

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

Dalam kasus yang dikaji, pada tanggal 17 juli 2021 seorang ibu bernama Ny. Y berumur 29 Tahun G1P0A0 datang ke PMB Umu Hani untuk memeriksakan kehamilannya dengan usia kehamilan 37⁺² minggu. Ny. Y mengeluh keputihan lagi seminggu terakhir ini. HPHT 29 Oktober 2020, dan HPL 5 Agustus 2021. Ny. Y mengatakan ini merupakan kehamilan pertama dan tidak pernah keguguran. Hasil pemeriksaan didapatkan TD : 110/70mmHg, N: 86x/m, R: 20x/m, SB: 36,5⁰C. Dilakukan pemeriksaan fisik, BB: 73kg, TB: 161cm, LILA 29cm dan IMT: 23,16, pemeriksaan abdomen palpasi didapatkan TFU: 25cm, DJJ 127x/m teratur, punggung sebelah kanan, dan presentasi kepala, sudah masuk PAP. Ny. Y diberikan metronidazole 500mg 2x1 serta tablet tambah darah 60mg dan kalsium 500mg sebanyak 10 tablet diminum 1x1 secara teratur. Ny. Y riwayat dilakukan pemeriksaan laboratorium pada tanggal 08 Desember 2020 dengan Hb: 12,6 gr/dL, HbSAg: Negatif, HIV: Negatif, Protein/Reduksi: -/-. Dan pada tanggal 07 Juni 2021 dengan Hb 12,5gr/dl, GDS: 73 mg/Dl, UR : normal.

Pada tanggal 22 Juli 2021, Ny. Y datang ke PMB dengan keluhan keluar lendir dan darah sejak pukul 06.00WIB. Pada pukul 07.30 WIB setelah dilakukan pemeriksaan dalam (VT) didapatkan hasil bahwa belum ada pembukaan, portio tebal, ketuban positif, presentasi kepala, hodge 1, DJJ: 146x/m dan HIS : tidak ada, dan ibu diberi penkes untuk observasi gerakan janin selama 12jam min >10x gerakan, serta tanda-tanda persalinan seperti mulas teratur (kontraksi) dalam 10 menit 2-3x, keluar air-air (air ketuban), dan lainnya. Jika Ny. Y mengalami salah satu tanda persalinan tersebut untuk segera periksa kembali.

Pada tanggal 24 juli 2021 pukul 07.30Wib, Ny. Y datang kembali dengan keluhan keluar air-air sejak pukul 01.30 Wib. Sebelum dilakukan pemeriksaan ibu dan 1 orang keluarga dilakukan swab antigen dengan hasil negative .

Dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil TD= 110/80mmHg, N=80x/menit, S=36,6°C, RR=21x/menit. Palpasi abdomen : Leopold I= bokong, Leopold II= punggung (kanan) Leopold III= kepala Leopold IV= divergent, TFU= 26cm His= 1x/10menit 10detik, DJJ= 128x/menit Serta dilakukan pemeriksaan dalam dan laboratorium dengan hasil v/t tenang, licin, portio tebal-lunak, Ø=0,5cm, presentasi kepala, Hodge I, STLD (+), air ketuban (-). Tes lakmus merah berubah menjadi biru. Ny. Y di observasi selama 2 jam di PMB Umu Hani sebelum di rujuk dalam KPD 8jam, selama diobservasi mendapatkan advice dokter beri 1 tablet amoxicillin 500mg, dan pantau ketat DJJ, his, TTV, pengeluaran vagina tiap 30menit.

Setelah 2 jam diobservasi pukul 09.30WIB hasil pemeriksaan, TD= 100/70mmHg, N=83x/menit, S=36,6°C, RR=21x/menit. His= 1x/10menit 12detik, DJJ= 132x/menit Serta dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil v/t tenang, licin, portio tebal-lunak, Ø=0,5cm, presentasi kepala, Hodge I, STLD (+), air ketuban (-). Karena sudah 8jam ibu KPD, akhirnya atas advice dokter untuk di rujuk serta memasang infus RL 500ml dengan 20tpm, keluarga menyetujui untuk di rujuk ke RS Umi Khasanah.

Melalui WA, Ny. Y memberi kabar bahwa sudah melahirkan secara normal dengan induksi atas indikasi ketuban pecah dini, pada tanggal 24 Juli 2021 pukul 18.50 Wib. Bayi lahir langsung menangis, tonus otot kuat, warna kulit kemerahan. jenis kelamin perempuan dilakukan IMD, ibu dalam keadaan sehat. Berat badan bayi 2600 gr, PB 46cm, LK 30cm.

Kunjungan pertama dilakukan melalui WA, tanggal 24 Juli 2021 saat post partum 2jam dengan hasil TD : 115/71 mmHg, N: 83x/m, RR: 20x/m, S: 36,7°C. TFU 2 jari dibawah pusat, Ada luka laserasi derajat II, pengeluaran darah dalam batas normal, Lochea : rubra, warna merah kental, bau khas, tidak ada komplikasi. Untuk By. Ny. Y dengan hasil Pemeriksaan Umum = Keadaan Umum: Baik, Pemeriksaan Antropometri BB : 2600 gram, PB : 46 cm, Lingkar Kepala : 30 cm, Lingkar Dada : 31 cm, Lingkar Lengan :10 cm. Tanda-tanda Vital Heart Rate : 125x/m, Respirasi Rate : 37 x/m, SB: 36,8°C

Pada kunjungan ke-2 pada hari ke-3 post partum yaitu pada tanggal 27 Juli 2021 di dapatkan hasil pemeriksaan TD 120/80 MmHg, N : 82 x/menit, R : 21 x/menit, S : 36,5°C, ASI : lancar (+/+), TFU pertengahan antara pusat dan simpisis, kontraksi uterus baik. Pengeluaran pervaginam lochia sanguinolenta, warnanya merah kuning berisi darah dan lendir, tidak ada tanda tanda infeksi hanya saja ibu mengeluh belum banyak ASI nya dan takut bayi nya kekurangan ASI. Pada kunjungan nifas ini dilakukan juga pemeriksaan kepada bayi Ny.Y didapatkan hasilnya Tali pusat belum puput, BB: 2600gr, PB:46cm, RR:35x/m, HR: 141x/m, S: 36,8°C, BAK : ± 6-7 kali/hari, BAB : ± 2 kali/hari.

Pada kunjungan nifas ke-3 Ny. Y pada tanggal 01 Agustus 2021 (hari ke-8) melalui WA, Ny. Y kontrol ke RS Umi Khasanah , dilakukan pemeriksaan pada bayi tali pusat sudah puput, HR: 140x/m, RR: 37x/m BB:2700gr PB:46cm, pemeriksaan pada Ny. Y didapatkan TD: 120/70mmHg, N:80x/m, R: 22x/m, SB: 36,5⁰C, Ny. Y mengatakan keluar cairan berwarna merah kecoklatan (lochea sangunoilenta), TFU tidak teraba. ASI Ny. Y tetap lancar dan tidak ada komplikasi nifas. Ny. Y mengatakan berencana akan memberikan ASI Eksklusif.

Melalui komunikasi via WA Ny. Y mengatakan pada tanggal 23 Agustus 2021 (post partum 29 hari). Ny. Y melakukan Kontrol bayinya di PMB didapatkan hasil pemeriksaan, By.Ny. Y berumur 29 hari, BB: 3000 gr, PB 47cm, LK 31 cm dan By Ny.Y sudah mendapatkan vaksin BCG. Untuk Ny. Y dilakukan pemeriksaan dengan hasil TD: 120/70 mmHg, Nadi: 85x/menit, Suhu: 36,8⁰C, Respirasi: 19x/menit. ASI lancar +/+, Genetalia : tidak odema, tidak ada tanda-tanda infeksi, luka laserasi kering, ada pengeluaran darah dalam batas normal. Lochea : alba, warnanya lendir bening-putih

Pada kasus Ny. Y untuk penggunaan KB pasca salin telah dilakukan konseling pada awal kehamilan yaitu konseling P4K, salah satu dari konseling P4K adalah perencanaan KB pasca persalinan. Pada kunjungan nifas kedua dilakukan konseling kembali tentang macam- macam KB yang diperbolehkan untuk ibu menyusui serta efek samping, keuntungan, kerugian dan dan ibu mantap memilih KB suntik 3 bulan dan pada tanggal 04

September 2021 Ny.Y telah suntik KB 3bulan di PMB Umu Hani dan Disarankan untuk kontrol kembali tanggal 27 November 2021.

B. Kajian Teori

1. Kehamilan

A. Pengertian

Kehamilan adalah mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari: ovulasi (pelepasan ovum), migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm.⁽⁹⁾ Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT).⁽³⁾ Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi.

B. Perubahan Fisiologi Trimester III

Menurut Vivian (2011) Perubahan fisiologi pada masa kehamilan Trimester III adalah :⁽¹⁰⁾

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.

C. Perubahan Psikologi Trimester III

Menurut Sulistyawati (2013) Perubahan psikologis pada masa kehamilan Trimester III, yaitu:(11)

- 1) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.
- 2) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu
- 3) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
- 4) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
- 5) Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya.
- 6) Merasa kehilangan perhatian
- 7) Perasaan mudah terluka (sensitif) & Libido menurun

D. Tanda Bahaya Kehamilan

Menurut Prawirohardjo (2014), deteksi dini gejala dan tanda bahaya selama kehamilan merupakan upaya terbaik untuk mencegah terjadinya gangguan yang serius terhadap kehamilan ataupun keselamatan ibu hamil.⁽¹²⁾

- 1) Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan dibawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran. Sekitar 10-12% kehamilan akan berakhir dengan keguguran yang pada umumnya (60-80%) disebabkan oleh kelainan kromosom yang ditemui pada spermatozoa ataupun ovum. Perdarahan pada kehamilan lanjut atau diatas 20 minggu pada umumnya disebabkan oleh plasenta previa. Perdarahan yang terjadi sangat terkait dengan luas plasenta dan kondisi segmen bawah rahim yang menjadi tempat implantasi plasenta tersebut. Pada plasenta yang tipis dan menutupi sebagian jalan lahir, maka umumnya terjadi perdarahan

bercak berulang dan apabila segmen bawah rahim mulai terbentuk disertai dengan sedikit penurunan bagian terbawah janin, maka perdarahan mulai meningkat hingga tingkatan yang dapat membahayakan keselamatan ibu.

2) Pre-Eklamsia

Pada umumnya ibu hamil dengan usia kehamilan diatas 20 minggu disertai dengan peningkatan tekanan darah diatas normal sering diasosiasikan dengan pre-eklamsia. Data atau informasi awal terkait dengan tekanan darah sebelum hamil akan sangat membantu petugas kesehatan untuk membedakan hipertensi kronis (yang sudah ada sebelumnya) dengan pre-eklamsia. Gejala dan tanda lain dari pre-eklamsia adalah sebagai berikut:

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

3) Nyeri Hebat di Daerah Abdominopelvikum

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

- a) Trauma abdomen.
- b) Preeklamsia.

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

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

- 1) Muntah berlebihan yang berlangsung selama kehamilan.
- 2) Disuria.
- 3) Menggigil atau demam.
- 4) Ketuban pecah dini atau sebelum waktunya.
- 5) Uterus lebih besar atau lebih kecil dari Usia Kehamilan (UK) yang sesungguhnya.

Menurut buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) (2015), tanda bahaya kehamilan adalah sebagai berikut:⁽¹³⁾

- 1) Perdarahan pervaginam pada hamil mudah dan hamil tua.
- 2) Sakit kepala yang hebat.
- 3) Penglihatan kabur.
- 4) Bengkak kaki, tangan dan wajah, atau sakit kepala disertai kejang.
- 5) Keluar cairan pervaginam (Air ketuban keluar sebelum waktunya).
- 6) Janin dirasakan kurang bergerak dibandingkan sebelumnya.
- 7) Nyeri perut yang hebat
- 8) Demam tinggi.
- 9) Muntah terus dan tidak mau makan

E. Antenatal Care Terpadu

Dalam Pedoman Pelayanan ANC, INC, PNC, BBL Di Era Adaptasi Kebiasaan Baru (2020).⁽¹⁴⁾ Pelayanan antenatal (Antenatal Care/ANC) pada kehamilan normal minimal 6x dengan rincian 2x di Trimester 1, 1x di Trimester 2, dan 3x di Trimester 3. Minimal 2x

diperiksa oleh dokter saat kunjungan 1 di Trimester 1 dan saat kunjungan ke 5 di Trimester 3.

1. ANC ke-1 di Trimester 1 : skrining faktor risiko dilakukan oleh Dokter dengan menerapkan protokol kesehatan. Jika ibu datang pertama kali ke bidan, bidan tetap melakukan pelayanan antenatal seperti biasa, kemudian ibu dirujuk ke dokter untuk dilakukan skrining. Sebelum ibu melakukan kunjungan antenatal secara tatap muka, dilakukan janji temu/ teleregistrasi dengan skrining anamnesa melalui media komunikasi (telepon)/ secara daring untuk mencari faktor risiko dan gejala COVID-19.
 - a. Jika ada gejala COVID-19, ibu dirujuk ke RS untuk dilakukan swab atau jika sulit untuk mengakses RS Rujukan maka dilakukan Rapid Test. Pemeriksaan skrining faktor risiko kehamilan dilakukan di RS Rujukan.
 - b. Jika tidak ada gejala COVID-19, maka dilakukan skrining oleh Dokter di FKTP.
2. ANC ke-2 di Trimester 1, ANC ke-3 di Trimester 2, ANC ke-4 di Trimester 3, dan ANC ke-6 di Trimester 3 : Dilakukan tindak lanjut sesuai hasil skrining. Tatap muka didahului dengan janji temu/teleregistrasi dengan skrining anamnesa melalui media komunikasi (telepon)/secara daring untuk mencari faktor risiko dan gejala COVID-19.
 - a. Jika ada gejala COVID-19, ibu dirujuk ke RS untuk dilakukan swab atau jika sulit mengakses RS Rujukan maka dilakukan Rapid Test.
 - b. Jika tidak ada gejala COVID-19, maka dilakukan pelayanan antenatal di FKTP.

3. ANC ke-5 di Trimester 3 Skrining faktor risiko persalinan dilakukan oleh Dokter dengan menerapkan protokol kesehatan. Skrining dilakukan untuk menetapkan :
 - a. faktor risiko persalinan,
 - b. menentukan tempat persalinan, dan
 - c. menentukan apakah diperlukan rujukan terencana atau tidak. Tatap muka didahului dengan janji temu/teleregistrasi dengan skrining anamnesa melalui media komunikasi (telepon)/secara daring untuk mencari faktor risiko dan gejala COVID-19. Jika ada gejala COVID-19, ibu dirujuk ke RS untuk dilakukan swab atau jika sulit mengakses RS Rujukan maka dilakukan Rapid Test.

Dalam pelayanan antenatal terpadu, tenaga kesehatan harus dapat memastikan bahwa kehamilan berlangsung normal, mampu mendeteksi dini masalah dan penyakit yang dialami ibu hamil dan melaksanakan rujukan dengan cepat dan tepat sesuai dengan indikasi medis, dan dengan melakukan intervensi yang adekuat diharapkan ibu hamil siap menjalani persalinan.(10) Dalam pemberian antenatal terpadu, diharapkan ibu hamil dapat melakukan kontak dengan dokter setidaknya minimal 1 kali, yaitu: a. Kontak dengan dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi (SpOG) b. Kontak dengan dokter gigi. c. Kontak dengan dokter umum. d. Kontak dengan dokter paru-paru. e. Kontak dengan ahli gizi.

F. Dukungan Suami

Dukungan adalah menyediakan sesuatu untuk memenuhi kebutuhan orang lain. Dukungan juga dapat diartikan sebagai memberikan dorongan / motivasi atau semangat dan nasihat kepada orang lain dalam situasi pembuat keputusan.¹⁸ Kuntjoro dalam Fithriany 2011 mengatakan bahwa pengertian dari dukungan adalah informasi verbal atau non verbal, saran, bantuan, yang nyata atau

tingkah laku diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek didalam lingkungan sosialnya atau yang berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau berpengaruh pada tingkah laku penerimanya atau dukungan adalah keberadaan, kesediaan, kepedulian dari orang-orang yang diandalkan, menghargai dan menyayangi kita.¹⁹

Suami adalah orang yang paling penting bagi seorang wanita hamil. Banyak bukti yang ditunjukkan bahwa wanita yang diperhatikan dan dikasihi oleh pasangannya selama kehamilan akan menunjukkan lebih sedikit gejala emosi dan fisik, lebih mudah melakukan penyesuaian diri selama kehamilan dan sedikit resiko komplikasi persalinan. Hal ini diyakini karena ada dua kebutuhan utama yang ditunjukkan wanita selama hamil yaitu menerima tanda-tanda bahwa ia dicintai dan dihargai serta kebutuhan akan penerimaan pasangannya terhadap anaknya.¹⁹

2. Persalinan

a. Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar. Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam waktu 18 jam, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin.⁽¹⁵⁾ Persalinan adalah bagian dari proses melahirkan sebagai respons terhadap kontraksi uterus, segmen bawah uterus teregang dan menipis, serviks berdilatasi, jalan lahir terbentuk dan bayi bergerak turun ke bawah melalui rongga panggul.

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang dapat hidup ke dunia luar dari dalam rahim melalui jalan lahir dengan LBK atau dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat, serta tidak melukai ibu dan bayi, yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam.⁽³⁾

b. Tanda-tanda Persalinan

- 1) Tanda pendahuluan adalah :⁽⁸⁾
 - a) *Ligtening* atau *setting* atau *dropping*, yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul.
 - b) Perut kelihatan lebih melebar dan fundus uteri turun.
 - c) Sering buang air kecil atau sulit berkemih (*polakisuria*) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.
 - d) Perasaan nyeri di perut dan di pinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah uterus, kadang-kadang disebut "*false labor pains*".
 - e) Serviks menjadi lembek; mulai mendatar; dan sekresinya bertambah, mungkin bercampur darah (*bloody show*).
- 2) Tanda Pasti Persalinan meliputi:
 - a) Rasa nyeri oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur.
 - b) Keluar lendir bercampur darah yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks.
 - c) Kadang-kadang, ketuban pecah dengan sendirinya.
 - d) Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan telah ada pembukaan.

C. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan, yaitu faktor *power*, faktor *passenger*, faktor *passage*, dan faktor *psyche*:⁽¹⁶⁾

- 1) Faktor *Power* (Kekuatan)

Power adalah kekuatan janin yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan ialah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, dengan kerja sama yang baik dan sempurna.
- 2) Faktor *Passanger* (Bayi)

Faktor lain yang berpengaruh terhadap persalinan adalah faktor janin, yang meliputi sikap janin, letak janin, presentasi janin, bagian terbawah janin, dan posisi janin.

3) Faktor *Passage* (Jalan Lahir)

Passage atau faktor jalan lahir dibagi atas :

- 1) Bagian keras : tulang-tulang panggul (rangka panggul).
- 2) Bagian lunak: otot-otot, jaringan-jaringan, dan ligament-ligament.

4) Faktor *psyche* (Psikis)

Psikis ibu bersalin sangat berpengaruh dari dukungan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama bersalin dan kelahiran anjurkan merreka berperan aktif dalam mendukung dan mendampingi langkah-langkah yang mungkin akan sangat membantu kenyamanan ibu, harga keinginan ibu untuk didampingi, dapat membantu kenyamanan ibu, harga keinginan ibu untuk didampingi.

5) Posisi Ibu (*Positioning*)

Posisi ibu dapat memengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Perubahan posisi yang diberikan pada ibu bertujuan untuk menghilangkan rasa letih, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi.

D. Tahap Persalinan

Tahapan persalinan dibagi menjadi 4 kala, yaitu⁽¹⁷⁾:

1) Kala I

Pada kala I persalinan dimulainya proses persalinan yang ditandai dengan adanya kontraksi yang teratur, adekuat, dan menyebabkan perubahan pada serviks hingga mencapai pembukaan lengkap, fase Kala I Persalinan terdiri dari Fase laten yaitu dimulai dari awal kontraksi hingga pembukaan mendekati 4cm, kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih diantara 20-30 detik, tidak terlalu mules.

Fase aktif dengan tanda-tanda kontraksi diatas 3 kali dalam 10 menit, lamanya 40 detik atau lebih dan mules, pembukaan 4cm hingga lengkap, penurunan bagian terbawah janin, waktu

pembukaan serviks sampai pembukaan lengkap 10 cm, fase pembukaan dibagi menjadi 2 fase, yaitu fase laten : berlangsung selama 8 jam, pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai pembukaan 3 cm. Fase aktif : dibagi dalam 3 fase yaitu fase akselerasi lamanya 2 jam dengan pembukaan 3 menjadi 4 cm, fase dilatasi maksimal lamanya 2 jam dengan pembukaan 4 menjadi 9 cm, fase deselerasi lamanya 2 jam pembukaan dari 9 sampai pembukaan lengkap.

Lama kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam dengan pembukaan 1 cm per jam, pada multigravida 8 jam dengan pembukaan 2 cm per jam. Komplikasi yang dapat timbul pada kala I yaitu : ketuban pecah dini, tali pusat menumbung, obstruksi plasenta, gawat janin, inersia uteri.⁽¹⁶⁾

2) Kala II

Gejala dan tanda kala II, telah terjadi pembukaan lengkap tampak bagian kepala janin melalui pembukaan introitus vagina, ada rasa ingin meneran saat kontraksi, ada dorongan pada rectum atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva dan springer ani membuka, peningkatan pengeluaran lendir dan darah. Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi.

Pada kala pengeluaran janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara *reflektoris* menimbulkan rasa mengedan, karena tekanan pada *rectum* ibu merasa seperti mau buang air besar dengan tanda anus membuka. Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, perinium membuka, perineum meregang. Dengan adanya his ibu dan dipimpin untuk mengedan, maka lahir kepala diikuti oleh seluruh badan janin.

Komplikasi yang dapat timbul pada kala II yaitu : eklamsi, kegawatdaruratan janin, tali pusat menumbung, penurunan kepala

terhenti, kelelahan ibu, persalinan lama, *ruptur uteri*, *distocia* karena kelainan letak, infeksi intra partum, *inersia uteri*, tanda-tanda lilitan tali pusat.⁽¹⁸⁾

3) Kala III

Batasan kala III, masa setelah lahirnya bayi dan berlangsungnya proses pengeluaran plasenta. Tanda-tanda pelepasan plasenta : terjadi perubahan bentuk uterus dan tinggi fundus uteri, tali pusat memanjang atau menjulur keluar melalui vagina atau vulva, adanya semburan darah secara tiba-tiba kala III, berlangsung tidak lebih dari 30menit. Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 menit-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri.

Pengeluaran plasenta, disertai pengeluaran darah. Komplikasi yang dapat timbul pada kala III adalah perdarahan akibat atonia uteri, retensio plasenta, perlukaan jalan lahir, tanda gejala tali pusat.⁽¹⁸⁾

4) Kala IV

Dimulainya dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Komplikasi yang dapat timbul pada kala IV adalah sub involusi dikarenakan oleh uterus tidak berkontraksi, perdarahan yang disebabkan oleh atonia uteri, laserasi jalan lahir, sisa plasenta.⁽¹⁸⁾

3. Ketuban Pecah Dini

A. Definisi Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum persalinan mulai pada tahapan kehamilan manapun⁽¹⁹⁾.

B. Etiologi

Faktor predisposisi menurut Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan (2013), Saifuddin (2014),⁽²⁰⁾⁽²¹⁾

1. Serviks Inkompeten

Serviks yang tidak lagi mengalami kontraksi (inkompetensia), didasarkan pada adanya ketidakmampuan serviks uteri untuk mempertahankan kehamilan. Inkompetensi serviks sering menyebabkan kehilangan kehamilan pada trimester kedua. Kelainan ini dapat berhubungan dengan kelainan uterus yang lain seperti septum uterus dan bikornis.

Sebagian besar kasus merupakan akibat dari trauma bedah pada serviks pada konisasi, produksi *eksisi loop elektrosurgical*, dilatasi berlebihan serviks pada terminasi kehamilan atau laserasi obstetrik.⁽²¹⁾

Diagnosa inkompetensi serviks ditegakkan ketika serviks menipis dan membuka tanpa disertai nyeri pada trimester kedua atau awal trimester ketiga kehamilan. Umumnya, wanita datang ke pelayanan kesehatan dengan keluhan perdarahan pervaginam, tekanan pada panggul, atau ketuban pecah dan ketika diperiksa serviksnya sudah mengalami pembukaan. Bagi wanita dengan inkompetensi serviks, rangkaian peristiwa ini akan berulang pada kehamilan berikutnya, berapa pun jarak kehamilannya. Secara tradisi, diagnosis inkompetensia serviks ditegakkan berdasarkan peristiwa yang sebelumnya terjadi, yakni minimal dua kali keguguran pada pertengahan trimester tanpa disertai awitan persalinan dan kelahiran⁽²²⁾.

2. Polihidramnion

Polihidramnion adalah keadaan di mana banyak air ketuban melebihi 2000 cc. Penambahan air ketuban ini biasanya mendadak dalam beberapa hari yang disebut dengan polihidramnion akut atau secara perlahan disebut polihidramnion kronis. Insidensinya berkisar antara

1:62 dan 1:754 persalinan. Polihidramnion dapat memungkinkan ketegangan rahim meningkat, sehingga membuat selaput ketuban pecah sebelum waktunya.

3. Malpresentasi Janin

Letak janin dalam uterus bergantung pada proses adaptasi janin terhadap ruangan dalam uterus. Pada kehamilan < 32 minggu, jumlah air ketuban relatif lebih banyak sehingga memungkinkan janin bergerak dengan leluasa, dan kemudian janin akan menempatkan diri dalam letak lintang atau letak sungsang. Pada kehamilan trimester akhir janin tumbuh dengan cepat dan jumlah air relatif berkurang karena bokong dan kedua tungkai yang terlipat lebih besar daripada kepala maka bokong dipaksa untuk menempati ruang yang lebih luas di fundus uteri, sedangkan kepala berada dalam ruangan yang lebih kecil di segmen bawah uterus. Letak sungsang dapat memungkinkan ketegangan rahim meningkat, sehingga membuat selaput ketuban pecah sebelum waktunya.

4. Kehamilan Kembar

Pada kehamilan kembar, evaluasi plasenta bukan hanya mencakup posisinya tetapi juga korionisitas kedua janin. Pada banyak kasus adalah mungkin saja menentukan apakah janin merupakan kembar monozigot atau dizigot. Selain itu, dapat juga ditentukan apakah janin terdiri dari satu atau dua amnion. Upaya membedakan ini diperlukan untuk memperbaiki resiko kehamilan. Pengawasan pada wanita hamil kembar perlu ditingkatkan untuk mengevaluasi resiko persalinan preterm. Gejala persalinan preterm harus ditinjau kembali dengan cermat setiap kali melakukan kunjungan.

Wanita dengan kehamilan kembar beresiko tinggi mengalami ketuban pecah dini juga preeklampsia. Hal ini biasanya disebabkan oleh peningkatan massa plasenta dan produksi hormon. Oleh karena itu, akan sangat membantu jika ibu dan keluarga dilibatkan dalam

mengamati gejala yang berhubungan dengan preeklamsi dan tanda-tanda ketuban pecah.

5. Infeksi Vagina atau Serviks

Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asenderen dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya KPD, misalnya karena infeksi kuman, terutama infeksi bakteri, yang dapat menyebabkan selaput ketuban menjadi tipis, lemah dan mudah pecah.

Seorang wanita lebih rentan mengalami keputihan pada saat hamil karena pada saat hamil terjadi perubahan hormonal yang salah satu dampaknya adalah peningkatan jumlah produksi cairan dan penurunan keasaman vagina serta terjadi pula perubahan pada kondisi pencernaan. Keputihan dalam kehamilan sering dianggap sebagai hal yang biasa dan sering luput dari perhatian ibu maupun petugas kesehatan yang melakukan pemeriksaan kehamilan. Meskipun tidak semua keputihan disebabkan oleh infeksi, beberapa keputihan dalam kehamilan dapat berbahaya karena dapat menyebabkan persalinan kurang bulan (*prematunitas*), ketuban pecah sebelum waktunya atau bayi lahir dengan berat badan rendah (< 2500 gram). Sebagian wanita hamil tidak mengeluhkan keputihannya karena tidak merasa terganggu padahal keputihannya dapat membahayakan kehamilannya, sementara wanita hamil lain mengeluhkan gejala gatal yang sangat, cairan berbau namun tidak berbahaya bagi hasil persalinannya. Dari berbagai macam keputihan yang dapat terjadi selama kehamilan, yang paling sering adalah *kandidiosis vaginalis*, *vaginosis bakterial* dan *trikomoniiasi*.

Pada kehamilan akan terjadi peningkatan pengeluaran cairan vagina dari pada biasanya yang disebabkan adanya perubahan hormonal, maupun reaksi alergi terhadap zat tertentu seperti karet kondom, sabun, cairan pembersih vagina dan bahan pakaian dalam. Keputihan pada kehamilan juga dapat terjadi akibat adanya pertumbuhan

berlebihan sel-sel jamur yang dapat menimbulkan infeksi didaerah genital. Keputihan akibat infeksi yang terjadi pada masa kehamilan akan meningkatkan resiko persalinan prematur dan ketuban pecah dan janinnya juga mengalami infeksi.

Vaginosis bakterial adalah sindrom klinik akibat pergantian laktobasilus penghasil H₂O₂ yang merupakan flora normal vagina dengan bakteri anaerob dalam konsentrasi tinggi seperti *gardnerella vaginalis*, yang akan menimbulkan infeksi. Keadaan ini telah lama dikaitkan dengan kejadian ketuban pecah dini, persalinan preterm dan infeksi amnion, terutama bila pada pemeriksaan pH vagina lebih dari 5,0 yang normalnya nilai pH vagina adalah antara 3,8 -4,5. Abnormalitas pH vagina dapat mengindikasikan adanya infeksi vagina.

Menurut penelitian Tutik Iswanti tahun 2014 dengan judul faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian ketuban pecah dini pada ibu bersalin menunjukkan bahwa adanya hubungan yang bermakna antara infeksi vagina dengan ketuban pecah dini pada ibu bersalin nilai p value 0,008 ($p < 0,05$). Infeksi vagina pada ibu bersalin yang terbanyak adalah yang tidak ada Infeksi vagina yaitu sebesar 11,3% dan terendah adalah yang ada Infeksi vagina yaitu sebesar 57,1%.

Menurut penelitian Zainal Alim dan Yeni Agus Safitri tahun 2016 dengan judul faktor yang mempengaruhi kejadian ketuban pecah dini pada ibu hamil trimester III di rumah sakit bantuan lawang berdasarkan data diketahui bahwa dari 13 ibu hamil trimester III dengan KPD sebagian besar yang mengalami infeksi sebanyak 10 ibu hamil (77%), dan sebagian kecil ibu hamil trimester III yang tidak mengalami infeksi sebanyak 3 ibu hamil (23%). Peneliti berpendapat bahwa faktor infeksi sangat berpengaruh terhadap terjadinya KPD pada ibu hamil trimester III (faktor utama) sesuai dengan teori yang ada. Selain disebabkan oleh infeksi yang ditandai oleh keadaan demam pada ibu, juga disebabkan oleh keputihan yang

dialami oleh ibu hamil baik sebelum hamil ataupun saat hamil, karena saat hamil suhu tubuh ibu meningkat dan menyebabkan lembab pada daerah genetalia ibu, ini disebabkan esterogen meningkat menjadikan mukosa vagina lebih gelap, sekresi vagina dan darah ke vagina berlebihan. Jika hal tersebut tidak diperhatikan oleh ibu hamil dengan menjaga kebersihan pakaian dalamnya dan mengganti tiap kali basah maka hal itu bisa menyebabkan infeksi. Jika mengalami keputihan yang berwarna kuning, kental dan berbau tidak diobati maka bakteri vagina akan menginfeksi selaput ketuban bayi dan menyebabkan pecahnya selaput ketuban tersebut.⁽²³⁾

Ketuban Pecah Dini merupakan salah satu penyulit dalam kehamilan dan persalinan yang berperan dalam meningkatkan kesakitan dan kematian meternal-perinatal yang dapat disebabkan oleh adanya infeksi, yaitu dimana selaput ketuban yang menjadi penghalang masuknya kuman penyebab infeksi sudah tidak ada sehingga dapat membahayakan bagi ibu dan janinnya. Insidensi Ketuban Pecah Dini berkisar antara 5-10 % dari semua kelahiran, dilaporkan bahwa lebih banyak terjadi pada kehamilan cukup bulan dari pada kurang bulan, yang bekisar 70 % sedangkan pada kehamilan kurang bulan terjadi sekitar 30 %. Angka kejadian kasus KPD terjadi lebih tinggi pada wanita dengan serviks inkompeten, polihidramnion, malpresentasi janin, janin kembar atau adanya infeksi pada serviks atau vagina.⁽²⁴⁾

6. Riwayat ketuban pecah dini pada kehamilan sebelumnya

Riwayat ketuban pecah dini sebelumnya beresiko 2-4 kali mengalami ketuban pecah dini kembali. Patogenesis terjadinya KPD secara singkat ialah akibat penurunan kandungan kolagen dalam membran sehingga memicu terjadinya ketuban pecah dini dan ketuban pecah preterm. Wanita yang pernah mengalami KPD pada kehamilan atau menjelang persalinan maka pada kehamilan berikutnya akan lebih beresiko dari pada wanita yang tidak pernah mengalami KPD sebelumnya karena komposisi membran yang

menjadi rapuh dan kandungan kolagen yang semakin menurun pada kehamilan berikutnya.⁽²⁵⁾

7. Infeksi traktus genital

Di Amerika Serikat 0,5% – 7% wanita hamil didapatkan menderita gonorea. Meningkatnya kasus gonore dalam kehamilan setara dengan peningkatan kejadian ketuban pecah dini dalam kehamilan, *korioamnionitis*, dan terjadinya sepsis pada neonatus. Infeksi *Clamidydia trachomatis* merupakan penyebab akibat hubungan seksual yang kejadiannya semakin tinggi, kejadian infeksi ini pada serviks wanita hamil yaitu 2-37%. Beberapa penelitian menunjukkan berbagai masalah meningkatnya risiko kehamilan dan persalinan pada ibu dengan infeksi ini. Misalnya dapat menimbulkan abortus, kematian janin, persalinan preterm, pertumbuhan janin terhambat, ketuban pecah sebelum waktunya serta endometritis post abortus maupun post partum.

8. Penyakit *bacterial vaginosis (BV)* dahulu dikenal dengan sebagai vaginitis nonspesifik atau vaginitis yang disebabkan oleh *Haemophilus/ Gardnerella vaginalis*. Dalam kehamilan, penelitian membuktikan bahwa BV merupakan salah satu faktor pecahnya selaput ketuban pada kehamilan dan persalinan prematur.

9. Perdarahan antepartum

10. Merokok.

Menurut Saifuddin (2014), bahwa pertukaran gas menjadi abnormal dapat menyebabkan terjadi perubahan biokimia yaitu berkurangnya komponen kolagen seperti asam askorbik dan tembaga sehingga terjadi abnormalitas pertumbuhan struktur kolagen selaput ketuban. Pertumbuhan struktur kolagen yang abnormal dapat menyebabkan kekuatan selaput ketuban inferior rapuh sehingga terjadi ketuban pecah dini.⁽²¹⁾

11. Hubungan Seksual.

Frekuensi koitus pada trimester III kehamilan yang lebih dari 3 kali seminggu diyakini berperan pada terjadinya KPD. Hal itu berkaitan paparan hormon prostaglandin didalam semen atau cairan sperma. Prostaglandin disekresi oleh banyak jaringan tubuh, terutama pada kelenjar prostat pria dan endometrium wanita. Pada wanita hormon tersebut mempengaruhi ovulasi, kontraksi tuba dan uterus, meluruhkan endometrium, serta awal gejala aborsi persalinan. Menurut Saifuddin (2014), bahwa pada saat penurunan progesteron, estrogen pada ibu hamil dan peningkatan prostaglandin dan oksitosin dapat mengakibatkan terjadinya tanda-tanda persalinan. ⁽²¹⁾

C. Patofisiologi

Pecahnya selaput ketuban disebabkan oleh hilangnya elastisitas pada daerah tepi robekan selaput ketuban. Hilangnya elastisitas selaput ketuban ini sangat erat kaitannya dengan jaringan kolagen, yang dapat terjadi karena penipisan oleh infeksi atau rendahnya kadar kolagen. Kolagen pada selaput terdapat pada amnion di daerah lapisan kompakta, fibroblas serta pada korion di daerah lapisan retikuler atau trofoblas. ⁽²⁶⁾

Selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu terjadi perubahan biokimia yang menyebabkan selaput ketuban mengalami kelemahan. Perubahan struktur, jumlah sel dan katabolisme kolagen menyebabkan aktivitas kolagen berubah dan menyebabkan selaput ketuban pecah. Pada daerah di sekitar pecahnya selaput ketuban diidentifikasi sebagai suatu zona “restriced zone of exteme altered morfologi (ZAM)” ⁽²⁷⁾.

D. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala pada kehamilan yang mengalami KPD adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina. Aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan

tersebut masih merembes atau menetes, dengan ciri pucat dan bergaris warna darah. Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran. Tetapi bila anda duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya mengganjal atau menyumbat kebocoran untuk sementara. Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi.⁽²⁴⁾

E. Diagnosa

Menurut Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan (2013), diagnosis ketuban pecah dini ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan inspekulo. Dari anamnesis didapatkan penderita merasa keluar cairan yang banyak secara tiba-tiba. Kemudian lakukan satu kali pemeriksaan inspekulo dengan spekulum steril untuk melihat adanya cairan yang keluar dari serviks atau menggenang di forniks posterior. Jika tidak ada, gerak kancedikit bagian terbawah janin, atau minta ibu untuk mengedan/batuk.⁽²⁰⁾

Pemeriksaan dalam sebaiknya tidak dilakukan kecuali akan dilakukan penanganan aktif (melahirkan bayi) karena dapat mengurangi latensi dan meningkatkan kemungkinan infeksi. Pastikan bahwa:

- a. Cairan tersebut adalah cairan amnion dengan memperhatikan:
 1. Bau cairan ketuban yang khas
 2. Tes Nitrazin: lihat apakah kertas lakmus berubah dari merah menjadi biru. Harap diingat bahwa darah, semen, dan infeksi dapat menyebabkan hasil positif palsu
 3. Gambaran pakis yang terlihat di mikroskop ketika mengamati sekret servikovaginal yang mengering
- b. Tidak ada tanda-tanda inpartu Setelah menentukan diagnosis ketuban pecah dini, perhatikan tanda-tanda korioamnionitis.

Diagnosa KPD ditegakkan dengan cara :

1. Anamnesa

Penderita merasa basah pada vagina, atau mengeluarkan cairan yang banyak secara tiba-tiba dari jalan lahir berwarna putih jernih, keruh, hijau, atau kecoklatan sedikit-sedikit atau sekaligus banyak, secara tiba-tiba dari jalan lahir dan berbau khas. Keluhan tersebut dapat disertai dengan demam jika sudah ada infeksi. Pasien tidak sedang dalam masa persalinan, tidak ada nyeri maupun kontraksi uterus. Riwayat umur kehamilan pasien lebih dari 20 minggu.

Pada pemeriksaan fisik abdomen, didapatkan uterus lunak dan tidak adanya nyeri tekan. Tinggi fundus harus diukur dan dibandingkan dengan tinggi yang diharapkan menurut hari pertama haid terakhir. Palpasi abdomen memberikan perkiraan ukuran janin dan presentasi.

2. Inspeksi

Pengamatan dengan mata biasa akan tampak keluarnya cairan dari vagina, bila ketuban baru pecah dan jumlah air ketuban masih banyak, pemeriksaan ini akan lebih jelas. Pemeriksaan inspeksi yang dilakukan pada ketuban pecah dini adalah dengan adanya air yang mengalir dari vagina yang tidak bisa dibendung lagi. Untuk membedakan antara air ketuban dengan air seni dapat diketahui dari bentuk dan warnanya. Biasanya, air seni berwarna kekuning-kuningan dan bening, sedangkan air ketuban keruh dan bercampur dengan lanugo (Rambut halus dari janin) dan mengandung fernik kaseosa (lemak pada kulit janin).

3. Pemeriksaan dengan spekulum.

Pemeriksaan dengan spekulum pada KPD akan tampak keluar cairan dari *orifisium uteri eksternum* (OUE), kalau belum juga tampak keluar, fundus uteri ditekan, penderita diminta batuk, mengejan atau bagian terendah digoyangkan, akan tampak keluar cairan dari ostium uteri dan terkumpul pada fornix anterior.

4. Pemeriksaan dalam

Didapat cairan di dalam vagina dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi. Mengenai pemeriksaan dalam vagina dengan tocher perlu dipertimbangkan, pada kehamilan yang kurang bulan yang belum dalam persalinan tidak perlu diadakan pemeriksaan dalam, karena pada waktu pemeriksaan dalam, jari pemeriksa akan mengakumulasi segmen bawah rahim dengan flora vagina yang normal. Mikroorganisme tersebut bisa dengan cepat menjadi pathogen. Pemeriksaan dalam vagina hanya dilakukan kalau KPD yang sudah dalam persalinan atau yang dilakukan induksi persalinan dan dibatasi sedikit mungkin.

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa warna, konsentrasi, bau dan pH nya. Cairan yang keluar dari vagina ini kecuali air ketuban mungkin juga urine atau sekret vagina. Sekret vagina ibu hamil pH: 4-5, dengan kertas nitrazin tidak berubah warna, tetap kuning.

a) Tes Lakmus (tes Nitrazin), jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban (alkalis). pH air ketuban 7 – 7,5, darah dan infeksi vagina dapat mengahsilakan tes yang positif palsu.

b) Mikroskopik (tes pakis), dengan meneteskan air ketuban pada gelas objek dan dibiarkan kering. Pemeriksaan mikroskopik menunjukkan gambaran daun pakis.

b. Pemeriksaan ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri. Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun sering terjadi kesalahan pada penderita oligohidromnion. Walaupun pendekatan diagnosis KPD cukup banyak macam dan caranya, namun

pada umumnya KPD sudah bisa terdiagnosis dengan anamnesa dan pemeriksaan sederhana.

F. Komplikasi

Komplikasi yang timbul akibat ketuban pecah dini bergantung pada usia kehamilan, dapat terjadi infeksi maternal maupun neonatal, persalinan premature, hipoksia dan asfiksia karena kompresi tali pusat, deformitas janin, meningkatnya insiden seksio sesarea, atau gagalnya persalinan normal.

Menurut Prawirohardjo (2014) pengaruh ketuban pecah dini terhadap ibu dan janin adalah sebagai berikut⁽⁸⁾:

1. Prognosis Ibu

Terhadap ibu karena jalan lahir telah terbuka, maka dapat terjadi Infeksi intrapartal apalagi bila terlalu sering diperiksa dalam persalinan. Jika terjadi infeksi dan kontraksi saat ketuban pecah, dapat menyebabkan sepsis, dan selain itu juga dapat dijumpai partus lama/ *dry labour*, perdarahan postpartum, infeksi *puerperalis*/ masa nifas, meningkatkan tindakan *operatif obstetric* (khususnya SC). Ibu akan merasa lelah terbaring di tempat tidur, partus akan menjadi lama sehingga, nadi cepat dan nampaklah gejala-gejala infeksi. Hal tersebut akan meninggikan angka morbiditas dan mortalitas pada maternal.

Resiko infeksi ibu dan anak meningkat pada ketuban pecah dini. Pada ibu dapat terjadi korioamnionitis dan endometritis. Pada bayi dapat terjadi septicemia, pneumonia dan omfalitis. Umumnya *korioamnionitis* terjadi sebelum janin terinfeksi. Pada ketuban pecah dini prematur, infeksi lebih sering daripada aterm. Secara umum insiden infeksi sekunder pada Ketuban Pecah Dini meningkat sebanding dengan lamanya periode laten. Setelah ketuban pecah biasanya segera disusul oleh persalinan. Periode laten tergantung umur kehamilan. Pada kehamilan aterm 90 %

terjadi dalam 24 jam setelah ketuban pecah. Pada kehamilan antara 28 –34 minggu 50 % persalinan dalam 24 jam. Pada kehamilan kurang dari 26 minggu persalinan terjadi dalam 1 minggu.

Tanda dan gejala dari korioamnionitis termasuk: demam > 38) C, uterus yang lembek, takikardia pada fetal dan maternal dan cairan ketuban yang purulent. Komplikasi klinis chorioamnionitis kira-kira 1% pada semua kehamilan. Kejadian korioamnionitis pada ibu dengan KPD diperkirakan 6%-10%.

Endometritis biasanya muncul dalam 2-3 hari setelah persalinan dengan karakteristik demam, sakit perut bagian bawah dan uterus yang lembek. Pengeluaran lochea yang bau, subinvolusi dan demam yang lebih tinggi muncul di kebanyakan kasus. Kejadian endometritis dari persalinan pervaginam kurang dari 3%.

2. Prognosis janin

a. Prematur

Setelah ketuban pecah biasanya segera disusul oleh persalinan. Periode laten tergantung umur kehamilan. Pada kehamilan aterm 90% terjadi dalam 24 jam setelah ketuban pecah. Pada kehamilan antara 28-34 minggu 50% persalinan dalam 24 jam. Pada kehamilan kurang dari 26 minggu persalinan terjadi dalam 1 minggu. Masalah yang dapat terjadi pada persalinan prematur diantaranya adalah *respiratory distress syndrome*, hipotermia, anemia gangguan makan neonatus, gangguan otak, spesis, dan hiperbilirubenemia.

b. Hipoksia

Dengan pecahnya ketuban, terjadi oligohidramnion yang menekan tali pusat hingga terjadi asfiksia atau hipoksia. Terdapat hubungan antara terjadinya gawat janin dan derajat oligohidramnion, semakin sedikit air ketuban, janin semakin gawat. ⁽²⁸⁾

c. Asfiksia

Asfiksia adalah kegagalan bayi baru lahir untuk bernapas secara spontan dan teratur sehingga menimbulkan gangguan lebih lanjut, yang mempengaruhi seluruh metabolisme tubuhnya⁽⁸⁾.

Asfiksia adalah keadaan bayi yang tidak dapat bernapas spontan dan teratur, sehingga dapat menurunkan O₂ dan makin meningkatkan CO₂ yang menimbulkan akibat buruk dalam kehidupan lebih lanjut. Tujuan tindakan perawatan terhadap bayi asfiksia adalah melancarkan kelangsungan pernafasan bayi yang sebagian besar terjadi pada waktu persalinan.⁽⁹⁾

d. Infeksi

Walaupun ibu belum menunjukkan gejala-gejala infeksi tetapi janin mungkin sudah terkena infeksi. Karena infeksi intrauterine lebih dahulu terjadi (amnionitis, vaskulitis) sebelum gejala pada ibu dirasakan. Komplikasi yang sering dialami oleh janin adalah Hipoksia dan asfiksia sekunder (kekurangan oksigen pada bayi). Mengakibatkan kompresi tali pusat, prolaps uteri, partus lama, skor APGAR rendah, ensefalopati, cerebral palsy, perdarahan intrakranial, gagal ginjal, distress pernapasan.

e. Sindrom deformitas janin

Ketuban Pecah Dini yang terjadi terlalu dini menyebabkan pertumbuhan janin terhambat, kelainan disebabkan kompresi muka dan anggota badan janin, serta hipoplasi pulmonary.

G. Penatalaksanaan

Penanganan KPD menurut Prawirohardjo (2014) adalah sebagai berikut⁽⁸⁾:

a. Konservatif

1. Rawat di rumah sakit.

2. Berikan antibiotik (ampisilin 4x500 mg atau eritromisin bila tidak tahan ampisilin dan metronidazol 2x500 mg selama 7 hari).
3. Jika umur kehamilan < 32 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar atau sampai air ketuban tidak lagi keluar.
4. Jika usia kehamilan 32-37 minggu, belum inpartu, tidak ada infeksi, tes busa negative, beri deksametason, observasi tanda-tanda infeksi dan kesejahteraan janin.
5. Terminasi pada kehamilan 37 minggu.
6. Jika usia kehamilan 32-37 minggu, ada infeksi, beri antibiotik dan lakukan induksi, nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intrauterin).
7. Pada usia kehamilan 32-37 minggu, berikan steroid untuk memacu kematangan paru janin, dan bila memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu. Dosis betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, deksametason IM 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.

b. Aktif

1. Kehamilan > 37 minggu, induksi dengan oksitosin. Bila gagal, lakukan seksio sesarea. Dapat pula diberikan misoprostol 25 µg – 50 µg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali. Bila ada tanda-tanda infeksi, berikan antibiotic dosis tinggi dan persalinan diakhiri.
2. Bila skor pelvic < 5, lakukan pematangan serviks, kemudian induksi. Jika tidak berhasil, akhiri persalinan dengan seksio sesarea.
3. Bila skor pelvic > 5, induksi persalinan.

Tabel 2.1. Penanganan KPD Menurut Sarwono 2014⁽²⁹⁾

Ketuban Pecah			
< 37 minggu		>37 minggu	
Infeksi	Tidak ada infeksi	Infeksi	Tidak ada infeksi
Berikan ampisilin,	Amoxilin + eritromisin untuk	Berikan ampisilin,	Lahirkan bayi

gentamisin dan metrodinazole	7 hari	gentamisin dan metrodinazole	
Lahirkan bayi	Steroid untuk pematangan paru	Lahirkan bayi	Berikan penisilin atau ampisilin
Antibiotika setelah persalinan			
Proflaksis	Infeksi		Tidak ada infeksi
Stop antibiotik	Lanjutkan untuk 24-48 jam setelah bebas panas		Tidak perlu antibiotik

Sumber: (Sarwono, 2014).

4. Bayi Baru Lahir

A. Definisi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kelapa melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai APGAR >7 dan tanpa cacat bawaan.⁽¹⁶⁾

B. Perawatan Neonatal Esensial Pada Saat Lahir

Bayi Baru Lahir (BBL) sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan oleh paparan atau kontaminasi mikroorganisme selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Beberapa mikroorganisme harus diwaspadai karena dapat ditularkan lewat percikan darah dan cairan tubuh misalnya virus HIV, Hepatitis B dan Hepatitis C. Sebelum menangani BBL, pastikan penolong persalinan telah melakukan upaya pencegahan infeksi berikut:⁽³⁰⁾

1) Persiapan Diri

- a) Sebelum dan setelah bersentuhan dengan bayi, cuci tangan dengan sabun kemudian keringkan
- b) Memakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.

2) Persiapan Alat

Pastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan, terutama klem, gunting, alat-alat resusitasi dan benang tali pusat telah di desinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau sterilisasi. Gunakan bola karet pengisap yang baru dan bersih jika akan melakukan pengisapan lendir dengan alat tersebut. Jangan menggunakan bola karet pengisap yang sama untuk lebih dari satu bayi. Bila menggunakan bola karet pengisap yang dapat digunakan kembali, pastikan alat tersebut dalam keadaan bersih dan steril. Pastikan semua pakaian, handuk, selimut dan kain yang digunakan untuk bayi sudah dalam keadaan bersih dan hangat. Demikian pula halnya timbangan, pita pengukur, termometer, stetoskop dan benda-benda lain yang akan bersentuhan dengan bayi, juga bersih dan hangat. Dekontaminasi dan cuci semua alat setiap kali setelah digunakan.

3) Persiapan Tempat

Gunakan ruangan yang hangat dan terang, siapkan tempat resusitasi yang bersih, kering, hangat, datar, rata dan cukup keras, misalnya meja atau dipan. Letakkan tempat resustasi dekat pemancar panas dan tidak berangin, tutup jendela dan pintu. Gunakan lampu pijar 60 watt dengan jarak 60 cm dari bayi sebagai alternatif bila pemancar panas tidak tersedia.

C. Penilaian Awal

Untuk semua BBL, lakukan penilaian awal dengan menjawab 4 pertanyaan:(10)

Sebelum bayi lahir:

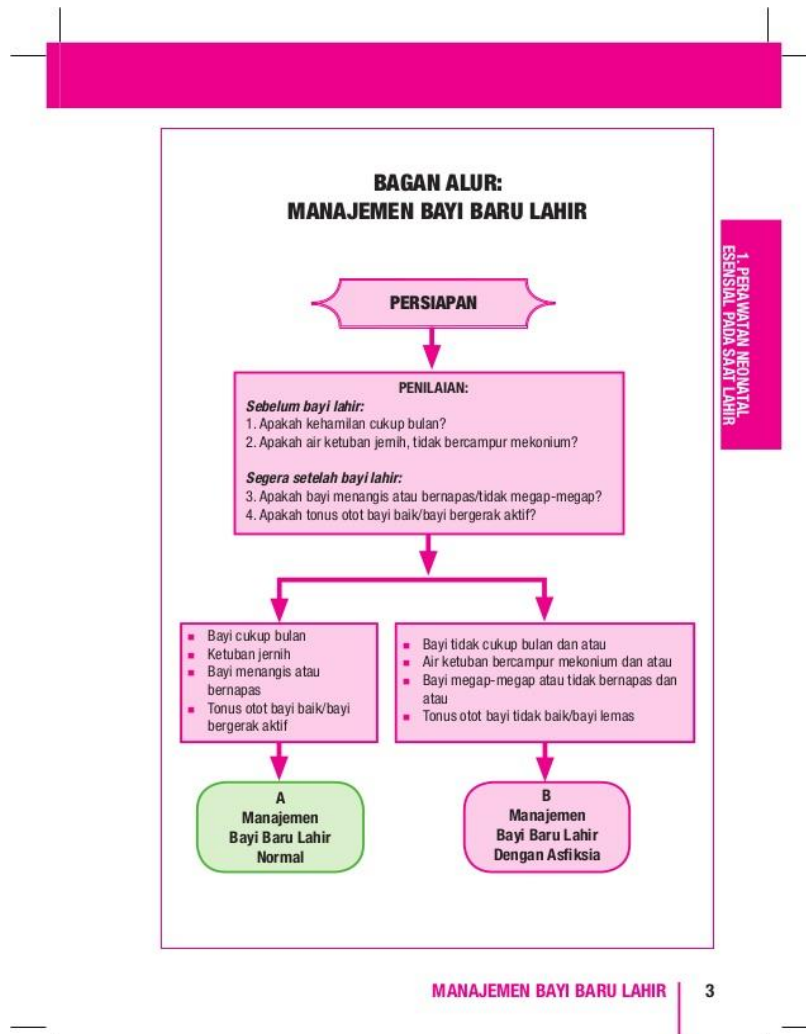
- 1) Apakah kehamilan cukup bulan?
- 2) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium?

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

- 1) Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?
- 2) Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

Dalam Bagan Alur Manajemen BBL dapat dilihat alur penatalaksanaan BBL mulai dari persiapan, penilaian dan keputusan serta alternatif tindakan yang sesuai dengan hasil penilaian keadaan BBL. Untuk BBL cukup bulan dengan air ketuban jernih yang langsung menangis atau bernapas spontan dan bergerak aktif cukup dilakukan manajemen BBL normal. Jika bayi kurang bulan (< 37 minggu/259 hari) atau bayi lebih bulan (\geq 42 minggu/283 hari) dan atau air ketuban bercampur mekonium dan atau tidak bernapas atau megap-megap dan atau tonus otot tidak baik lakukan manajemen BBL dengan Asfiksia.

Gambar 1. Alur Manajemen Bayi Baru Lahir⁽¹⁰⁾



D. Klasifikasi Nilai APGAR

- 1) Nilai 7-10 : bayi normal
- 2) Nilai 4-6 : bayi asfiksia ringan-sedang
- 3) Nilai 0-3 : bayi asfiksia berat

E. Asuhan Bayi Baru Lahir

1) Pencegahan infeksi

Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan mikroorganisme yang terpapar selama proses persalinan berlangsung ataupun beberapa saat setelah bayi lahir.

2) Menilai bayi baru lahir

Penilaian bayi baru lahir dilakukan dalam waktu 30 detik pertama. Keadaan yang harus dinilai pada saat bayi baru lahir sebagai berikut :

- a) Apakah bayi cukup bulan?
- b) Apakah air ketuban jernih, tidak tercampur mekonium?
- c) Apakah bayi menangis atau bernapas?
- d) Apakah tonus otot baik?

3) Menjaga bayi tetap hangat

Mekanisme kehilangan panas tubuh bayi baru lahir adalah sebagai berikut :

- a) Evaporasi adalah kehilangan panas dapat terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi karena setelah lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan, bayi yang terlalu cepat dimandikan, dan tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti.
- b) Konduksi adalah kehilangan panas tubuh bayi melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin
- c) Konveksi adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin

- d) Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan dekat benda-benda yang mempunyai suhu yang lebih rendah dari suhu tubuh bayi
- 4) Perawatan tali pusat
Lakukan perawatan tali pusat dengan cara mengklem dan memotong tali pusat setelah bayi lahir, kemudian mengikat tali pusat tanpa membubuhi apapun.
- 5) Inisiasi menyusui dini
Segera setelah bayi lahir dan tali pusat diikat. Kenakan topi pada bayi dan bayi diletakkan secara tengkurap di dada ibu, kontak langsung antara kulit dada bayi dan kulit dada ibu. Bayi akan merangkak mencari puting susu ibu dan menyusui. Suhu ruangan tidak boleh $< 26^{\circ}\text{C}$.
- 6) Pencegahan infeksi mata
Dengan pemberian salep mata antibiotik tetrasiklin 1 % pada kedua mata, setelah satu jam kelahiran bayi.
- 7) Pemberian suntikan Vitamin K1
Bayi baru lahir harus diberi suntikan vitamin K1 mg intramuskuler, di paha kiri anterolateral segera setelah pemberian salep mata. Suntikan vitamin K1 untuk mencegah perdarahan bayi baru lahir akibat defisiensi vitamin K.
- 8) Pemberian imunisasi bayi baru lahir
Imunisasi HB-0 diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K1 dengan dosis 0,5 ml intramuskuler di paha kanan anterolateral. Imunisasi HB-0 untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi. Pelayanan kesehatan atau kunjungan ulang bayi baru lahir dilaksanakan minimal 3 kali :
- Saat bayi usia 6-48 jam
 - Saat bayi usia 3-7 hari
 - Saat bayi usia 8-28 hari

5. Nifas

1. Masa Nifas

A. Definisi

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan.⁽³¹⁾

B. Perubahan Fisiologis pada Ibu Masa Nifas⁽³²⁾

Pada masa nifas terjadi perubahan-perubahan fisiologis berikut. :

- 1) Involusi Uterus Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses di mana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 30 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Tabel 5.1 TFU dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi Involusi TFU Berat Uterus Bayi lahir Setinggi pusat, 2 jari di bawah pusat 1.000 gr 1 minggu Pertengahan pusat simfisis 750 gr 2 minggu Tidak teraba di atas simfisis 500 gr 6 minggu Normal 50 gr 8 minggu Normal seperti sebelum hamil 30 gr bulan.
- 2) Lochea Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Pemeriksaan lochea meliputi perubahan warna dan bau karena lochea memiliki ciri khas: bau amis atau khas darah dan adanya bau busuk menandakan adanya infeksi. Jumlah total pengeluaran seluruh periode lochea rata-rata kira-kira 240–270 ml. Lochea terbagi 4 tahapan:
 - a) Lochea Rubra/Merah (Cruenta)
Lochea ini muncul pada hari 1 sampai hari ke-3 masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi

darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo, dan meconium.

b) Lochea Sanguinolenta

Cairan yang keluar berwarna merah kecokelatan dan berlendir. Berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 postpartum.

c) Lochea Serosa

Lochea ini berwarna kuning kecokelatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan/lacerasi plasenta. Muncul pada hari ke-8 sampai hari ke-14 postpartum.

d) Lochea Alba/Putih Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba bisa berlangsung selama 2 sampai 6 minggu postpartum.

3) Proses Laktasi

Sejak masa hamil payudara sudah memproduksi air susu di bawah kontrol beberapa hormon, tetapi volume yang diproduksi masih sangat sedikit. Selama masa nifas payudara bagian alveolus mulai optimal memproduksi air susu (ASI). Dari alveolus ini ASI disalurkan ke dalam saluran kecil (duktulus), di mana beberapa saluran kecil bergabung membentuk saluran yang lebih besar (duktus). Di bawah areola, saluran yang besar ini mengalami pelebaran yang disebut sinus. Akhirnya semua saluran yang besar ini memusat ke dalam puting dan bermuara ke luar. Di dalam dinding alveolus maupun saluran, terdapat otot yang apabila berkontraksi dapat memompa ASI keluar bulan.(33)

Jenis-Jenis ASI :

a) Kolostrum: cairan pertama yang dikeluarkan oleh kelenjar payudara pada hari pertama sampai dengan hari ke-3, berwarna kuning keemasan, mengandung protein tinggi rendah laktosa

b) ASI Transisi: keluar pada hari ke 3–8; jumlah ASI meningkat tetapi protein rendah dan lemak, hidrat arang tinggi.

- c) ASI Mature: ASI yang keluar hari ke 8–11 dan seterusnya, nutrisi terus berubah sampai bayi 6 bulan.

Beberapa Hormon yang Berperan dalam Proses Laktasi :

- a) Hormon Prolaktin Ketika bayi menyusui, payudara mengirimkan rangsangan ke otak. Otak kemudian bereaksi mengeluarkan hormon prolaktin yang masuk ke dalam aliran darah menuju kembali ke payudara. Hormon prolaktin merangsang sel-sel pembuat susu untuk bekerja, memproduksi susu. Semakin sering dihisap bayi, semakin banyak ASI yang diproduksi. Semakin jarang bayi menyusui, semakin sedikit ASI yang diproduksi. Jika bayi berhenti menyusui, payudara juga akan berhenti memproduksi ASI.
- b) Hormon Oksitosin Setelah menerima rangsangan dari payudara, otak juga mengeluarkan hormon oksitosin. Hormon oksitosin diproduksi lebih cepat daripada prolaktin. Hormon ini juga masuk ke dalam aliran darah menuju payudara. Di payudara, hormon oksitosin ini merangsang sel-sel otot untuk berkontraksi. Kontraksi ini menyebabkan ASI yang diproduksi sel-sel pembuat susu terdorong mengalir melalui pembuluh menuju muara saluran ASI. Kadangkadang, bahkan ASI mengalir hingga keluar payudara ketika bayi sedang tidak menyusui. Mengalirnya ASI ini disebut refleksi pelepasan ASI.

C. Perubahan Psikologis

Perubahan psikologis mempunyai peranan yang sangat penting pada ibu dalam masa nifas. Ibu nifas menjadi sangat sensitif, sehingga diperlukan pengertian dari keluarga-keluarga terdekat. Peran bidan sangat penting pada masa nifas untuk memberi pegarahan pada keluarga tentang kondisi ibu serta pendekatan psikologis yang dilakukan bidan pada ibu nifas agar tidak terjadi perubahan psikologis yang patologis.⁽²⁹⁾

Adaptasi psikologis yang perlu dilakukan sesuai dengan fase di bawah ini:

1) Fase *Taking In*

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya. Kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya. Oleh karena itu, kondisi ibu perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik. Pada fase ini perlu diperhatikan pemberian ekstra makanan untuk proses pemulihannya.

2) Fase *Taking Hold*

Fase ini berlangsung antara 3–10 hari setelah melahirkan. Pada fase *taking hold*, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Selain itu perasaannya sangat sensitif sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati. Oleh karena itu, ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri.

3) Fase *Letting Go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini bulan.

D. Jadwal Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan dilakukan paling sedikit 3 kali selama ibu dalam masa nifas. Kegiatan yang dilakukan selama kunjungan meliputi

pemeriksaan untuk deteksi dini, pencegahan, intervensi, dan penanganan masalah-masalah yang terjadi pada saat nifas seperti dapat dilihat pada tabel berikut ini⁽²⁹⁾:

Jadwal Kunjungan pada Ibu dalam Masa Nifas

Kunjungan I (KF I) 6 Jam s/d 3 hari Pasca salin	Kunjungan II (KF II) hari ke 4 s/d 28 hari Pasca salin	Kunjungan III (KF III) hari ke 29 s/d 42 hari Pasca salin
Memastikan involusi uterus	Bagaimana persepsi ibu tentang persalinan dan kelahiran bayi	Permulaan hubungan seksual
Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan	Kondisi payudara	Metode KB yang digunakan
Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat	Ketidaknyamanan yang dirasakan ibu	Latihan pengencangan otot perut
Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak tanda-tanda infeksi	Istirahat ibu	Fungsi pencernaan, konstipasi, dan bagaimana penanganannya
Bagaimana perawatan bayi sehari-hari		Menanyakan pada ibu apa sudah haid.
		Hubungan bidan, dokter, dan RS dengan masalah yang ada

E. Kebutuhan Ibu dalam Masa Nifas⁽²⁹⁾

1) Nutrisi dan Cairan

- a) Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari.
- b) Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari.
- c) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pasca persalinan.

2) Pemberian Kapsul Vitamin A 200.000 IU

Kapsul vitamin A 200.000 IU pada masa diberikan sebanyak dua kali, pertama segera setelah melahirkan, kedua di berikan setelah 24 jam pemberian kapsul vitamin A pertama.

Manfaat kapsul vitamin A untuk ibu nifas sebagai berikut :

- a) Meningkatkan kandungan vitamin A dalam Air Susu Ibu (ASI).
- b) Bayi lebih kebal dan jarang kena penyakit infeksi.

- c) Kesehatan ibu lebih cepat pulih setelah melahirkan.
 - d) Ibu nifas harus minum 2 kapsul vitamin A karena :
 - (aa) Bayi lahir dengan cadangan vitamin A yang rendah, kebutuhan bayi akan vitamin A tinggi untuk pertumbuhan dan peningkatan daya tahan tubuh
 - (ab) Pemberian 1 kapsul vitamin A 200.000 IU warna merah pada ibu nifas hanya cukup untuk meningkatkan kandungan vitamin A dalam ASI selama 60 hari, sedangkan dengan pemberian 2 kapsul dapat menambah kandungan vitamin A sampai bayi 6 bulan.
- 3) Ambulasi
- Ambulasi dini (early ambulation) ialah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu postpartum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan. Ibu postpartum sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24–48 jam postpartum. Early ambulation tidak diperbolehkan pada ibu postpartum dengan penyulit, misalnya anemia, penyakit jantung, paru-paru, demam dan sebagainya bulan.⁽³¹⁾
- 4) Eliminasi
- Ibu diminta untuk buang air kecil 6 jam postpartum. Jika dalam 8 jam belum dapat berkemih atau sekali berkemih atau belum melebihi 100 cc, maka dilakukan kateterisasi. Akan tetapi, kalau ternyata kandung kemih penuh, tidak perlu menunggu 8 jam untuk kateterisasi. Ibu postpartum diharapkan dapat buang air besar setelah hari ke-2 postpartum. Jika hari ke-3 belum juga BAB, maka perlu diberi obat pencahar per oral atau per rektal.
- 5) Personal Hygiene Kebersihan diri sangat penting untuk mencegah infeksi. Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan seluruh tubuh, terutama perineum. Sarankan ibu untuk mengganti pembalut dua kali sehari, mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya dan bagi ibu yang

mempunyai luka episiotomi atau laserasi, disarankan untuk mencuci luka tersebut dengan air dingin dan menghindari menyentuh daerah tersebut.

- 6) Istirahat dan Tidur Sarankan ibu untuk istirahat cukup. Tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur.
- 7) Seksual Ibu diperbolehkan untuk melakukan aktivitas kapan saja ibu siap dan secara fisik aman serta tidak ada rasa nyeri.

F. Ketidaknyamanan Pasca Partum⁽³⁴⁾

1. Pengertian ketidaknyamanan pasca partum

Ketidaknyamanan pasca partum adalah perasaan tidak nyaman yang berhubungan dengan kondisi setelah melahirkan.

2. Penyebab ketidaknyamanan pasca partum

Ketidaknyamanan pasca partum disebabkan oleh trauma perineum selama persalinan dan kelahiran, involusi uterus, proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula, pembengkakan payudara dimana alveoli mulai terisi ASI, kekurangan dukungan dari keluarga dan tenaga kesehatan, ketidaktepatan posisi duduk, dan faktor budaya.

Beberapa ketidaknyamanan pada masa nifas, meskipun dianggap normal, ketidaknyamanan tersebut dapat menyebabkan distress fisik yang bermakna.

a. Nyeri setelah melahirkan

Nyeri setelah melahirkan disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus yang berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri ini lebih umum terjadi pada paritas tinggi dan pada wanita menyusui. Alasan nyeri yang lebih berat pada wanita dengan paritas tinggi adalah penurunan tonus otot uterus secara bersamaan, menyebabkan relaksasi intermiten. Berbeda pada wanita primipara yang tonus ototnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi tanpa relaksasi intermiten.

Pada wanita menyusui, isapan bayi menstimulasi produksi oksitosin oleh hipofise posterior. Pelepasan oksitosin tidak hanya memicu refleks let down (pengeluaran ASI) pada payudara, tetapi juga menyebabkan kontraksi uterus. Nyeri setelah melahirkan akan hilang jika uterus tetap berkontraksi dengan baik saat kandung kemih kosong. Kandung kemih yang penuh mengubah posisi uterus ke atas, menyebabkan relaksasi dan kontraksi uterus lebih nyeri.

b. Keringat berlebih

Ibu post partum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraselular selama kehamilan. Cara menguranginya sangat sederhana yaitu dengan membuat kulit tetap bersih dan kering.

c. Pembesaran payudara

Diperkirakan bahwa pembesaran payudara disebabkan oleh kombinasi akumulasi dan stasis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ketiga post partum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam.

d. Nyeri perineum

Beberapa tindakan dapat mengurangi ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau luka episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut. Sebelum tindakan dilakukan, penting untuk memeriksa perineum untuk menyingkirkan komplikasi seperti hematoma. Pemeriksaan ini juga mengindikasikan tindakan lanjutan apa yang mungkin paling efektif.

e. Konstipasi

Rasa takut dapat menghambat fungsi bowel jika wanita takut bahwa hal tersebut dapat merobek jahitan atau akibat nyeri yang disebabkan oleh ingatannya tentang tekanan bowel pada saat persalinan. Konstipasi lebih lanjut mungkin diperberat dengan longgarnya abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum derajat tiga atau empat.

f. Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid, mungkin mereka sangat merasakan nyeri selama beberapa hari. Hemoroid yang terjadi selama masa kehamilan dapat menimbulkan trauma dan menjadi lebih edema selama kala dua persalinan

G. Pengkajian pada Ibu Nifas⁽³⁵⁾

1) Anamnesis

Anamnesis perlu dilakukan untuk mengetahui kondisi ibu dengan cara menanyakan keluhan dan keadaan yang dirasakan ibu selama masa nifas. Anamnesis untuk mendapatkan keterangan yang berkaitan dengan keadaan ibu dapat ditanyakan juga kepada suami dan atau keluarga.

2) Pemeriksaan Fisik Ibu Nifas

Pemeriksaan fisik selama masa nifas perlu dilakukan untuk memastikan kondisi ibu nifas dalam keadaan normal. Hal-hal yang perlu dilakukan sebagai berikut.

a) Pengukuran Tanda-Tanda Vital

Pemeriksaan tanda-tanda vital meliputi: suhu tubuh, nadi, pernapasan, dan tekanan darah. Mengukur tanda-tanda vital bertujuan untuk memperoleh data dasar memantau perubahan status kesehatan klien.

b) Identifikasi Tanda Anemia

Tanda anemia diidentifikasi dengan melakukan pemeriksaan hemoglobin.

c) Pemeriksaan Payudara

Lakukan palpasi di sekeliling puting susu untuk mengetahui adanya keluaran. Apabila ada keluaran, identifikasi keluaran tersebut mengenai sumber, jumlah, warna, konsistensi, dan kaji terhadap adanya nyeri tekan. Waspadai apabila ditemukan bendungan ASI, rasa panas, nyeri, merah, dan bengkak.

d) Pemeriksaan Abdominal

Tujuan pemeriksaan abdominal sebagai berikut : Memeriksa involusi uterus (lokasi fundus, ukur dengan jari tangan dan konsistensi (keras atau lunak). Perhatikan apabila ditemukan ketidaksesuaian turunnya fundus uteri dengan lamanya masa nifas.

e) Memeriksa kandung kemih (adanya distensi yang disebabkan oleh retensi urine) biasa terjadi setelah lahir. Pemeriksaan dilakukan dengan palpasi menggunakan 1 atau 2 tangan, akan teraba apabila ada distensi. Jika ada distensi, lakukan perkusi untuk mengetahui suara/tingkatan redupnya.

f) Menentukan ukuran diastasis rektus abdominalis (derajat pemisahan otot rektus abdominis) sebagai evaluasi denyut otot abdominal dengan menentukan derajat diastasis.

g) Memeriksa CVA (costovertebral angle) rasa sakit pada CVA/letak pertemuan dari iga ke 12 atau yang terbawah dari otot paravertebral sejajar dengan kedua sisi tulang punggung dan disana terdapat ginjal di posterior dekat dengan permukaan kulit, rasa sakit ditransmisikan melalui saraf ke-10, 11, dan 12 dari rongga dada sebagai identifikasi adanya penyakit ginjal atau ISK.

h) Dengan teknik auskultasi untuk mendengarkan bising usus (deteksi adanya parametritis).

i) Dengan palpasi dan tekanan pada perut bagian bawah untuk mendeteksi adanya abses pelvik, dan lain-lain.

j) Pemeriksaan Ano-Genitalia

Tujuan pemeriksaan ano-genitalia untuk :

- ✓ memeriksa perineum terhadap penyembuhan luka meliputi (edema, inflamasi, hematoma, supurasi, dehiscence, echymosis/memar).
- ✓ Memeriksa pengeluaran lochea (perubahan warna dan bau)

Rubra	Hari 0-3	Warna merah
Sanguilenta	Hari 3-7	Warna merah kuning,
Serosa	Hari 7-15	warna kuning
Alba	Setelah 2 minggu	warna putih
Purulenta		cairan seperti nanah berbau busuk bila terjadi infeksi

Jumlah total pengeluaran seluruh periode lochea rata-rata kira-kira 240-270 ml. Bau amis atau khas darah, bau busuk tanda infeksi.

k) Pemeriksaan anus

Sebagai tindak lanjut pemeriksaan prenatal, memeriksa keadaan anus setelah persalinan perlu dilakukan terutama kondisi haemorhoid, adanya lesi atau perdarahan.

l) Mengevaluasi tonus otot pelvik (dilakukan pada minggu ke-4 dan ke-6)

m) Pemeriksaan Ekstremitas

Pemeriksaan ekstremitas dilakukan dengan menilai tanda homan (untuk mendeteksi adanya tromboplebitis), edema, menilai pembesaran varises, dan mengukur refleks patela (jika ada komplikasi menuju eklampsi postpartum).

Pemeriksaan ekstremitas dilakukan dengan cara berikut. :

- ✓ Dengan posisi kaki lurus lakukan inspeksi adakah terlihat edema, varises, warna kemerahan, tegang.

- ✓ Palpasi kaki, nilai suhu kaki apakah panas, tekan tulang kering adakah edema dan nilai derajat edema.
- ✓ Nilai tanda homan dengan menekuk kedua kaki jika terasa nyeri pada betis maka homan positif.

H. Deteksi Dini Penyulit pada Masa Nifas dan Penanganannya
Perdarahan paska persalinan dibagi menjadi perdarahan pasca persalinan primer dan sekunder.

1) Perdarahan Pasca Persalinan

a) Perdarahan pasca persalinan primer (early postpartum) Haemorrhage, atau perdarahan pasca persalinan segera. Perdarahan pasca persalinan primer terjadi dalam 24 jam pertama. Penyebab utama perdarahan pasca persalinan primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, dan robekan jalan lahir. Terbanyak dalam 2 jam pertama.

b) Perdarahan pasca persalinan sekunder (late postpartum haemorrhage), atau perdarahan masa nifas, perdarahan pasca persalinan lambat.

Perdarahan pasca persalinan sekunder terjadi setelah 24 jam pertama. Penyebab utama perdarahan pasca persalinan sekunder adalah robekan jalan lahir dan sisa plasenta atau membran.

2) Infeksi Masa Nifas

Merupakan infeksi peradangan pada semua alat genitalia pada masa nifas oleh sebab apapun dengan ketentuan meningkatnya suhu badan melebihi 38°C tanpa menghitung hari pertama dan berturut-turut selama 2 hari.

Gejala infeksi masa nifas sebagai berikut :

- a) Tampak sakit dan lemah.
- b) Suhu meningkat > 38°C.
- c) TD meningkat/menurun.
- d) Pernapasan dapat meningkat/menurun.

- e) Kesadaran gelisah/koma.
- f) Terjadi gangguan involusi uterus.

Lochea bernanah berbau.

F. Peran dan Tanggung jawab Bidan Pada Masa Nifas

Menurut Marni (2012), peran dan tanggung jawab bidan pada masa nifas antara lain :⁽³⁰⁾

1. Mendukung dan memantau kesehatan fisik ibu dan bayi.
2. Mendukung dan memantau kesehatan psikologis, emosi, sosial, serta memberikan semangat pada ibu.
3. Membantu ibu dalam menyusui bayinya.
4. Membangun kepercayaan diri ibu dalam perannya sebagai ibu.
5. Mendukung pendidikan kesehatan termasuk pendidikan dalam perannya sebagai orangtua.
6. Sebagai promotor hubungan antara ibu dan bayi serta keluarga.
7. Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.
8. Membuat kebijakan, perencana program kesehatan yang berkaitan dengan ibu dan anak serta mampu melakukan kegiatan administrasi.
9. Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan.
10. Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktekkan kebersihan yang aman.
11. Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosa dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan.
12. Memberikan asuhan secara professional.

G. Kunjungan Masa Nifas

Menurut kebijakan pemerintah, kunjungan masa nifas antara lain:⁽¹⁴⁾

- 1) Kunjungan ke-1 (2-48 jam setelah persalinan): mencegah adanya perdarahan masa nifas karena antonia uteri; mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan: rujuk bila perdarahan berlanjut;

memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena antonia uteri; pemberian ASI awal; melakukan hubungan antara ibu dan bayinya; menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi; jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayinya untuk 2 jam pertama setelah lahir, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan sehat.

- 2) Kunjungan ke-2 (2-7 hari setelah persalinan): memastikan involusi uteri berjalan dengan normal; uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau; menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal; memastikan ibu cukup makanan, cairan, dan istirahat; memastikan ibu menyusui dengan baik dan memperhatikan tanda-tanda penyulit, meberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tai pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
- 3) Kunjungan ke-3 (8-28 hari setelah persalinan): sama seperti diatas
- 4) Kunjungan k-4 (29-42 hari setelah persalinan): menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ibu tau atau yang bayi alami; memberikan konseling KB secara dini.

H. Komplikasi Masa Nifas ⁽³⁶⁾

- 1) Perdarahan masa nifas

Perdarahan ini bisa terjadi segera begitu ibu melahirkan. Terutama di dua jam pertama yang kemungkinannya sangat tinggi. Itulah sebabnya, selama 2 jam setelah bersalin ibu belum boleh keluar dari kamar bersalin dan masih dalam pengawasan. “yang diperhatikan adalah tinggi rahim, ada perdarahan atau tidak, lalu tekanan darah dan nadinya. Bila terjadi perdarahan, maka tinggi rahim akan bertambah naik, tekanan darah menurun, dan denyut nadi ibu menjadi cepat. Normalnya tinggi rahim setelah melahirkan adalah sama dengan pusar atau 1 cm diatas pusar.”²⁴

- 2) Infeksi masa nifas, adalah infeksi peradangan pada semua alat genitalia pada masa nifas oleh sebab apapun dengan ketentuan meningkatnya suhu badan melebihi 38°C tanpa menghitung hari pertama dan berturut-turut selama 2 hari
- 3) Keadaan abnormal pada payudara yaitu seperti bendungan asi, mastitis dan abses payudara
- 4) Demam, pada masa nifas mungkin terjadi peningkatan suhu badan atau keluhan nyeri. Demam pada masa nifas menunjukkan adanya infeksi, yang tersering infeksi kandung dan saluran kemih. ASI yang tidak keluar terutama pada hari ke 3-4, terkadang menyebabkan demam disertai payudara membengkak dan nyeri. Demam ASI ini umumnya berakhir setelah 24 jam.

5) Pre Eklampsia dan Eklampsia

Biasanya orang menyebutnya keracunan kehamilan. Ini ditandai dengan munculnya tekanan darah tinggi, oedema atau pembengkakan pada tungkai, dan bila diperiksa laboratorium urinya terlihat mengandung protein. Dikatakan eklampsia bila sudah terjadi kejang, bila hanya gejalanya saja maka dikatakan preeklampsia. Selama masa nifas dihari ke-1 sampai ke 28, ibu harus mewaspadaai munculnya gejala preeklampsia. Jika keadaannya bertambah berat bisa terjadi eklampsia, dimana kesadaran hilang dan tekanan darah meningkat tinggi sekali. Akibatnya, pembuluh darah otak bisa pecah, terjadi oedema pada paru-paru yang memicu batuk berdarah. Semua ini bisa menyebabkan kematian

6) Infeksi dari vagina ke Rahim

Adanya lochea atau darah dan kotoran pada masa nifas inilah yang mengharuskan ibumembersihkan daerah vaginanya dengan benar, seksama setelah BAK atau BAB, bila tidak dikhawatirkan vagina akan mengalami infeksi.

7) Payudara berubah merah panas dan nyeri.

I. Posisi yang Benar dalam menyusui

Dalam menyusui yang benar ada beberapa macam posisi menyusui, antara lain :⁽³⁷⁾

1) Posisi berbaring miring

Posisi ini amat baik untuk pemberian ASI yang pertama kali atau bila ibu merasakan lelah atau nyeri. Ini biasanya dilakukan pada ibu menyusui yang melahirkan melalui operasi sesar. Yang harus diwaspadai dari teknik ini adalah pertahankan jalan nafas bayi agar tidak tertutupi oleh payudara ibu. Oleh karena itu, ibu harus selalu didampingi oleh orang lain ketika menyusui.

2) Posisi duduk

Penting untuk memberikan topangan atau sandaran pada punggung ibu, dalam posisinya agak tegak lurus (90^0) terhadap pangkuannya. Ini mungkin dapat dilakukan dengan duduk bersila diatas tempat tidur atau dilantai, atau duduk dikursi.

J. Langkah-langkah menyusui yang benar

Berberapa langkah yang benar dalam menyusui bayi antara lain :⁽³⁷⁾

- 1) Sebelum menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan areola sekitarnya. Cara ini mempunyai manfaat sebagai desinfektan dan menjaga kelembaban puting susu.
- 2) Bayi diletakkan menghadap perut ibu/payudara.
- 3) Ibu duduk atau berbaring santai. Bila duduk lebih baik menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu tidak tergantung dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi.
- 4) Bayi dipegang dengan satu lengan, kepala bayi terletak pada lengkung siku ibu dan bokong bayi terletak pada lengan. Kepala bayi tidak boleh tertengadah dan bokong bayi ditahan dengan telapak tangan ibu.
- 5) Satu tangan bayi diletakkan dibelakang badan ibu, dan yang satu di depan.

- 6) Perut bayi menempel badan ibu, kepala bayi menghadap payudara (tidak hanya membelokkan kepala bayi).
- 7) Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus.
- 8) Ibu menatap bayi dengan kasih sayang.
- 9) Payudara dipegang dengan ibu jari di atas dan jari yang lain menopang di bawah. Jangan menekan puting susu atau areolanya saja.
- 10) Bayi diberi rangsangan untuk membuka mulut (*rooting reflek*) dengan cara:
 - a) Menyentuh pipi dengan puting susu, atau
 - b) Menyentuh sisi mulut bayi.
 - c) Setelah bayi membuka mulut, dengan cepat kepala bayi didekatkan ke payudara ibu dengan puting serta areola dimasukkan ke mulut bayi.
 - d) Usahakan sebagian besar areola dimasukkan ke mulut bayi, susu berada dibawah langit-langit dan lidah bayi akan menekan ASI keluar dari tempat penampungan ASI yang terletak dibawah areola.
 - e) Setelah bayi mulai menghisap, payudara tak perlu dipegang atau disangga lagi.
- 11) Melepas isapan bayi

Setelah menyusui pada satu payudara sampai terasa kosong, sebaiknya ganti menyusui pada payudara yang lain. Cara melepas isapan bayi :

 - a) Jari kelingking ibu dimasukkan ke mulut bayi melalui sudut mulut atau,
 - b) Dagu bayi ditekan kebawah.
- 12) Menyusui berikutnya mulai dari payudara yang belum terkosongkan (yang dihisap terakhir).
- 13) Setelah selesai menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan areola sekitarnya. Biarkan kering dengan sendirinya.
- 14) Menyendawakan bayi

Tujuan menyendawakan bayi adalah mengeluarkan udara dari lambung supaya bayi tidak muntah (gumoh-jawa) setelah menyusui.

Cara menyendawakan bayi :

- a) Bayi digendong tegak dengan bersandar pada bahu ibu kemudian punggungnya ditepuk perlahan-lahan atau,
- b) Bayi tidur tengkurap dipangkuan ibu, kemudian punggungnya ditepuk perlahan-lahan.

K. Lama dan frekuensi menyusui

Sebaiknya bayi disusui secara *on demand* karena bayi akan menentukan sendiri kebutuhannya. Ibu harus menyusui bayinya bila bayi menangis bukan karena sebab lain (kencing, kepanasan/ kedinginan, atau sekedar ingin didekap) atau ibu sudah merasa perlu menyusui bayinya. Bayi yang sehat dapat mengosongkan satu payudara sekitar 5-7 menit dan ASI dalam lambung bayi akan kosong dalam waktu 2 jam. Pada awalnya bayi akan menyusui dengan jadwal yang tak teratur, dan akan mempunyai pola tertentu setelah 1-2 minggu kemudian.

L. Masalah - masalah dalam pemberian ASI

Kegagalan dalam proses menyusui sering disebabkan karena timbulnya beberapa masalah, antara lain :⁽³⁷⁾

1) Puting susu lecet

(a) Penyebab

- (1) Kesalahan dalam teknik menyusui yang benar
- (2) Akibat dari pemakaian sabun, alcohol, krim,dll untuk mencuci puting susu
- (3) Mungkin saja terjadi pada bayi yang *frenulum linguae* (tali lidah yang pendek), sehingga menyebabkan bayi sulit menghisap sehingga hisapannya hanya pada puting susu
- (4) Rasa nyeri dapat timbul jika ibu menghentikan menyusui kurang hati-hati.

Menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia (2013) Masalah yang paling sering terjadi pada ibu yang menyusui adalah puting susu

nyeri/lecet. Keadaan seperti ini biasanya terjadi karena posisi bayi sewaktu menyusui salah. Bayi hanya menghisap pada puting karena aerola sebagian besar tidak masuk ke dalam mulut bayi. Hal ini juga dapat terjadi pada akhir menyusui bila melepaskan hisapan bayi tidak benar. Juga dapat terjadi bila sering membersihkan puting dengan alkohol atau sabun. Puting lecet ini dapat menggagalkan upaya menyusui oleh karena ibu akan segan menyusui karena terasa sakit dan tidak terjadi pengosongan payudara sehingga produksi ASI berkurang. Pencegahan puting susu lecet diantaranya :

1. Ibu perlu mengetahui posisi menyusui yang benar.
2. Ibu perlu tahu cara melepaskan bayi dari payudara.
3. Jangan membersihkan puting dengan sabun atau alkohol

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk puting susu lecet yaitu:

1. Perbaiki posisi menyusui.
2. Mulai menyusui dari payudara yang tidak sakit.
3. Tetap mengeluarkan ASI dari payudara yang putingnya lecet
4. Keluarkan sedikit ASI dan oleskan ke puting yang lecet dan biarkan kering
5. Pergunakan BH yang menyangga
6. Bila terasa sangat sakit boleh minum obat pengurang rasa sakit.

2) Payudara bengkak

(a) Penyebab

Pembengkakan ini terjadi karena ASI tidak disusui secara adekuat, sehingga sisa ASI terkumpul pada system duktus yang mengakibatkan terjadinya pembengkakan. Pembengkakan bisa terjadi pada hari ketiga dan keempat sesudah melahirkan.

(b) Pencegahan

- (1) Apabila memungkinkan, susukan bayi segera setelah lahir
- (2) Susukan bayi tanpa dijadwal
- (3) Keluarkan ASI dengan tangan atau pompa bila produksi ASI melebihi kebutuhan bayi.

- (4) Melakukan perawatan payudara
- 3) Saluran susu tersumbat (*obstruvtive duct*)
Suatu keadaan dimana terdapat sumbatan pada *duktus laktiferus*, dengan penyebabnya adalah :
- (a) Tekanan jari ibu pada waktu menyusui
 - (b) Pemakaian BH yang terlalu ketat
 - (c) Komplikasi payudara bengkak, yaitu susu yang terkumpul tidak segera dikeluarkan sehingga menimbulkan sumbatan.
- 4) Mastitis
Hal ini merupakan radang pada payudara, yang disebabkan oleh:
- (a) Payudara bengkak yang tidak disusui secara adekuat
 - (b) Puting lecet yang memudahkan masuknya kuman dan terjadi payudara bengkak
 - (c) BH yang terlalu ketat
 - (d) Ibu yang diit jelek, kurang istirahat, anemi akan mudah terinfeksi.
- 5) Abses payudara
Abses payudara merupakan kelanjutan dari mastitis, hal ini dikarenakan meluasnya peradangan payudara. Payudara tampak merah mengkilap dan terdapat nanah sehingga perlu insisi untuk mengeluarkannya.
- 6) Kelainan anatomis pada puting susu (puting tenggelam/datar)
Pada puting tenggelam kelainan dapat diatasi dengan perawatan payudara dan perasat *Hoffman* secara teratur. Jika puting masih tidak bisa diatasi maka untuk mengeluarkan ASI dapat dilakukan dengan tangan/pompa kemudian dapat diberikan dengan sendok/pipet.

6. KB

a. Definisi KB

Keluarga berencana merupakan usaha untuk mengukur jumlah anak dan jarak kelahiran anak yang diinginkan. Maka dari itu, pemerintah

mencanangkan program atau cara untuk mencegah dan menunda kehamilan.⁽³⁸⁾

b. Tujuan Program KB

Tujuan dilaksanakan program KB yaitu untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya.⁽³⁸⁾

Tujuan program KB lainnya yaitu untuk menurunkan angka kelahiran yang bermakna, untuk mencapai tujuan tersebut maka diadakan kebijakan yang dikategorikan dalam tiga fase (menunda, menjarangkan dan menghentikan) maksud dari kebijakan tersebut yaitu untuk menyelamatkan ibu dan anak akibat melahirkan pada usia muda, jarak kelahiran yang terlalu dekat dan melahirkan pada usia tua.⁽³⁹⁾

1) Fase Menunda

Fase Menunda Kehamilan Pasangan Usia Subur (PUS) dengan usia kurang dari 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilannya karena :

- a) Usia dibawah 20 tahun adalah usia yang sebaiknya tidak mempunyai anak dulu karena berbagai alasan
- b) Prioritas penggunaan kontrasepsi pil oral, karena peserta masih muda
- c) Penggunaan kondom kurang menguntungkan, karena pada pasangan muda frekuensi bersenggamanya relatif tinggi, sehingga kegagalannya juga tinggi.
- d) Penggunaan IUD mini bagi yang belum mempunyai anak pada masa ini dapat dianjurkan, terlebih bagi calon peserta dengan kontra indikasi terhadap pil.

Ciri kontrasepsi yang diperlukan Pada PUS dengan usia istri kurang dari 20 tahun ciri kontrasepsi yang sesuai adalah :

- a) Reversibilitas tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat terjadi 100 % karena pasangan belum mempunyai anak (KB yang disarankan adalah penggunaan pil)
- b) Efektifitas tinggi, karena kegagalan akan menyebabkan kehamilan dengan risiko tinggi dan kegagalan ini merupakan kegagalan program.

2) Fase Menjarangkan

Fase Menjarangkan Kehamilan Pada fase ini usia istri antara 20 – 30 / 35 tahun, merupakan periode usia yang paling baik untuk hamil dan melahirkan dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antar kelahiran 2-4 tahun yang dikenal sebagai catur warga. Alasan menjarangkan kehamilan adalah :

- a) Usia antara 20 – 30 tahun merupakan usia yang terbaik untuk hamil dan melahirkan
- b) Segera setelah anak pertama lahir, maka dianjurkan untuk memakai IUD sebagai pilihan utama.

Ciri – ciri Kontrasepsi yang Sesuai

- a) Reversibilitas cukup tinggi karena peserta masih mengharapkan punya anak lagi
- b) Efektifitas cukup tinggi (KB yang disarankan adalah IUD)
- c) Dapat dipakai 2 sampai 4 tahun yaitu sesuai dengan jarak kehamilan anak yang direncanakan
- d) Tidak menghambat air susu ibu (ASI), karena ASI adalah makanan terbaik sampai anak usia 2 tahun dan akan mempengaruhi angka kesakitan dan kematian anak.

3) Fase Menghentikan

Fase Menghentikan Usia istri di atas 30 tahun, terutama di atas 35 tahun, sebaiknya mengakhiri kesuburan setelah memiliki 2 orang anak. Alasan mengakhiri kesuburan adalah : Karena alasan medis dan alasan lainnya, ibu – ibu dengan usia di atas kesuburan setelah memiliki 2 orang anak.

Alasan mengakhiri kesuburan adalah :

- a) ibu – ibu dengan usia di atas 30 tahun dianjurkan untuk tidak hamil/tidak punya anak lagi
- b) Pilihan utama adalah kontrasepsi mantap
- c) Pil oral kurang dianjurkan karena usia ibu relatif tua dan mempunyai risiko kemungkinan timbulnya efek samping dan komplikasi.

Ciri – ciri kontrasepsi yang diperlukan:

- a) Efektifitas sangat tinggi. Kegagalan menyebabkan terjadinya kehamilan risiko tinggi bagi ibu dan bayi. Selain itu akseptor memang tidak mengharapkan punya anak lagi.
- b) Dapat dipakai dalam jangka panjang
- c) Tidak menambah kelainan yang sudah ada. Pada usia tua, kelainan seperti penyakit jantung, darah tinggi, keganasan dan metabolik biasanya meningkat. Oleh karena itu sebaiknya tidak diberikan cara kontrasepsi yang menambah kelainan jantung.²⁹

c. Kontrasepsi

1) Definisi Kontrasepsi

Kontrasepsi merupakan usaha-usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan. Usaha-usaha itu dapat bersifat sementara dan permanen.(38) Kontrasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim.

2) Macam-macam Kontrasepsi⁽²⁴⁾

1. Metode Kontrasepsi Sederhana

Metode kontrasepsi sederhana terdiri dari 2 yaitu metode kontrasepsi sederhana tanpa alat dan metode kontrasepsi dengan alat. Metode kontrasepsi tanpa alat antara lain: Metode Amenorrhoe Laktasi (MAL), *Couitus Interruptus*, Metode Kalender, Metode Lendir Serviks, Metode Suhu Basal Badan, dan *Simptotermal* yaitu perpaduan antara suhu basal dan lendir servik.

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

2. Metode Kontrasepsi Hormonal

Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi 2 yaitu kombinasi (mengandung hormon progesteron dan estrogen sintetis) dan yang hanya berisi progesteron saja. Kontrasepsi hormonal kombinasi terdapat pada pil dan suntikan/injeksi. Sedangkan kontrasepsi hormone yang berisi progesteron terdapat pada pil, suntik dan *implant*.

3. Metode Kontrasepsi dengan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

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

4. Metode Kontrasepsi Mantap

Metode kontrasepsi mantap terdiri dari 2 macam yaitu Metode Operatif Wanita (MOW) dan Metode Operatif Pria (MOP). MOW sering dikenal dengan *tubektomi* karena prinsip metode ini adalah memotong atau mengikat saluran *tuba/tuba falopii* sehingga mencegah pertemuan antara ovum dan sperma. Sedangkan MOP sering dikenal dengan nama *vasektomi*, *vasektomi* yaitu memotong atau mengikat saluran *vas deferens* sehingga cairan sperma tidak dapat keluar atau ejakulasi.

Kewenangan Bidan ⁽⁴⁰⁾

Bidan memiliki wewenang dalam melakukan asuhan persalinan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, ayat 19, yaitu:

- 1) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf a diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa

persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.

- 2) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan:
 - a. konseling pada masa sebelum hamil;
 - b. antenatal pada kehamilan normal;
 - c. persalinan normal;
 - d. ibu nifas normal;
 - e. ibu menyusui; dan
 - f. konseling pada masa antara dua kehamilan.
- 3) Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Bidan berwenang melakukan:
 - a. episiotomi;
 - b. pertolongan persalinan normal;
 - c. penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II;
 - d. penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan;
 - e. pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil;
 - f. pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas;
 - g. fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif;
 - h. pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum;
 - i. penyuluhan dan konseling;
 - j. bimbingan pada kelompok ibu hamil; dan
 - k. pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.

2. Protocol Covid-19⁽⁴¹⁾

	TIDAK ADA KASUS	KASUS SPORADIK	KASUS KLASTER	PENULARAN KOMUNITAS
Pencegahan Penularan di Masyarakat	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Physical Distancing</i> 2. Kebersihan tangan 3. Etika batuk/bersin 4. Pemakaian masker 5. Memastikan akses kebersihan tangan di depan gedung fasilitas umum dan pusat transportasi (misalnya pasar, toko, tempat ibadah, lembaga pendidikan, stasiun kereta atau bus). Tersedia fasilitas cuci tangan dengan air dan sabun dalam jarak 5 m dari semua toilet, baik di fasilitas umum maupun swasta 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Physical Distancing</i> 2. Kebersihan tangan 3. Etika batuk/bersin 4. Pemakaian masker 5. Pembatasan Aktivitas luar rumah 6. Memastikan akses kebersihan tangan di depan gedung fasilitas umum dan pusat transportasi (misalnya pasar, toko, tempat ibadah, lembaga pendidikan, stasiun kereta atau bus). Tersedia fasilitas cuci tangan dengan air dan sabun dalam jarak 5 m dari semua toilet, baik di fasilitas umum maupun swasta 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Physical Distancing</i> 2. Kebersihan tangan 3. Etika batuk/bersin 4. Pemakaian masker 5. Pembatasan Aktivitas luar rumah 6. Memastikan akses kebersihan tangan di depan gedung fasilitas umum dan pusat transportasi (misalnya pasar, toko, tempat ibadah, lembaga pendidikan, stasiun kereta atau bus). Tersedia fasilitas cuci tangan dengan air dan sabun dalam jarak 5 m dari semua toilet, baik di fasilitas umum maupun swasta 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Physical Distancing</i> 2. Kebersihan tangan 3. Etika batuk/bersin 4. Pemakaian Masker 5. Pembatasan Aktivitas luar rumah 6. Mempertimbangkan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) 7. Memastikan akses kebersihan tangan di depan gedung fasilitas umum dan pusat transportasi (misalnya pasar, toko, tempat ibadah, lembaga pendidikan, stasiun kereta atau bus). Tersedia fasilitas cuci tangan dengan air dan sabun dalam jarak 5 m dari semua toilet, baik di fasilitas umum maupun swasta
Komunikasi				

Risiko dan Pemberdayaan Masyarakat	Mengedukasi dan berkomunikasi secara aktif dengan masyarakat melalui komunikasi risiko dan pemberdayaan masyarakat, membangun dan menjaga kepercayaan publik melalui komunikasi dua arah
---	--

