nifas, selain perubahan fisik juga terdapat perubahan psikologis, antara lain:³⁶ perubahan emosi yang tidak konsisten, kadang bahagia kadang sedih, ungkapan perasaan lega setelah melahirkan, baik normal maupun operasi, perasaan tidak ingin jauh dari bayinya dan ingin merawat bersama pasangan, ketakutan terkait peran baru sebagai ibu, merasa lelah.

2) Fase perubahan psikologi ibu nifas setelah melahirkan. Ibu akan melewati tiga fase:^{37,36}a) *Taking-in*

Fase bergantung atau *taking-in* terjadi pada 1-2 hari setelah melahirkan dimana ibu lebih fokus dengan kondisinya. Ibu sangat tertarik menceritakan pengalaman melahirkan. Ibu

dapat bertingkah pasif dan bergantung kepada orang lain dalam hal istirahat, makan dan informasi tentang bayinya, bukan cara merawat bayi. Tingkah laku ini dapat diobservasi pada jam-jam pertama kelahiran.^{37,36} Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi.

b) *Taking-hold*

Pada waktu ini berlangsung selama 3-10 hari dimana ibu menginginkan keadaannya cepat pulih seperti keadaan sebelum melahirkan, meskipun dirinya masih merasakan kelelahan karena perubahan hormonal. Mulai fokus dengan kondisi bayinya. Adanya dukungan sangat berpengaruh besar untuk ibu dan keluarga. Jika terdapat stresor yang minim dukungan maka dengan mudah dapat timbul perasaan pesimis.^{37,36}

c) Fase *Letting-go*

Fase ini terjadi setelah 10 hari setelah melahirkan dimana ibu dan pasangan mulai beradaptasi dalam berperan sebagai orang tua baru. Kebutuhan akan istirahat masih diperlukan ibu untuk menjaga kondisi fisiknya. Dimulainya hubungan keintiman seksual, kebanyakan pada minggu ketiga atau keempat setelah melahirkan. Depresi paska melahirkan umumnya terjadi pada fase ini.^{37,36}

c. Program Pelayanan Nifas

Menurut Kemenkes RI, pelayanan kesehatan ibu masa nifas dilakukan paling sedikit empat kali yaitu pada 6 jam - 2 hari, 3-7 hari, 8-28 hari dan 29-42 hari.¹⁰ Kunjungan ini bertujuan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir juga untuk mencegah, mendeteksi, serta menangani masalah-masalah yang terjadi, antara lain:

- 1) Kunjungan pertama, dilakukan 6 jam - 2 hari setelah persalinan.
Tujuan kunjungan pertama adalah:
 - a) Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri.
 - b) Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut.
 - c) Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan oleh atonia uteri.
 - d) Pemberian ASI awal.
 - e) Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
 - f) Menjaga bayi tetap sehat dengan mencegah terjadinya hipotermi.
 - g) Bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan stabil.
- 2) Kunjungan kedua dilakukan hari ke 3-7 setelah persalinan.
Tujuan kunjungan kedua adalah:
 - a) Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal.
 - b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan
 - c) Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan
 - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda kesulitan menyusui.
 - e) Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.
- 3) Kunjungan ketiga dilakukan hari ke 8-28 setelah persalinan.
Tujuan kunjungan ketiga sama dengan kunjungan kedua.
- 4) Kunjungan keempat dilakukan hari ke 29-42 setelah persalinan.
Tujuan kunjungan keempat adalah:

a) Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.

b) Memberikan konseling KB secara dini.

d. Kewenangan Bidan

Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, bidan memiliki kewenangan untuk memberikan pelayanan kesehatan ibu pada masa nifas dan masa menyusui berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan pasal 19, yaitu:²⁵

- 1) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan;
- 2) Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas;
- 3) Fasilitasi/ bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif; dan
- 4) Penyuluhan dan konseling.

2. Keluarga Berencana

a. Pengertian Kontrasepsi

Menurut Rusmini dkk. (2017), kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma tersebut.³⁸

b. Tujuan Kontrasepsi

- 1) Fase menunda/ mencegah kehamilan, dimana pada fase menunda ini ditujukan pada pasangan usia subur dengan istri kurang dari 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilannya.
- 2) Fase menjarangkan kehamilan, dimana pada periode usia istri antara 20-35 tahun merupakan periode usia paling baik untuk melahirkan dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kehamilan 2-4 tahun, ini dikenal dengan catur warga.
- 3) Fase menghentikan/ mengakhiri kehamilan/ kesuburan, dimana periode ini umur istri diatas 30 tahun terutama 35 tahun sebaiknya mengakhiri kesuburan setelah mempunyai 2 orang anak.³⁹

c. Efektifitas Kontrasepsi

Efektifitas kontrasepsi yang digunakan bergantung pada kesesuaian pengguna dengan intruksi. Perbedaan keberhasilan juga tergantung pada tipikal penggunaan (yang terkadang tidak konsisten) dan penggunaan sempurna yang mengikuti semua intruksi dengan benar dan tepat.⁴⁰

d. Faktor-faktor yang Berperan dalam Pemilihan Kontrasepsi

Menurut Proverawati (2010), faktor yang berperan dalam pemilihan kontrasepsi adalah:⁴¹

- 1) Faktor pasangan dan motivasi : umur, gaya hidup, frekuensi senggama, jumlah keluarga yang diinginkan, pengalaman dengan metode kontrasepsi yang lalu.
- 2) Faktor kesehatan : status kesehatan, riwayat haid, riwayat keluarga, pemeriksaan fisik dan panggul
- 3) Faktor metode kontrasepsi : efektifitas, efek samping, biaya.

e. Jenis-jenis Kontrasepsi

Jenis-jenis metode kontrasepsi antara lain:

1) Metode Alamiah

a) Senggama terputus (*Coitus Interruptus*)

Senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminya dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina dan kehamilan dapat dicegah.⁴²

b) Pantang berkala

Prinsip pantang berkala ialah tidak melakukan senggama pada masa subur istri, untuk menentukan masa subur istri dipakai 3 patokan yaitu ovulasi terjadi 14 kurang 2 hari sebelum haid yang akan datang, sperma dapat hidup dan membuahi dalam 48 jam setelah ejakulasi, ovum dapat hidup 24 jam setelah ovulasi. Jadi jika konsepsi ingin dicegah, koitus harus dihindari sekurang-kurangnya selama 3 hari (72

jam) yaitu 48 jam sebelum ovulasi dan 24 jam sesudah ovulasi terjadi.⁴²

c) Metode suhu basal

Menjelang ovulasi suhu basal tubuh akan turun dan kurang lebih 24 jam setelah ovulasi suhu basal akan naik lagi sampai lebih tinggi dari pada suhu sebelum ovulasi. Suhu basal dapat meningkat sebesar 0,2-0,5°C ketika ovulasi.⁴³

d) Metode lendir serviks/ *Metode Ovulasi Billings* (MOB)

Lendir kental, keruh, kekuningan dan lengket jika direntangkan di antara kedua jari akan putus menunjukkan masa tidak subur. Saat lendir serviks menjadi basah, jernih, licin dan elastis, apabila dipegang di antara dua jari, lendir dapat diregangkan dengan mudah tanpa terputus menunjukkan masa subur (pantang bersenggama). Namun, selama hari-hari kering (tidak ada lendir) setelah menstruasi, senggama tergolong aman pada dua hari setelah menstruasi.⁴⁴

e) Metode *Amenorhea* Laktasi (MAL)

Metode kontrasepsi sementara yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa tambahan makanan dan minuman lainnya.⁴⁵

2) Metode *Barrier*

a. Kondom Pria

Menurut Purwoastuti, kondom adalah jenis alat kontrasepsi yang digunakan untuk mencegah kehamilan dan infeksi penyakit kelamin dengan cara menghentikan sperma untuk masuk kedalam vagina.⁴⁵

b. Kondom Wanita

Kondom wanita merupakan plastik *polyuterhane* yang lentur berbentuk tabung dengan panjang kira-kira 15 cm dan

diameter 7 cm, salah satu ujungnya tertutup, ujung bawah yang terbuka dilingkari cincin lunak yang ditempatkan pada vagina.³⁹

c. Diafragma

Diafragma adalah kap berbentuk bulat cembung terbuat dari karet yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum melakukan hubungan seksual dan menutup serviks.

d. Spermisida

Spermisida adalah bahan kimia (biasanya *non oksinol-9*) digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma. Dikemas dalam bentuk aerosol (busa), tablet vagina, *suppositoria* atau *dissolvable film* dan krim.⁴⁶

3) Metode Kontrasepsi Hormonal

Berdasarkan jenis dan cara pemakaiannya dikenal 3 macam kontrasepsi hormonal yaitu kontrasepsi Oral (Pil), suntikan, dan kontrasepsi implant.⁴⁶

1) Kontrasepsi Oral (Pil)

Pil kontrasepsi bekerja dengan cara mencegah terjadinya ovulasi dan mencegah terjadinya penebalan dinding rahim.

Jenis-jenis kontrasepsi oral yang beredar terbagi dua:

(a) Pil KB kombinasi berisi dua hormon yaitu estrogen dan progesteron. Jenis-jenis pil kombinasi antara lain monofasik, bifasik, trifasik.⁴⁶

(b) Pil KB progesteron mengandung progesteron. Pil ini dipersiapkan untuk ibu yang sedang menyusui.⁴⁶

2) Kontrasepsi Suntikan

Jenis-jenis kontrasepsi suntik yang sering digunakan di Indonesia antara lain:

(a) Suntikan 1 bulan yang berisi hormon estrogen dan progesteron. Jenis suntik kombinasi ini mengandung 25 mg *Depo Medroksi progesteron Asetat* dan 5 mg

Estradiol Sipionat yang diberikan secara injeksi I.M (*intramuskular*) sebulan sekali, dan 50 mg noretindron Enantat dan 5 mg *Estradiol valerat* yang diberikan injeksi IM (*intramuskular*) sebulan sekali. Contohnya *cyclofem*.

- (b) Suntikan 3 bulan yang berisi hormon progesteron, contohnya *depo provera*, *depo progestin*.⁴⁷ Tersedia 2 jenis kontrasepsi yang mengandung progestin yaitu *Depo Medroksiprogesteron Asetat* (DMPA), mengandung 150 mg DMPA yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik IM (*intramuskular*) dan *Depo noretisteron Enanta* (*Depo noristeran*), yang mengandung 200 mg *noretindron Enantan*, diberikan setiap 2 bulan dengan cara suntik IM (*intramuskular*).⁴⁶

3) Implant

- a) Norplant terdiri dari 6 batang silastik lembut berrongga dengan panjang 3,4 cm, diameter 2,4 mm, berisi 36 mg *levonogestrel* dengan lama kerja lima tahun.
- b) Jadena dan indoplant, terdiri dari dua batang silastik lembut berongga dengan panjang 4,3 cm berdiameter 2,5 mm, berisi 75 mg *levonogestrel* dengan lama kerja 3 tahun.
- c) Implanon, terdiri dari satu batang silastik lembut dengan berongga dengan panjang kira-kira 4,0 cm diameter 2 mm, berisi 68 mg *ketodesogestrel* dengan lama kerja 3 tahun.⁴²

4) Kontrasepsi Non Hormonal

AKDR adalah alat kontrasepsi yang dimasukkan didalam rahim untuk menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi.⁴⁶

5) Metode Mantap

a) Tubektomi

Tubektomi adalah prosedur bedah sukarela untuk menghentikan fertilitas (kesuburan) seorang perempuan secara permanen dengan mengokulasi tuba fallopi mengikat dan memotong atau memasang cincin sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.

b) Vasektomi

Vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan okulasi *vas deference* sehingga alat transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi.³⁹

f. Pemilihan Kontrasepsi pada klien menyusui

Menurut Pinem, pemilihan kontrasepsi pada klien yang menyusui:⁴⁸

- 1) Tidak memerlukan kontrasepsi pada 6 minggu pascapersalinan, bahkan pada klien yang menggunakan Metode Amenorea Laktasi (MAL) waktu tersebut dapat sampai 6 bulan.
- 2) Kontrasepsi kombinasi (merupakan pilihan terakhir):
 - a) Jangan dipakai sebelum 6-8 minggu pasca persalinan karena akan mengurangi ASI dan mempengaruhi tumbuh kembang bayi.
 - b) Sebaiknya tidak dipakai dalam waktu 6 minggu sampai dengan 6 bulan pascapersalinan. Selama 3 minggu pascapersalinan meningkatkan resiko masalah pembekuan darah.
- 3) Progestin selama 6 minggu pascapersalinan mempengaruhi tumbuh kembang bayi, tidak ada pengaruh terhadap ASI, perdarahan ireguler dapat terjadi.
- 4) AKDR dapat dipasang langsung pascapersalinan sewaktu *sectio cesarean* atau sesudah 48 jam pascapersalinan, sesudah 4-6

minggu pascapersalinan, jika haid sudah dapat insersi dilakukan sesudah yakin tidak ada kehamilan.

- 5) Kondom dapat digunakan setiap saat, tidak ada pengaruhnya terhadap laktasi.
- 6) Klien tidak menyusui, kondom dan MAL dapat segera digunakan. Kontrasepsi hormonal dapat dimulai 3 minggu pascapersalinan, lebih dari 6 minggu pascapersalinan atau sesudah mendapat haid (setelah yakin tidak ada kehamilan).