

BAB II

TINJAUAN KASUS DAN TEORI

A. Tinjauan Kasus

1. ANC Trimester III

Kasus pada masa kehamilan di PMB Jurusan Kebidanan Poltekkes Yogyakarta ditemukan pada tanggal 10 Mei 2025 dengan pasien atas nama Ny R, usia 37 tahun, berprofesi sebagai ibu rumah tangga, status menikah sah, hamil pertama, belum pernah keguguran, alamat di Jl Tohpati No 19 RT 63 RW 20. Ny. R memiliki suami atas nama Tn. M, usia 46 tahun, berprofesi sebagai supir dan tinggal dirumah yang sama dengan Ny. R. Saat dilakukan pemeriksaan ibu mengatakan memiliki keluhan pegel-pegel yang sudah dirasakan beberapa hari terakhir. Riwayat kontrasepsi belum pernah menggunakan alat kontrasepsi. Riwayat kesehatan keluarga yaitu tidak memiliki riwayat penyakit sistemik, HPHT 13-08-2024 HPL 20-05-2025 dan saat ini usia kehamilan Ny. R adalah 38 minggu 4 hari.

Dalam kesehariannya Ny R adalah ibu rumah yang beraktifitas memasak, membersihkan rumah seperti menyapu, mengepel. Ny NW jarang beristirahat di siang hari dan jarang berolah raga. Dalam kesehariannya Ny R mengkonsumsi nasi, sayur, lauk dan buah. Ny. R mulai memeriksakan kehamilannya saat umur kehamilan 7 minggu 3 hari di Puskesmas Mantrijeron. Selama hamil, Ny. R pernah mengalami mual pada Trimester I. Ny R melaksanakan ANC terpadu pada tanggal 30-10-2024 di Puskesmas Mantrijeron dan melakukan beberapa pemeriksaan kesehatan dengan kolaborasi dokter umum, dokter gigi, gizi, dan laboratorium dengan hasil pemeriksaan dokter umum keadaan umum dalam batas normal, riwayat penyakit saat ini hemeroid dari dokter gigi dengan hasil tidak ada gigi berlubang, tidak ada karang gigi. Dari gizi menunjukkan hasil gizi ibu dalam keadaan baik dan dari laboratorium menunjukkan hasil pemeriksaan penunjang PP test positif, Hb 12,6 gr/dL GDS 102 mg/dL, sifilis negative, HBsAg negative dan HIV Non reaktif. Hasil pemeriksaan penunjang laboratorium dari Puskesmas tanggal 27-04-

2025 yaitu Hb 12,4 gr%, protein urin negatif, GDS= 98mg/dL Ny. R hanya mengonsumsi obat dan vitamin yang diberikan oleh bidan dan dokter yaitu asam folat, Tablet tambah darah, kalsium, B12. Ny. R belum pernah menggunakan kontrasepsi apapun. Ny. R mengatakan dahulu dan sekarang tidak mempunyai sakit menurun dan menaun seperti diabetes, TBC, IMS, HIV/AIDS, Hepatitis dll. Pola eliminasi sering BAK terutama pada malam hari, pola istirahat tidur malam 6-8 jam dan tidur siang 30 menit - 1jam. Ibu dan suami senang dan mengharapkan kehamilannya. Demikian juga dengan orang tua dan mertuanya. Hubungan ibu dengan suami, keluarga serta lingkungan sekitar baik.

Data Obyektif ditemukan bahwa keadaan umum baik, tanda vital yaitu TD=125/81 mmHg, N: 90x/menit. RR:21 x/menit, S; 36,5⁰C. TB=150cm, BB=68,9 kg, BB sebelum hamil 56 kg, IMT 24,2, LILA 27,9 cm. sehingga ibu mengalami kenaikan Berat Badan 12,9 kg. pada pemeriksaan *head to toe*, ditemukan konjungtiva merah muda, payudara belum keluar ASI. Pemeriksaan Leopold ditemukan UK 38 minggu 4 hari, TFU 31 cm, punggung kiri, letak kepala, belum masuk panggul, DJJ 136x/menit.

Dalam menjalani kehamilannya, Ny NW dan suami mengatakan cemas karena khawatir dengan keluhan pegal-pegal yang ibu rasakan akan mengganggu kehamilan dan janinnya. Diagnosa kebidanan yang ditegakkan adalah Ny R usia 37 tahun G1A0AH0 usai kehamilan 38 minggu 4 hari dengan keluhan pegal-pegal. Penatalaksanaan yang diberikan yaitu memberitahukan hasil pemeriksaan kepada Ny. R dan suami, memberikan KIE tentang keluhan pegal yang ibu rasakan adalah normal terjadi pada ibu hamil trimester III dan memberitahukan cara mengatasinya yaitu dengan mandi air hangat, kompres hangat atau dingin, olahraga ringan, tidur dengan posisi yang nyaman, menggunakan dukungan perut khusus ibu hamil, istirahat yang cukup, menghindari sepatu hak tinggi, dan melakukan peregangan atau olahraga ringan tiap pagi dan sore. Memberikan KIE konsumsi makanan bergizi seimbang,

Memberikan KIE tentang pola aktivitas, Memberikan KIE tentang istirahat, Memberikan KIE tentang persiapan persalinan dan menganjurkan untuk menata barang yang diperlukan untuk persalinan dalam 1 wadah sehingga memudahkan jika ibu merasakan tanda persalinan, Memberikan KIE tentang tanda-tanda persalinan dan menganjurkan ibu segera datang ke fasilitas keehatan terdekat jika merasakan tanda persalinan itu, Memberikan KIE kepada suami untuk memberikan dukungan dan motivasi kepada ibu supaya tidak cemas terhadap keadaan ibu saat ini. Selain itu juga menyarankan ibu untuk bermain jimball agar kepala janin segera turun Memberikan KIE ketidaknyamanan pada kehamilan trimester III, Memberikan KIE tentang tanda bahaya kehamilan trimester III, Memberikan suplemen berupa tablet tambah darah Fe diminum 1x1 pada malam hari dengan air putih ataupun air jeruk dan menganjurkan ibu untuk tidak meminum tablet Fe dengan teh. Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi atau saat merasakan keluhan.

Pada tanggal 13 Mei 2025 jam 08.40 WIB Ny. R melakukan pemeriksaan kehamilan kembali di PMB Jurusan Kebidanan Poltekkes Yogyalarta, Ny. R mengatakan merasakan perutnya kenceng-kenceng sejak bangun tidur namun hanya sekali dan kenceng-kencengnya tidak terasa lagi. Usia kehamilan Ny. R untuk saat ini adalah 39 minggu. Data Obyektif ditemukan bahwa keadaan umum baik, tanda vital yaitu TD=109/82 mmHg, N: 80x/menit, RR:20x/menit, S: 36.7°C. BB=69 kg. Pemeriksaan *head to too*, ditemukan konjungtiva merah muda, payudara belum keluar ASI. Pemeriksaan leopard ditemukan UK 39 minggu, TFU 31 cm, punggung kiri, letak kepala, belum masuk panggul, DJJ 130 x/menit. Dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil pembukaan 0 cm. Ny R dan suami mengatakan cemas karena ini adalah kehamilan pertama.

Analisa Ny. R usia 37 tahun G1P0A0Ah0 UK 39 minggu dengan keluhan HIS palsu. Penatalaksanaan yang diberikan adalah memberitahukan kepada ibu an suami hasil pemeriksaan ibu baik dan saat ini belum ada

pembukaan persalinan, memberikan KIE tentang tanda tanda persalinan seperti kontraksi yang semakin kuat dan teratur, diikuti dengan pecahnya ketuban, dan keluarnya lendir berdarah dan menganjurkan ibu untuk segera ke fasilitas kesehatan jika merasakan keluhan tersebut, memberikan KIE kepada suami untuk selalu mendampingi ibu, memberikan KIE tentang HIS palsu, menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi atau saat merasakan ada keluhan.

Pada tanggal 17 Mei 2025 mahasiswa melakukan kunjungan rumah. Ny. R mengatakan saat ini tidak ada keluhan. Data Obyektif ditemukan bahwa keadaan umum baik, tanda vital yaitu TD=100/60mmHg, N; 89 x/menit, S: 36°C. Pemeriksaan Leopold ditemukan UK 39 minggu 4 hari, TFU 32 cm, punggung kiri, letak kepala, belum masuk panggul, DJJ 140 x/menit. Diagnosa Kebidanan yang dapat ditegakkan adalah Ny. R usia 37 tahun G1P0A0A0 UK 39 minggu 4 hari dengan keadaan baik. Penatalaksanaan yang diberikan adalah memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu, menganjurkan ibu untuk melakukan hubungan seksual agar merangsang kontraksi, menganjurkan ibu mengkonsumsi makanan yang mengandung zat yang dapat merangsang kontraksi seperti kurma dan nanas. Memberi dukungan ibu untuk konsumsi tablet FE yang diberikan 1x1 sehari dengan teratur dan konsumsi makanan mengandung zat besi protein hewani dan nabati dengan teratur serta istirahat yang cukup. Memberikan KIE tanda persalinan, menganjurkan untuk senam hamil mandiri dan menggunakan gymball agar membantu kepada janin turun. Menganjurkan ibu untuk periksa 1 minggu lagi atau saat ada keluhan.

Pada tanggal 20 Mei 2025 mahasiswa melakukan pendampingan melalui online (media *whatsapp*). Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan dan ibu mengatakan kalau ibu dan suami mulai cemas karena hingga hari ini ibu belum merasakan tanda Persalinan. Penatalaksanaan yang diberikan adalah memberikan dukungan kepada ibu agar ibu tidak cemas. Motivasi suami untuk memberikan dukungan mental dan memberi

dukungan ibu untuk konsumsi tablet FE yang diberikan 1x1 sehari dengan teratur dan konsumsi makanan mengandung zat besi protein hewani dan nabati dengan teratur serta istirahat yang cukup. Menyarankan ibu untuk melakukan USG terkait kondisi janin. Memberikan KIE untuk bermain jimball agar kepala janin segera turun serta memberikan KIE tanda Persalinan dan KIE kunjungan ulang.

Pada tanggal 24 Mei 2025 mahasiswa melakukan pendampingan melalui online (media *whatsapp*). Ibu mengatakan terkadang merasakan kontraksi namun hanya sebentar lalu hilang dan ibu mengatakan kalau ibu dan suami mulai cemas karena hingga hari ini ibu belum merasakan tanda Persalinan. Penataksaaan yang diberikan adalah memberikan dukungan kepada ibu agar ibu tidak cemas. Motivasi suami untuk memberikan dukungan mental dan memberi dukungan ibu untuk konsumsi tablet FE yang diberikan 1x1 sehari dengan teratur dan konsumsi makanan mengandung zat besi protein hewani dan nabati dengan teratur serta istirahat yang cukup. Menyarankan ibu untuk melakukan USG terkait kondisi janin. Memberikan KIE untuk bermain jimball agar kepala janin segera turun serta memberikan KIE tanda Persalinan dan KIE kunjungan ulang. Ibu mengatakan akan melakukan USG di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede, Yogyakarta pada tanggal 27 Mei 2025.

2. Persalinan dan Bayi Baru Lahir

Pada tanggal 27 Mei 2025 ibu memberi kabar melalui *whatsapp* bahwa ibu akan melakukan pemeriksaan USG dengan dokter spesialis kandungan di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede, Yogyakarta. Usia kehamilan ibu saat ini adalah 40 minggu 6 hari. Hasil dari pemeriksaan USG dengan dokter adalah janin tunggal, preskep, puki, DJJ positif, AK sedikit ± 300 ml (Oligohidramnion), letak plasenta di fundus, jenis kelamin perempuan, TBJ 2900 gram. Dokter menyarankan untuk Operasi *Seksio Caesaria*. Ny. R kemudian masuk bangsal maternal RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede, Yogyakarta Pada sore hari. Operasi *Seksio caesaria* direncanakan akan dilakukan pada tanggal 28 Mei 2025 pukul

20.00 WIB. Penatalaksanaan yang diberikan adalah berupa dukungan mental agar ibu tidak takut dan menganjurkan suami serta keluarga untuk selalu menjaga dan memberi dukungan kepada ibu.

3. Bayi Baru Lahir

Bayi lahir pada tanggal 26 Mei 2025 pukul 20.20 WIB dengan operasi *Seksio Cesaria*. By.Ny.R berjenis kelamin perempuan dengan BB: 2950 gr dan PB: 47 cm, Lingkar kepala 33 cm. Kemudian ibu dipasang KB IUD setelah dilakukan *seksio caesaria*. Selanjutnya bayi mendapat perawatan selama 2 hari di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede, Yogyakarta.

4. Neonatus

a. Pengkajian tanggal 26 Mei 2025 (KN I melalui *whastapp*)

Ibu mengatakan setelah 4 jam dilakukan observasi diruang perinatal kemudian bayi dilakukan rawat gabung dengan ibu dan pada hari kedua bayi diperbolehkan pulang dengan ibu. Selama dilakukan observasi diruang perinatal pemberian salep mata, injeksi Vit KI injeksi dan imunisasi HB *uniject* sudah diberikan. Ibu mengatakan ibu merasa khawatir karena belum bisa menggendong bayi dan memberi ASI kepada bayi karena masih belum bisa bergerak bebas karena masih merasakan nyeri pada luka operasi. Ibu juga mengatakan sebelum pulang bayinya dilakukan pemeriksaan PJB atau skrining untuk mendekteksi adanya Penyakit Jantung Bawaan dan SHK (Skrining Hipotiroid Kongenital). Penatalaksanaan yang diberikan adalah memberikan ucapan selamat atas kelahiran anak pertama Ny. R. menganjurkan ibu untuk sepiring menyusui anaknya dan menjaga kehangatan anaknya.

b. Pengkajian tanggal 30 Mei 2025 (KN II melalui *whastapp*)

Ibu mengatakan saat ini bayinya berusia 4 hari dalam kondisi baik, tidak kuning dan tidak demam. Pada pemeriksaan fisik, keadaan umum baik, tali pusat kering, tidak ada tanda infeksi. Penatalaksanaan yang

dilakukan pada kasus ini adalah mengingatkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin atau minimal 2 jam sekali, mengingatkan ibu untuk menjemur bayi di bawah sinar matahari selama 15-30 menit setiap hari pada rentang pukul 07.00-09.00 WIB, memberikan konseling ibu untuk menjaga kehangatan bayinya.

c. Pengkajian tanggal 03 Juni 2025 (KN III)

Ibu mengatakan saat ini bayinya berusia 8 hari dalam kondisi sehat dan tidak ada keluhan, menyusui kuat, dan sudah tidak kuning lagi. Hasil pemeriksaan yaitu keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, BB bayi sudah mengalami kenaikan menjadi 3200 gram, PB 47 cm, suhu 36,7°C.

Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberi konseling untuk tetap menjaga kehangatan bayi, konseling mengenai ASI eksklusif, memberitahu ibu untuk selalu mencuci tangan sebelum memegang atau memberikan ASI pada bayinya agar bayi terhindar dari virus penyakit dan mengingatkan ibu untuk melakukan imunisasi BCG pada bayinya. Bayi sudah diimunisasi BCG pada usia 1 bulan dan ibu mengatakan akan melakukan imunisasi BCG pada anaknya di Puskesmas Mantrijeron.

5. Nifas

a. 26 Mei 2025 (KF I melalui *whastapp*)

Ibu mengatakan melahirkan 4 jam yang lalu, keadaan saat ini baik dan sehat, masih merasakan nyeri jahitan luka operasi, ibu sudah bisa menggerakkan kakinya dan belajar mobilisasi miring kanan kiri, Ibu sudah mengonsumsi Vitamin A, sudah BAK dan belum BAB. Berdasarkan hasil pemeriksaan umum, keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, TD 120/87 mmHg, nadi 78 kali/menit, respirasi 20 kali/menit, suhu 36,5°C. Pemeriksaan fisik didapatkan hasil yaitu perdarahan pervaginam ibu dalam batas normal, lochea rubra. Kondisi luka operasi tidak ada rembesan darah, kontraksi uterus keras dan TFU

2 jari dibawah pusat, serta tidak ada varices atau oedem pada kaki. ASI sudah keluar sedikit dan ibu sudah mengonsumsi Vitamin A. Ibu sudah BAK dan belum BAB.

Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberitahukan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, memberikan konseling mengenai mobilisasi bertahap, menjaga personal hygiene dengan baik, menjaga kehangatan bayi, memberikan ASI eksklusif agar tercipta *bonding* yang baik antara ibu dan bayi, tanda-tanda bahaya nifas, serta pemenuhan nutrisi untuk pemulihan kondisi ibu.

b. Pengkajian 30 Mei 2025 (KF II melalui *whatsapp*)

Kunjungan Nifas ke 2, dilakukan pada hari ke 4 *post partum*. Ibu mengatakan terkadang nyeri pada bekas operasi. Data obyektif menunjukkan keadaan umum baik, tanda-tanda vital normal. Pemeriksaan fisik mata: Konjungtiva merah muda, sclera putih, Payudara: Payudara simetris, puting kanan dan kiri menonjol, areola hiperpigmentasi, ASI keluar dari kedua payudara, Abdomen: TFU 3 jari di bawah pusat, kontraksi uterus keras, luka operasi masih tertutup dermafiks, genitalia: lochea sanguilenta warna merah kecoklatan, berbau normal, tidak ada tanda-tanda infeksi dan tidak teraba masa atau benjolan abnormal disekitar genitalia.

Setelah dikaji saat ibu menyusui, posisi bayi kurang tepat, sehingga bayi sering kali melepas mulutnya saat menetek. Ny R tetap menyusui setiap 2 jam sekali. Ibu diberi konseling tentang teknik menyusui yang benar. Ibu berniat akan memberi ASI saja sampai usia bayi 6 bulan dan akan dilanjutkan sampai bayi berusia 2 tahun. Ibu mengatakan masih mengeluarkan darah nifas berupa merah kecoklatan. Menjaga luka operasi agar tetap kering dan tidak membubuhkan apapun pada luka operasi.

c. Pengkajian tanggal 03 Juni 2025 (KN III)

Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan, keadaannya baik dan sehat. Pada pemeriksaan umum, didapatkan hasil bahwa keadaan umum

baik, kesadaran compos mentis, TD 110/87 mmHg, nadi 80 kali/menit. respirasi 22 kali/menit, suhu 36,2°C. Wajah tidak pucat, tidak ada edema, payudara simetris, simetris, puting menonjol, ASI sudah keluar, jahitan luka operasi sudah mengering, TFU sudah tidak teraba, vulva bersih, tidak ada tanda infeksi, lochea alba, anus tidak ada hemoroid, dan pada ekstremitas tidak ada tromboemboli.

Penatalaksanaan yang diberikan yaitu memberitahu hasil pemeriksaan, memberi konseling mengenai *personal hygiene*, pola nutrisi masa nifas, ASI *on demand*, istirahat yang cukup, menyarankan agar suami ikut bergantian membantu merawat bayi dan memotivasi ibu untuk tetap ASI eksklusif selama 6 bulan pertama.

6. Keluarga Berencana (KF 4)

Ny. R belum pernah menggunakan alat kontrasepsi dan pada saat kunjungan ANC trimester 3 ibu sudah mendapat informasi tentang jenis-jenis alat kontrasepsi serta keuntungan dan kerugian dari alkon yang digunakan dan Ny.R dan suami memilih untuk menggunakan KB IUD dan dipasang saat SC di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede, Yogyakarta. Ibu direncanakan kontrol IUD pada tanggal 25 Juni 2025 di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede, Yogyakarta. Pengkajian dilakukan tanggal 26 Mei 2025 dan didapati hasil keadaan umum baik, kesadaran compos mentis. Data subjektif KB diperoleh buku KIA dan kartu KB serta hasil wawancara dengan pasien saat kunjungan rumah. Menjelaskan pada ibu efek samping pemasangan KB IUD ibu mengerti dan bisa menerima keadaannya saat ini yang sudah menjadi akseptor KB IUD.

B. Tinjauan Teori

1. Kehamilan

a. Pengertian

Kehamilan adalah penyatuan antara spermatozoa dan juga ovum kemudian dilanjutkan dengan terjadinya nidasi atau implantasi.

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/HPMT). Kehamilan terdiri dari tiga trimester yakni trimester I berlangsung selama 13 minggu, trimester II 14 – 27 minggu dan trimester III dari 28 hingga ke 40 minggu.⁹

b. Tanda dan Gejala Kehamilan

Tanda dan gejala kehamilan yaitu:¹⁰

1) Tanda pasti kehamilan

- a) Gerakan janin yang dapat dilihat / diraba / dirasa, juga bagian-bagian janin.
- b) Denyut jantung janin
 - i. Didengar dengan stetoskop monoral leannec.
 - ii. Dicatat dan didengar alat Doppler.
 - iii. Dicatat dengan fetu elektrokardiogram
 - iv. Dilihat pada ultrasonografi (USG).
- c) Terlihat tulang-tulang janin dalam foto rontgen

2) Tanda tidak pasti kehamilan (persumptive)

a) Amenorea

Umur kehamilan dapat dihitung dari tanggal hari pertama haid terakhir (HPHT) dan taksiran tanggal persalinan (TTP) yang dihitung menggunakan rumus naegele yaitu $TTP = (HPHT + 7)$ dan $(\text{bulan HT} + 3)$.

b) Nausea and Vomiting

Biasanya terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan pertama. Sering terjadi pada pagi hari, maka disebut morning sickness.

c) Mengidam

Ibu hamil sering meminta makanan / minuman tertentu terutama pada bulan-bulan triwulan pertama, tidak tahan suatu bau-bauan.

d) Anoreksia

Hanya berlangsung pada triwulan pertama kehamilan kemudian

nafsu makan timbul kembali.

e) Fatigue

f) Mammae membesar

Mammae membesar, tegang dan sedikit nyeri disebabkan pengaruh estrogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli payudara. Kelenjar montgomery terlihat membesar.

g) Miksi

Miksi sering terjadi karena kandung kemih tertekan oleh rahim yang membesar. Gejala ini akan hilang pada triwulan kedua kehamilan.

h) Konstipasi / obstipasi

Konstipasi terjadi karena tonus otot usus menurun oleh pengaruh hormon steroid.

i) Pigmentasi kulit

Pigmentasi kulit oleh pengaruh hormon kortikosteroid plasenta, dijumpai di muka (Chloasma gravidarum), areola payudara, leher dan dinding perut (linea nigra=grisea).

j) Epulis atau dapat disebut juga hipertrofi dari papil gusi.

3) Tanda kemungkinan hamil¹¹

a) Perut membesar.

b) Uterus membesar.

c) Tanda Hegar.

Ditemukan pada kehamilan 6-12 minggu, yaitu adanya uterus segmen bawah rahim yang lebih lunak dari bagian yang lain.

d) Tanda Chadwick

Adanya perubahan warna pada serviks dan vagina menjadi kebiru- biruan.

e) Tanda Piscaseck

Yaitu adanya tempat yang kosong pada rongga uterus karena embrio biasanya terletak disebelah atas, dengan bimanual akan terasa benjolan yang asimetris.

- f) Kontraksi-kontraksi kecil pada uterus bila dirangsang (braxton hicks).
- g) Teraba ballotement.
- h) Reaksi kehamilan positif

c. Perubahan fisiologi pada Kehamilan Trimester III

Perubahan fisiologi pada masa kehamilan Trimester III yaitu:¹²

1) Minggu ke-28/bulan ke-7

Pada minggu ke 28-31 Fundus berada dipertengahan antara pusat dan sifoudeus. Pada minggu-minggu ini hemoroid mungkin terjadi. Pernapasan dada menggantikan pernapasan perut. Garis bentuk janin dapat dipalpasi. Pada minggu-minggu ini juga biasanya terdapat rasa panas pada perut.

2) Minggu ke-32/ bulan ke-8

Pada minggu ke 32-35 Fundus mencapai prosesus sifoideus, selain itu pada minggu-minggu ini payudara akan terasa penuh, dan nyeri tekan. Sering BAK mungkin kembali terjadi terkadang juga terjadi dispnea.

3) Minggu ke-38/ bulan ke-9

Pada minggu ini bayi mulai turun ke dalam pelvis/panggul ibu (lightening). Plasenta setebal hampir 4 kali waktu usia kehamilan 18 minggu dan beratnya 0,5-0,6 kg. Karena janin mulai turun ke dalam panggul sehingga sakit punggung dan sering BAK meningkat. Braxton Hicks meningkat karena serviks dan segmen bawah rahim disiapkan untuk persalinan.

d. Perubahan Psikologis

Pada trimester III disebut periode menunggu dan waspada sebab merasa tidak sabar menunggu kelahiran terlebih pada ibu primigavida, gerakan bayi dan membesarnya perut, kadang merasa khawatir bayinya lahir sewaktu-waktu, meningkatnya kewaspadaan timbulnya tanda dan gejala persalinan, rasa tidak nyaman, kehilangan perhatian yang di dapatkan selama hamil, semakin ingin menyudahi masa kahamilan, tidak sabaran

dan resah, dan bermimpi dan berkhayal tentang si bayi.¹³

Perubahan psikologis pada masa kehamilan Trimester III, yaitu :

- 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

e. Ketidaknyamanan Pada Kehamilan Trimester III¹⁴

1) Sering berkemih

Pada trimester ketiga biasanya ibu memiliki keluhan sering berkemih. Hal ini terjadi karena tertekannya kandung kemih oleh uterus yang semakin membesar dan menyebabkan kapasitas kandung kemih berkurang serta frekuensi berkemih meningkat. Dalam menangani keluhan ini, bidan dapat menjelaskan pada ibu bahwa selama kehamilan merupakan hal yang normal akibat dari perubahan yang terjadi selama kehamilan. Cara untuk mengatasinya yaitu dengan menganjurkan ibu untuk mengurangi asupan cairan 2 jam sebelum tidur agar istirahat ibu tidak akan terganggu.

2) Varises dan wasir

Varises adalah pelebaran pada pembuluh darah balik vena sering terjadi pada kehamilan trimester ketiga sehingga katup vena melemah dan menyebabkan hambatan pada aliran pembuluh darah balik dan biasa terjadi pada pembuluh balik supervisial.

3) Sesak nafas

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

4) Bengkak dan kram pada kaki

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

5) Kontraksi Braxton Hicks

Pada kehamilan menjelang 28 minggu, jika dilakukan pemeriksaan palpasi atau periksa dalam, dapat diraba kontraksi-kontraksi kecil rahim berupa kontraksi Braxton Hicks (Sofian, 2013; h. 65). Kontraksi sering terjadi setiap 10- 20 menit dan juga, sedikit banyak, mungkin berirama. Pada akhir kehamilan, kontraksi- kontraksi ini dapat menyebabkan rasa tidak nyaman dan menjadi penyebab persalinan palsu (false labour). Demikian persiapan persalinan dengan renggangnya uterus akhirnya mencapai batas kehamilan aterm atau berat janin cukup. Pada saat ini jumlah dan distribusi reseptor oksitosin yang dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior dapat mengubah kontraksi Braxton Hicks menjadi kontraksi persalinan.

f. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Tanda bahaya kehamilan adalah tanda-tanda yang mengindikasikan adanya bahaya yang dapat terjadi selama kehamilan/ periode antenatal, yang apabila tidak dilaporkan atau tidak terdeteksi bisa menyebabkan kematian ibu. Setiap kunjungan antenatal bidan harus mengajarkan kepada ibu hamil untuk mengenali tanda-tanda bahaya pada kehamilan maupun persalinan. Tanda bahaya ini jika tidak terdeteksi maka akan mengakibatkan kematian. Untuk mengantisipasi ini maka tidak hanya ibu hamil saja yang perlu mengerti tentang tanda bahaya tetapi suami dan keluarganya khususnya orang penting yang berhak memberi keputusan apabila terjadi kagawat daruratan harus juga mengetahui tentang tanda bahaya. Tanda bahaya selama periode antenatal khususnya pada trimester III: ¹⁵

1) Perdarahan per vagina

Perdarahan tidak normal pada kehamilan lanjut (perdarahan merah, banyak, kadang –kadang, tidak selalu, disertai rasa nyeri) bisa berarti plasenta previa atau solusio plasenta. Perdarahan menjadi gangguan kehamilan yang disinyalir paling berbahaya selama kehamilan trimester kedua. Pasalnya, terjadinya masalah ini bisa mengakibatkan keguguran jika tidak segera ditangan.

2) Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri abdomen yang tidak ada hubungan dengan persalinan adalah tidak normal. Nyeri yang tidak normal apabila nyeri yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat, hal ini kemungkinan karena appendisitis, kehamilan ektopik, abortus, penyakit radang panggul, gastritis, penyakit kantung empedu, abrupsio plasenta, infeksi saluran kemih dll.

3) Bengkak pada muka atau tangan.

Hampir separuh ibu hamil mengalami bengkak normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah

beristirahat atau meninggikan kaki. Bengkak dapat menunjukkan tanda bahaya apabila muncul pada muka dan tangan dan tidak hilang setelah beristirahat dan disertai keluhan fisik lain. Hal ini dapat merupakan tanda anemia, gagal jantung atau pre eklampsia.

4) Bayi bergerak kurang

Ibu hamil akan merasakan gerakan janin pada bulan ke 5 atau sebagian ibu merasakan gerakan janin lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 x dalam periode 3 jam atau minimal 10 x dalam 12 jam. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu makan dan minum dengan baik.

2. Oligohidramnion

a. Definisi

Oligohidramnion merujuk pada jumlah cairan ketuban yang kurang dari 500 cc. Kondisi ini dapat berdampak negatif pada pertumbuhan janin, baik karena terganggunya pertumbuhan akibat perlekatan antara janin dan amnion, maupun karena tekanan pada dinding rahim yang dialami oleh janin.¹⁶ Oligohidramnion merujuk pada kondisi di mana volume cairan ketuban dalam rahim mengalami penurunan menjadi kurang dari 200 ml hingga 500 ml, atau ketika indeks cairan ketuban menurun menjadi kurang dari 5 cm. Kondisi ini mencerminkan keterbatasan jumlah cairan yang mengelilingi janin dalam kantung amnion. Dalam oligohidramnion, perubahan tersebut dapat memberikan dampak signifikan terhadap perkembangan dan kesejahteraan janin. Cairan ketuban memiliki peran penting dalam memberikan perlindungan.¹⁷ Oligohidramnion dapat disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk masalah plasenta, insufisiensi plasenta, kehamilan melewati batas waktu yang ditentukan, masalah pada organ perkemihan dan ginjal, atau janin yang mengonsumsi cairan ketuban secara berlebihan, yang dapat mengakibatkan penurunan lebih lanjut pada volume air ketuban di dalam rahim, yang disebut sebagai "oligohidramnion.". Kondisi ini sering kali memerlukan pemantauan

yang ketat selama kehamilan, dan tindakan medis atau intervensi mungkin diperlukan untuk memastikan kesehatan optimal janin. Oleh karena itu, deteksi dini dan manajemen yang tepat menjadi krusial dalam menangani oligohidramnion guna menjaga kesejahteraan janin selama masa kehamilan. Oligohidramnion memiliki kriteria:¹⁷

- 1) Jumlah ketuban kurang dari 500 cc
- 2) Kental
- 3) Bercampur mekonium

Oligohidramnion merupakan kondisi yang jarang terjadi, namun perhatian khusus diberikan pada kehamilan serotinus. Pada situasi ini, sejak usia kehamilan mencapai 39 minggu, tercatat peningkatan pengeluaran meconium sebesar 14%. Semakin lanjut usia kehamilan, tingkat pengeluaran meconium dalam cairan ketuban juga semakin meningkat. Pada usia kehamilan 42 minggu, persentase tersebut mencapai 30%, yang kemudian diikuti oleh penurunan jumlah cairan ketuban. Oligohidramnion, yang ditandai dengan volume air ketuban kurang dari 500 cc atau indeks cairan amnion di bawah 5 cm, terjadi pada 12% dari total 511 kehamilan dengan usia kehamilan mencapai 41 minggu atau lebih.¹⁸

Oligohidramnion memengaruhi umbilicus sehingga menimbulkan gangguan aliran darah menuju janin serta menimbulkan asfiksia intrauterine. Air ketuban yang kental akan diaspirasi dan menambah kejadian asfiksia neonatorum. Oligohidramnion akan menimbulkan tekanan fisik pada janin sehingga terjadi deformitas tepat di tempat yang terkena tekanan langsung dengan dinding uterus.¹⁹

Oligohidramnion juga diartikan sebagai kondisi dimana jumlah air ketuban berada di bawah batas normal, khususnya kurang dari 500 cc. Dalam kasus yang jarang, volume ketuban dapat turun di bawah ambang normal, bahkan menyusut hingga hanya beberapa ml cairan kental. Pada kehamilan postterm, sisa cairan ketuban mungkin hanya mencapai 100 hingga 200 ml atau lebih sedikit. Penyebab dari keadaan

ini masih belum sepenuhnya dipahami. Secara umum, oligohidramnion yang muncul pada awal kehamilan jarang terjadi dan seringkali berhubungan dengan prognosis yang kurang baik.

Cairan ketuban pada oligohidramnion biasanya memiliki sifat kental, keruh, dan berwarna kuning kehijauan. Meskipun penyebabnya belum dapat dipastikan, terduga adanya kaitan dengan renal agenesis pada janin. Oligohidramnion lebih sering dijumpai pada kehamilan yang sudah mencapai bulan penuh karena volume air ketuban umumnya menurun pada tahap tersebut. Kondisi ini ditemukan pada sekitar 12% dari kehamilan yang mencapai usia 41 minggu. Berkurangnya volume cairan amnion dapat menyebabkan hipoksia pada janin akibat tekanan pada tali pusat akibat gerakan janin atau kontraksi rahim. Selain itu, masuknya mekonium janin ke dalam volume cairan amnion yang berkurang menghasilkan suspensi tebal dan penuh partikel, yang dapat mengakibatkan gangguan pernafasan pada janin.²⁰

b. Etiologi

Penyebab yang tepat dari terjadinya oligohidramnion masih belum sepenuhnya dipahami. Beberapa kondisi yang sering terkait dengan oligohidramnion hampir selalu terkait dengan hambatan pada saluran traktus urinarius janin atau renal agenesis. Oligohidramnion bisa terjadi sebagai hasil dari pertumbuhan amnion yang tidak memadai secara primer, sementara secara sekunder dapat terjadi akibat pecahnya ketuban sebelum waktunya.²¹

Mayoritas perempuan hamil yang mengalami oligohidramnion sering kali tidak mengetahui dengan pasti penyebabnya. Penyebab yang teridentifikasi dari oligohidramnion melibatkan cacat bawaan pada janin serta kebocoran kantung atau membran yang mengelilingi janin di dalam rahim. Sekitar 7% bayi yang lahir dari ibu yang mengalami oligohidramnion mengalami cacat bawaan, seperti gangguan ginjal dan saluran kemih karena produksi urin janin yang berkurang. Masalah kesehatan lain yang telah terkait dengan oligohidramnion mencakup

tekanan darah tinggi, diabetes, SLE (sistemik lupus eritematosus), dan masalah pada plasenta. Serangkaian pengobatan yang dikenal sebagai inhibitor enzim pengubah angiotensin (contohnya captopril) yang digunakan untuk mengatasi tekanan darah tinggi dapat berpotensi merugikan ginjal janin dan menyebabkan oligohidramnion yang parah, bahkan berisiko pada kematian janin.¹⁷

- 1) Jika dilihat dari segi fetal, penyebabnya bisa karena :
 - a) Kromosom
 - b) Kongenital
 - c) Hambatan pertumbuhan janin dalam rahim
 - d) Kehamilan postterm
 - e) Premature ROM (Rupture of amniotic membranes)
- 2) Jika dilihat dari sisi maternal, penyebabnya :
 - a) Dehidrasi
 - b) Insufisiensi uteroplasental
 - c) Preeklamsia
 - d) Diabetes
 - e) Hypoxia kronis

c. Patofisiologi

Mekanisme atau patofisiologi terjadinya oligohidramnion dapat dikaitkan dengan Sindroma Potter dan Fenotip Potter. Sindroma Potter dan Fenotip Potter merupakan suatu kondisi kompleks yang terkait dengan kelainan ginjal bawaan dan memiliki hubungan dengan oligohidramnion, yaitu kondisi kurangnya cairan ketuban. Fenotip Potter digambarkan sebagai keadaan khusus pada bayi yang baru lahir, di mana volume cairan ketuban sangat terbatas atau bahkan tidak ada sama sekali. Oligohidramnion menyebabkan bayi tidak memiliki bantalan yang cukup terhadap dinding rahim, sehingga tekanan dari dinding rahim dapat menciptakan ciri wajah yang khas, yang dikenal sebagai "wajah Potter". Selain itu, karena ruang di dalam rahim menjadi terbatas, anggota tubuh bayi dapat mengalami kelainan atau kontraktur,

dan tertahan dalam posisi yang tidak normal. Semua ini terkait erat dengan kompleksitas Sindroma Potter dan Fenotip Potter serta dampak oligohidramnion terhadap perkembangan janin di dalam rahim.²²

Oligohidramnion juga mengakibatkan terhentinya perkembangan paru-paru, yang dikenal sebagai hipoplasia paru-paru. Akibatnya, saat lahir, paru-paru tidak dapat berfungsi sebagaimana mestinya. Dalam Sindroma Potter, kelainan utama terkait dengan kegagalan ginjal bawaan, baik itu karena absennya pembentukan ginjal (agenesis ginjal bilateral) maupun karena adanya penyakit pada ginjal yang mengakibatkan kelumpuhan fungsi ginjal. Pada kondisi normal, ginjal bertanggung jawab untuk membentuk cairan ketuban, yang berfungsi mirip dengan urin, dan kekurangan cairan ketuban menyebabkan karakteristik khas dari Sindroma Potter.

Beberapa faktor yang dapat menyebabkan terjadinya oligohidramnion melibatkan kelainan bawaan, Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT), pecahnya ketuban, kehamilan yang melewati batas waktu, insufisiensi plasenta, dan penggunaan obat-obatan tertentu (seperti antiprostaglandin). Kelainan bawaan yang paling sering berhubungan dengan oligohidramnion melibatkan kelainan pada sistem saluran kemih dan kelainan kromosom.²²

Ketidakcukupan plasenta karena alasan apapun dapat menginduksi hipoksia pada janin. Hipoksia janin yang berlangsung dalam jangka waktu lama akan mengaktifkan mekanisme redistribusi darah. Salah satu hasilnya adalah pengurangan aliran darah ke ginjal, menyebabkan produksi urin yang berkurang dan menghasilkan kondisi oligohidramnio.²²

d. Gambaran Klinis

- 1) Uterus tampak lebih kecil dari usia kehamilan dan tidak ada ballotemen.
- 2) Ibu merasa nyeri di perut pada setiap pergerakan anak.
- 3) Sering berakhir dengan partus prematurus.

- 4) Bunyi jantung anak sudah terdengar mulai bulan kelima dan terdengar lebih jelas.
- 5) Persalinan berlangsung cukup lama karena kurangnya cairan ketuban yang mengakibatkan persalinan menjadi cukup lama.
- 6) Sewaktu his akan sakit sekali.
- 7) Bila ketuban pecah, air ketuban sedikit sekali bahkan tidak ada yang keluar.²³

e. Diagnosis

1) Anamnesis

- a) Ibu merasa nyeri di perut pada setiap pergerakan janin.
- b) Sewaktu his terasa sakit sekali.

2) Pemeriksaan fisik

- a) Inspeksi : Uterus tampak lebih kecil dari usia kehamilan dan tidak ada ballotemen.
- b) Palpasi
 - a) Molding : uterus mengelilingi janin
 - b) Janin dapat diraba dengan mudah
 - c) Tidak ada efek pantul pada janin
- 3) Auskultasi : Bunyi jantung sudah terdengar mulai bulan kelima dan terdengar lebih jelas.
- 4) Pemeriksaan penunjang

Menurut Manuaba untuk mendiagnosis oligohidramnion, dapat mempergunakan ultrasonografi yang dapat menentukan:

- a) Jika air ketuban kurang dari 500 cc.
- b) Amniotic fluid index (AFI) kurang dari 5 cm.
- c) AFI kurang dari 3 cm disebut moderate oligohidramnion
- d) AFI kurang dari 1-2 cm disebut severe oligohidramnion.

Indeks cairan amnion (AFI) diukur dengan membagi uterus menjadi empat kuadran dan menempatkan transduser pada perut ibu sepanjang sumbu longitudinal. Pengukuran dilakukan dengan menentukan garis tengah vertikal kantong cairan amnion terbesar di

setiap kuadran, di mana transduser ditempatkan secara tegak lurus terhadap lantai. Hasil pengukuran ini kemudian dijumlah dan dicatat sebagai nilai AFI. Rentang nilai normal AFI untuk kehamilan normal antara 16 hingga 42 minggu terdokumentasikan di apendiks B, dalam "tabel acuan ultrasound". Meskipun indeks cairan amnion cukup dapat diandalkan untuk menentukan keberadaan cairan amnion yang normal atau berlebih, namun kurang presisi dalam mendeteksi oligohidramnion. Beberapa faktor dapat memengaruhi hasil indeks cairan amnion, termasuk tinggi badan, pembatasan cairan ibu, atau kondisi dehidrasi.²⁴

Prosedur pelaksanaan indeks cairan amnion (AFI)

- a) Atur pada posisi telentang dan sedikit miring ke kiri
- b) Identifikasi keempat kuadran pada abdomen ibu
- c) Lakukan pemidaian dengan transduser diletakan tegak lurus longitudinal terhadap tulang belakang ibu

Ukur kedalaman vertical kantung jernih cairan amnion yang terbesar pada masing-masing kuadran.

f. Resiko Oligohidramnion

Beberapa efek dari oligohidramnion termasuk:

1) Gangguan Pertumbuhan Janin

Kurangnya cairan ketuban dapat menghambat pertumbuhan dan perkembangan janin secara optimal, yang dapat menyebabkan berat badan lahir rendah atau pertumbuhan janin yang terhambat.

2) Gawat Janin

Oligohidramnion dapat menyebabkan tekanan yang berlebihan pada tali pusat atau kompresi pembuluh darah utama, yang dapat menyebabkan hipoksia janin atau gawat janin.

3) Gangguan Fungsi Plasenta

Oligohidramnion juga dapat mengganggu fungsi plasenta, organ vital yang menyediakan nutrisi dan oksigen kepada janin. Hal ini dapat menyebabkan gangguan aliran darah plasenta dan

memperburuk kondisi janin.

4) Komplikasi Persalinan

Oligohidramnion dapat meningkatkan risiko komplikasi selama persalinan, seperti persalinan prematur, persalinan sulit, atau perlunya intervensi medis seperti persalinan melalui operasi caesarea.

Dalam kasus oligohidramnion, pengelolaan yang tepat dan pemantauan yang cermat oleh tenaga medis sangat penting untuk memastikan kesehatan janin dan ibu hamil. Ini dapat melibatkan tindakan seperti induksi persalinan, pemantauan janin yang ketat, atau intervensi medis lainnya yang sesuai dengan kondisi klinis dan perkembangan kehamilan.

g. Penatalaksanaan

Penanganan oligohidramnion bergantung pada kondisi klinis dan umumnya dilakukan di fasilitas kesehatan yang lebih lengkap mengingat prognosis yang tidak menguntungkan bagi janin. Kompresi pada tali pusat seringkali terjadi selama proses persalinan pada kasus oligohidramnion, sehingga dalam keadaan ini, persalinan melalui operasi caesarea dianggap sebagai opsi terbaik.¹⁷

1) Penatalaksanaan konservatif

Penatalaksanaan pada ibu dengan oligohidramnion yaitu :

- a) Tirah baring
- b) Hidrasi dengan kecukupan cairan
- c) Perbaiki nutrisi
- d) Pemantauan kesejahteraan janin (hitung pergerakan janin)
- e) Pemeriksaan USG yang umum dari volume cairan amnion
- f) *Amnioinfusion* yaitu suatu prosedur melakukan infus larutan NaCl fisiologis atau ringer laktat ke dalam kavum uteri untuk menambah volume cairan amnion.

2) Penatalaksanaan aktif

Pada kehamilan aterm yang mengalami oligohidramnion,

dapat dilakukan tindakan aktif melalui induksi persalinan. Induksi persalinan merujuk pada inisiasi kontraksi persalinan yang dimulai secara buatan dengan tujuan untuk mempercepat proses persalinan. Induksi ini dapat direkomendasikan atas berbagai pertimbangan medis dan kebidanan. Alternatifnya, dalam penanganan oligohidramnion pada kehamilan aterm, dapat dipilih pendekatan ekspektatif dengan melibatkan hidrasi dan pemantauan janin, serta pemeriksaan ultrasonografi (USG) secara rutin untuk menilai volume cairan amnion. Ketika kedua opsi tersebut tersedia, penanganan aktif, yaitu induksi persalinan, seringkali menjadi pendekatan umum yang diambil pada wanita hamil aterm, baik dengan atau tanpa faktor risiko pada ibu atau janin.

Oligohidramnion pada kehamilan aterm mungkin dilakukan penanganan aktif dengan cara induksi persalinan atau penanganan ekspektatif dengan cara hidrasi dan pemantauan janin, dan atau USG reguler untuk menilai volume cairan amnion. Ketika kedua pilihan tersedia, penanganan aktif adalah pendekatan yang umum dilakukan pada wanita hamil aterm dengan atau tanpa faktor resiko pada ibu atau fetus.²⁵ Induksi persalinan pada wanita resiko rendah dengan oligohidramnion paling umum dilakukan, meskipun tidak ditemukan perbaikan pada keluaran neonatal.

Pada kehamilan post matur, tinjau ulang mengenai hari pertama haid terakhir. Jika kehamilan memang benar post term, cara persalinan fetus adalah dengan induksi atau seksio sesarea. Jika mekonium dijumpai selama persalinan, terapi aminoinfusi untuk mengurangi resiko gawat janin dan apirasi prenatal. Ketika ibu hamil memiliki kecenderungan yang tinggi menderita penyakit maternal, persalinan preterm, atau masalah janin yang membutuhkan fasilitas kesehatan tertier maka segera rujuk ke pusat tertier. Jika anomali janin tidak dianggap mematikan atau penyebab oligohidramnion tidak diketahui, amnioinfusi profilaktik dengan

normal salin, ringer laktat, atau glukosa 5% dapat dilakukan untuk mencegah deformitas kompresi dan penyakit paru hipoplastik, dan juga untuk memperpanjang usia kehamilan. Indikasi dilakukannya Sectio Caesarea berasal dari faktor ibu maupun janin, seperti CPD (Pinggul sempit), gawat janin, plasenta previa, letak lintang, Incoordinate Uterine Action (kontraksi rahim adekuat), pre-eklamsi, oligohidramnion, serta riwayat SC sebelumnya.²⁶

Amnioinfusion adalah pemberian infuse normal salin 0,9% ke dalam uterus selama persalinan untuk menghindari kompresi pada tali pusat atau untuk melarutkan mekonium yang bercampur dengan cairan amnion. Studi menunjukkan bahwa normal salin tidak akan mempengaruhi keseimbangan elektrolit fetus. Pada kehamilan preterm direkomendasikan menggunakan cairan hangat, sedangkan untuk kehamilan aterm dianjurkan cairan pada suhu ruangan. Aminoinfusi dilakukan dengan menggunakan Intrauterine Pressure Catheter (IUPC). Prosedur melakukannya yakni:

- a) Menghubungkan kantong cairan infuse ke IV tubing
- b) Flush tubing, untuk menghindari masuknya udara ke dalam uterus
- c) Menjelaskan kepada pasien bahwa prosedur infuse tidak akan menyakitkan. Inseri IUPC mungkin akan tidak nyaman
- d) Menyiapkan sarung tangan steril, lubrikan, IUPC, dan kabel
- e) Atur IUPC pada tekanan nol atmosfer
- f) Setelah IUPC dimasukkan, nilai tonus uterus saat pasien istirahat pada sisi kiri, kanan, dan punggung, lalu rekam.
- g) Pasang IV tubing pada AMNIO port di IUPC
- h) Bolus dengan 250-600 ml, 250 ml akan menghasilkan 6cm kantung cairan amnion
- i) Gunakan infuse pump setelah bolus, maintenance cairan 150-180ml per jam, yang paling sering digunakan adalah 180 ml per jam. Interpretasinya dikatakan hasilnya positif jika didapati

penurunan keparahan deselerasi, mekonium berkurang viskositasnya dan warnanya lebih cerah. Sedangkan dikatakan negatif jika terjadi peningkatan tonus uterus saat istirahat dan tidak ada peningkatan pada pola DJJ. Kontraindikasi dari amnioinfusion seperti plasenta previa, korioamnionitis, fetal anomali, malpresentasi janin, impending delivery, kehamilan multipel, kelainan uterus, serviks yang tidak berdilatasi, perdarahan pada trimester III yang tidak terdiagnosa. Adapun komplikasi dari tindakan ini yaitu hidramnion, prolaps tali pusat, tekanan intra uterus yang tinggi, abruptio plasenta, infeksi uterus, maternal chilling (karena cairan terlalu dingin), fetal bradikardi (karena cairan terlalu dingin), fetal takikardi (karena cairan terlalu panas)

3. Persalinan

a. Definisi Persalinan

Persalinan adalah suatu serangkaian proses pengeluaran janin dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar yang terjadi pada usia kehamilan 37-42 minggu, lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, berlangsung dalam 18 jam tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin.

Persalinan juga dapat diartikan sebagai serangkaian proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lahir lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Persalinan dapat dibagi menjadi tiga, yaitu :²⁷

1) Persalinan Spontan

Persalinan ini diartikan sebagai persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut.

2) Persalinan Buatan

Persalinan ini diartikan sebagai persalinan yang dibantu dengan tenaga dari luar misalnya ekstraksi forceps, atau dilakukan operasi

Sectio Caesaria.

3) Persalinan Anjuran

Persalinan Ini diartikan sebagai persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin.

b. Tanda dan Gejala Menjelang Persalinan

1) Terjadinya His Palsu

His adalah salah satu kekuatan pada ibu yang menyebabkan serviks membuka dan mendorong janin ke bawah. Pada presentasi kepala, bila his sudah cukup kuat, kepala akan mulai turun dan masuk ke rongga panggul. His yang sempurna bila terdapat:²⁸

(1) kontraksi simetris

(2) kontraksi paling kuat atau adanya dominasi di fundus uteri, dan

(3) sesudah itu terjadi relaksasi.

Tiap his dimulai sebagai gelombang dari salah satu sudut dimana tuba masuk ke dalam dinding uterus yang disebut sebagai pace maker tempat gelombang his berasal. Gelombang bergerak ke dalam dan ke bawah dengan kecepatan 2 cm tiap detik sampai ke uterus. His menyebabkan pembukaan dan penipisan di samping tekanan air ketuban pada pembukaan kala I dan selanjutnya oleh kepala janin yang makin masuk ke rongga panggul dan sebagai benda kasar yang mengadakan tekanan kepada serviks hingga pembukaan menjadi lengkap.

2) Keluar lendir bercampur darah pervagina (show)

Lendir berasal dari pembukaan yang menyebabkan lepasnya lendir berasal dari kanalis servikalis. Sedangkan pengeluaran darah disebabkan robeknya pembuluh darah waktu serviks membuka,

3) Ketubanpecah dengan sendirinya

Sebagai ibu hamil mengelurkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung selama 24 jam. Namun apabila tidak tercapai,

maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum atau section caesaria.

4) Dilatasi dan effacement

Dilatasi adalah terbukanya kanalis servikalis secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. Effacement adalah pendarahan atau pemendekan kanalis servikalis yang semula panjang 1-2 cm menjadi hilang sama sekali sehingga tinggal hanya ostium yang tipis seperti kertas.

c. Proses persalinan ²⁹

1) Pada kala I serviks membuka sampai pembukaan 10 cm, disebut juga kala pembukaan. Proses membukanya serviks sebagai akibat his dibagi dalam dua fase sebagai berikut:

a) Fase laten

Fase laten adalah fase pembukaan yang lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap dimulai dari pembukaan 0 sampai 3 cm yang biasanya membutuhkan waktu 8 jam (Walyani, 2016).

b) Fase aktif

Fase aktif adalah fase pembukaan yang lebih cepat yang terbagi menjadi berikut ini:

- i. Fase akselerasi (fase percepatan), yaitu fase pembukaan dari pembukaan 3 cm dan 4 cm yang terjadi dalam 2 jam.
- ii. Fase dilatasi maksimal, yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari pembukaan 4 cm sampai 9 cm
- iii. Fase deklarasasi (kurangnya kecepatan), yaitu fase pembukaan dari pembukaan 9 cm sampai 10 cm yang terjadi selama 2 jam

2) Kala II

Kala II akan dimulai pada pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini berlangsung selama 2 jam

pada primi dan 1 jam pada multi. Tanda-tanda bahwa kala II persalinan sudah dekat yaitu:

- a) Ibu ingin meneran
- b) Perineum menonjol
- c) Vulva vagina dan sphincter anus membuka
- d) Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat
- e) His lebih kuat dan lebih cepat 2-3 menit sekali
- f) Pembukaan lengkap
- g) Pada primi berlangsung rata-rata 1,5 jam dan multipara rata-rata 0,5 jam.

Mekanisme persalinan yaitu:

- a) Masuknya kepala janin dalam PAP
- b) Majunya kepala janin
- c) Fleksi
- d) Putaran paksi dalam
- e) Ekstensi
- f) Putaran paksi luar
- g) Ekspulsi

3) Kala III (Kala Uri)

Kala III (Kala Uri) adalah periode persalinan yang dimulai dari lahirnya bayi sampai dengan lahirnya plasenta. Kala III persalinan terdiri atas dua fase, yaitu pelepasan plasenta dan ekspulsi (pengeluaran) plasenta. Segera setelah bayi dan air ketuban sudah tidak lagi berada di dalam uterus, kontraksi akan terus berlangsung dan ukuran rongga uterus akan mengecil. Pengurangan dalam ukuran uterus ini akan menyebabkan pengurangan dalam ukuran tempat melekatnya plasenta.

Oleh karena tempat melekatnya plasenta tersebut menjadi lebih kecil, maka plasenta akan menjadi tebal atau mengkerut dan memisahkan diri dari dinding uterus. Sebagian dari pembuluh-pembuluh darah yang kecil akan robek saat plasenta lepas. Tempat

melekatnya plasenta akan berdarah terus hingga uterus seluruhnya berkontraksi. Setelah plasenta lahir, dinding uterus akan berkontraksi dan menekan semua pembuluh-pembuluh darah ini yang akan menghentikan perdarahan dari tempat melekatnya plasenta tersebut.

Sebelum uterus berkontraksi, wanita tersebut bisa kehilangan darah 350-360 cc/menit dari tempat melekatnya plasenta tersebut. Uterus tidak bisa sepenuhnya berkontraksi hingga plasenta lahir dahulu seluruhnya. Oleh sebab itu, kelahiran yang cepat dari plasenta segera setelah ia melepaskan dari dinding uterus merupakan tujuan dari manajemen kebidanan dari kala III yang kompeten. Tanda-tanda pelepasan plasenta :

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

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhirnya dua jam setelah itu. Fase ini merupakan fase kritis karena proses perdarahan yang berlangsung. Dilakukan pemantauan 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran plasenta, dan 30 menit pada jam kedua setelah persalinan. Jika kondisi ibu tidak stabil perlu dilakukan pemantauan lebih sering.

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan³⁰

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi persalinan adalah:

1) Passanger

Passanger dalam persalinan adalah janin dan plasenta. Hal-hal yang perlu diperhatikan mengenai janin adalah ukuran, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin sedangkan yang perlu diperhatikan pada plasenta adalah letak, besar dan luasnya

2) Passange

Jalan lahir dibagi atas dua yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak. Jalan lahir keras adalah ukuran dan bentuk tulang panggul sedangkan jalan lahir lunak adalah segmen bawah uterus yang dapat meregang serviks, otot besar panggul, vagina, introitus vagina.

3) Power

Faktor kekuatan dalam persalinan dibagi atas dua yaitu:

a) Kekuatan primer

Kontraksi berasal dari segmen atas uterus yang menebal dan dihantarkan ke uterus bawah dalam bentuk gelombang. Kekuatan primer mengakibatkan servik menipis dan berdilatasi sehingga janinturun.

b) Kekuatan sekunder

Kekuatan ini diafragma dan abdomen ibu berkontraksi dan mendorong keluar isi jalan lahir sehingga menimbulkan tekanan intra abdomen. Kekuatan sekunder tidak mempengaruhi dilatasi servik, tetapi setelah dilatasi servik lengkap, kekuatan ini cukup penting dalam usaha untuk mendorong keluar dari uterus dan vagina.

c) Positioning

Posisi ibu dapat mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Perubahan posisi yang diberikan pada ibu bertujuan untuk menghilangkan rasa letih, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi, seperti posisi berdiri, berjalan, duduk, dan jongkok.

d) Respons psikologis

Respons psikologis ibu dapat dipengaruhi oleh:

- i. Dukungan suami selama persalinan.
- ii. Dukungan kakek-nenek (saudara dekat) selama persalinan
- iii. Saudara kandung bayi selama persalinan.

4. Kajian teori *Secsio caesarea*³¹

a. Pengertian

Section caesarea yaitu suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut, atau dapat juga didefinisikan sebagai sesuatu histerotomia untuk melahirkan janin dari dalam Rahim

b. Indikasi

- 1) Plasenta previa
- 2) Panggul sempit
- 3) Disproporsi sevalopelvik
- 4) Rupture uteri
- 5) Partus lama
- 6) Partus tak maju
- 7) Distosia serviks
- 8) Pre eklamsia
- 9) Malpresentasi janin
- 10) Bekas SC

c. Komplikasi

Komplikasi dari section caesarea adalah sebagai berikut:

- 1) Infeksi puerperalis/ nifas bisa terjadi infeksi ringan yaitu kenaikan suhu beberapa hari saja, sedang yaitu kenaikan suhu lebih tinggi disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung, berat yaitu dengan peritonitis dan ileus paralitik
- 2) Perdarahan akibat atonia uteri atau banyak pembuluh darah yang terputus dan terluka pada saat operasi
- 3) Trauma kandung kemih yang terpotong saat melakukan section caesarea
- 4) Resiko ruptur uteri pada kehamilan berikutnya karena jika pernah mengalami pembedahan pada dinding Rahim, insisi yang dibuat menciptakan garis kelemahan yang sangat berisiko untuk ruptur pada persalinan berikutnya.

2. Bayi Baru Lahir ³²

a. Definisi

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang berusia 0-28 hari. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram. BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturase, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan (ekstrauterain) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik.

b. Ciri-ciri bayi normal adalah, sebagai berikut :

- 1) Berat badan 2.500-4.000 gram.
- 2) Panjang badan 48-52 cm.
- 3) Lingkar dada 30-38 cm.
- 4) Lingkar kepala 33-35 cm.
- 5) Frekuensi jantung 120-160 kali/menit
- 6) Pernapasan \pm 40-60 kali/menit.
- 7) Kulit kemerah-merahan dan lici karena jaringan subkutan cukup.
- 8) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- 9) Kuku agak panjang dan lemas.
- 10) Genitalia: pada perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, dan pada laki-laki, testis sudah turun dan skrotum sudah ada.
- 11) Refleks isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- 12) Refleks Moro atau gerak memeluk jika dikagetkan sudah baik.
- 13) Refleks grasp atau menggenggam sudah baik.
- 14) Eliminasi baik, mekonium keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan

c. Perubahan Fisiologi pada Bayi Baru Lahir

1) Perubahan pada sistem pernapasan

Pernapasan pertama pada bayi normal terjadi dalam 30 detik sesudah kelahiran. Pernapasan ini timbul sebagai akibat aktivitas normal

sistem saraf pusat dan perifer yang dibantu oleh beberapa rangsangan lainnya. Frekuensi pernapasan bayi baru lahir berkisar 30-60 kali/menit.

2) Perubahan sistem Kardiovaskuler

Dengan berkembangnya paru-paru, pada alveoli akan terjadi peningkatan tekanan oksigen. Sebaliknya, tekanan karbon dioksida akan mengalami penurunan. Hal ini mengakibatkan terjadinya penurunan resistansi pembuluh darah dari arteri pulmonalis mengalir keparu-paru dan ductus arteriosus tertutup.

3) Perubahan termoregulasi dan metabolik

Sesaat sesudah lahir, bila bayi dibiarkan dalam suhu ruangan 25 °C, maka bayi akan kehilangan panas melalui evaporasi, konveksi, konduksi, dan radiasi. Suhu lingkungan yang tidak baik akan menyebabkan bayi menderita hipotermi dan trauma.

4) Perubahan Sistem Neurologis

Sistem neurologis bayi secara anatomik atau fisiologis belum berkembang sempurna. Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstremitas.

5) Perubahan Gastrointestinal

Kadar gula darah tali pusat 65mg/100mL akan menurun menjadi 50mg/100 mL dalam waktu 30 menit sesudah lahir, energi tambahan yang diperlukan neonatus pada jam-jam pertama sesudah lahir diambil dari hasil metabolisme asam lemak sehingga kadar gula akan mencapai 120mg/100mL.

6) Perubahan Ginjal

Sebagian besar bayi berkemih dalam 24 jam pertama setelah lahir dan 2-6 kali sehari pada 1-2 hari pertama, setelah itu mereka berkemih 5-20 kali dalam 24 jam.

7) Perubahan Hati

Dan selama periode neontaus, hati memproduksi zat yang essensial

untuk pembekuan darah. Hati juga mengontrol jumlah bilirubin tak terkonjugasi yang bersirkulasi, pigmen berasal dari hemoglobin dan dilepaskan bersamaan dengan pemecahan sel-sel darah merah.

8) Perubahan Imun

Bayi baru lahir tidak dapat membatasi organisme penyerang dipintu masuk. Imaturitas jumlah sistem pelindung secara signifikan meningkatkan resiko infeksi pada periode bayi baru lahir.

d. Tanda-Tanda Bayi Baru Lahir normal:

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

Mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket

e. Klasifikasi neonatus

- 1) Neonatus menurut masa gestasinya:
 - a) Kurang bulan (preterm infan): <259 hari (37 minggu)
 - b) Cukup bulan (term infant): 259-294 hari (37-42 minggu)

- c) Lebih bulan (possterm infant): >294 hari (42 minggu)
 - 2) Neonatus menurut berat lahir:
 - a) Berat lahir rendah: <2500 gram
 - b) Berat lahir cukup: 2500-4000 gram
 - c) Berat lahir lebih: >4000 gram
 - 3) Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan):
 - a) Neonatus cukup/kurang/lebih bulan
 - b) Sesuai/kecil/besar ukuran kehamilannya
- Bayi baru lahir disebut dengan neonatus dengan tahapan:
- a) Umur 0-7 hari disebut neonatal dini
 - b) Umur 8-28 hari disebut neonatal lanjut.
- f. Tanda bahaya baru lahir meliputi:
- 1) Sesak napas disertai tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam
 - 2) Bayi tidak mau menyusu
 - 3) Kulit dan mata bayi kuning
 - 4) Demam atau panas tinggi
 - 5) Kejang-kejang
 - 6) Lemah
 - 7) Bayi merintih atau menangis terus menerus
 - 8) Tali pusar kemerahan sampai dinding perut, berbau dan bernanah
 - 9) Tinja bayi saat buang air besar berwarna pucat
- g. Penatalaksanaan
- Penatalaksanaan untuk bayi baru lahir adalah diperiksa dengan segera setelah lahir untuk mengetahui apakah transisi dari kehidupan intrauterine ke ekstrauterine berjalan dengan lancar dan tidak ada kelainan. Pemeriksaan medis komprehensif dilakukan dalam 24 jam pertama kehidupan. Pemeriksaan rutin pada bayi baru lahir harus dilakukan, tujuannya untuk mendeteksi kelainan atau anomali kongenital yang muncul pada setiap kelahiran dalam 10-20 per 1000 kelahiran, pengelolaan lebih lanjut dari setiap kelainan yang terdeteksi

pada saat antenatal, mempertimbangkan masalah potensial terkait riwayat kehamilan ibu dan kelainan yang diturunkan, dan memberikan promosi kesehatan, terutama pencegahan terhadap sudden infant death syndrome (SIDS). Tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir adalah untuk membersihkan jalan napas, memotong dan merawat tali pusat, mempertahankan suhu tubuh bayi, identifikasi, dan pencegahan infeksi.

Asuhan bayi baru lahir meliputi :

1) Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi
Untuk menilai apakah bayi mengalami asfiksia atau tidak.

2) Pemotongan dan pengikatan Tali Pusat

Setelah penilaian sepintas dan tidak ada tanda asfiksia pada bayi, dilakukan manajemen bayi baru lahir normal dengan mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, kemudian bayi diletakkan di atas dada atau perut ibu. Setelah pemberian oksitosin pada ibu, lakukan pemotongan tali pusat dengan satu tangan melindungi perut bayi. Perawatan tali pusat adalah dengan tidak membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apa pun pada tali pusat. Perawatan rutin untuk tali pusat adalah selalu cuci tangan sebelum memegangnya, menjaga tali pusat tetap kering dan terpapar udara, membersihkan dengan air, menghindari dengan alkohol karena menghambat pelepasan tali pusat, dan melipat popok di bawah umbilicus.

3) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusu. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusu pertama biasanya berlangsung pada menit 45-60 dan

berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusu dari satu payudara. Jika bayi belum menemukan puting ibu dalam waktu 1 jam, posisikan bayi lebih dekat dengan puting ibu dan biarkan kontak kulit dengan kulit selama 30-60 menit berikutnya. Jika bayi masih belum melakukan IMD dalam waktu 2 jam, lanjutkan asuhan perawatan neonatal esensial lainnya (menimbang, pemberian vitamin K, salep mata, serta pemberian gelang pengenalan) kemudian dikembalikan lagi kepada ibu untuk belajar menyusu.³³

4) Mempertahankan suhu tubuh bayi

Mekanisme pengaturan temperatur bayi belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak dilakukan pencegahan kehilangan panas maka bayi akan mengalami hipotermia. Hipotermia dapat terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada dalam ruangan yang hangat. Pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama 6 jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi.

5) Pemberian salep mata/tetes mata

Pemberian salep atau tetes mata diberikan untuk pencegahan infeksi mata. Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika profilaksis (tetrasiklin 1%, oxytetrasiklin 1% atau 11 antibiotika lain). Pemberian salep atau tetes mata harus tepat 1 jam setelah kelahiran. Upaya pencegahan infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari 1 jam setelah kelahiran.

6) Pencegahan perdarahan melalui penyuntikan vitamin K1 dosis tunggal di paha kiri Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (Phytomenadione) 1 mg intramuskuler di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir.

7) Pemberian imunisasi Hepatitis B (HB *uniject*) dosis tunggal di paha kanan Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam di paha kanan

setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan Hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati.

- 8) Pemeriksaan Bayi Baru Lahir (BBL)
- 9) Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi. Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan dianjurkan tetap berada di fasilitas tersebut selama 24 jam karena risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan. saat kunjungan tindak lanjut (KN) yaitu 1 kali pada umur 1-3 hari, 1 kali pada umur 4-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari.

5. Nifas

a. Definisi Masa Nifas

Masa nifas adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan. Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira – kira 6 minggu. Masa nifas (puerperium) dimulai sejak plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu. Puerperium (nifas) berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, merupakan waktu yang diperlukan untuk pulihnya alat kandungan pada keadaan yang normal.³⁴

b. Tahapan Masa Nifas

Tahapan masa nifas terdiri dari: ³⁴

- 1) Puerperium dini (immediate puerperium): kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan
- 2) Puerperium intermedial (early puerperium): kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu
- 3) Remote puerperium (later puerperium): waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil dan waktu persalinan mempunyai komplikasi

c. Perubahan Fisiologis Pada Masa Nifas

Sistem tubuh ibu akan kembali beradaptasi untuk menyesuaikan dengan kondisi post partum. Organ-organ tubuh ibu yang mengalami perubahan setelah melahirkan antara lain:

1) Uterus

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

Involusi	TFU	Berat Uterus (gr)
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000
Uri lahir	2 jari dibawah pusat	750
1 minggu	Pertengahan simfisis	500
2 minggu	Tidak teraba di simfisis	350
6 minggu	Normal	50
8 minggu	Normal seperti sebelum hamil	30

2) Bekas implantasi uri

Bekas implantasi uri atau placental bed mengecil karena kontraksi dan menonjol ke kavum uteri dengan diameter 7,5 cm. sesudah 2 minggu menjadi 3,5 cm, pada minggu keenam 2,4 cm, dan akhirnya pulih.

3) Luka pada jalan lahir

Luka-luka pada jalan lahir jika tidak disertai infeksi akan sembuh dalam 6-7 hari.

4) Rasa nyeri

Rasa nyeri yang disebut after pains, (merasa mulas-mulas) disebabkan kontraksi rahim, biasanya berlangsung 2-4 hari pasca

persalinan. Perlu diberikan pengertian pada ibu mengenai hal tersebut dan jika terlalu mengganggu, dapat diberikan obat-obatan anti nyeri dan anti mual.

5) Lochea

Lochea adalah cairan secret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas:

- a) Lochea rubra (cruenta) berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks caseosa, lanugo, dan mekonium, selama 2 hari pasca persalinan.
- b) Lochea sanguinolenta berwarna merah kuning, berisi darah dan lendir pada hari ke 3-7 pasca persalinan.
- c) Lochea serosa berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pasca persalinan
- d) Lochea alba cairan putih, setelah 2 minggu
- e) Lochea purulenta terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
- f) Lochea stasis, lochea tidak lancar keluaranya

6) Serviks

Setelah persalinan, bentuk serviks agak menganga seperti corong, berwarna merah kehitaman. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat perlukaan-perlukaan kecil. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa dimasukkan ke rongga rahim, setelah 2 jam, dapat dilalui oleh 2-3 jari, dan setelah 7 hari, hanya dapat dilalui 1 jari.

7) Payudara

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis, yaitu produksi susu dan sekresi susu (let down). Selama sembilan bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi untuk menghambat kelenjar pituitary akan mengeluarkan

prolaktin (hormon laktogenik). Ketika bayi menghisap puting, reflek saraf merangsang lobus posterior pituitary untuk menyekresi hormon oksitosin. Oksitosin merangsang reflek let down (mengalirkan), sehingga menyebabkan ejeksi ASI melalui sinus aktiferus payudara ke duktus yang terdapat pada puting. Ketika ASI dialirkan karena isapan bayi atau dengan dipompa sel-sel acini terangsang untuk menghasilkan ASI lebih banyak.

8) Perubahan Vagina

selama proses melahirkan bayi Vulva dan vagina akan mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar. Sehingga dalam beberapa hari pertama setelah proses tersebut, kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur. Kemudian setelah 3 minggu, vulva dan vagina akan kembali pada keadaan seperti tidak hamil. Pada post natal hari kelima, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil.

9) Perubahan Pada Tanda Vital

Tanda-tanda Vital yang sering digunakan sebagai indikator bagi tubuh yang mengalami gangguan atau masalah kesehatan adalah nadi, pernafasan, suhu, dan tekanan darah.

a) Suhu Badan

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

b) Nadi

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

c) Tekanan darah

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

d) Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16-24 kali per menit. Pada ibu post partum umumnya pernafasan lambat atau normal karena dalam masa pemulihan atau kondisi istirahat.

d. Perubahan Psikologis Masa Nifas³⁴

Periode kehamilan, persalinan, dan pascanatal merupakan masa terjadinya stress yang hebat, kecemasan, gangguan emosi, dan penyesuaian diri. Periode Postpartum menyebabkan stres.

1) emosional terhadap ibu baru, bahkan lebih menyulitkan bila terjadi perubahan fisik yang hebat. Menurut Reva Rubi, terdapat tiga fase dalam masa adaptasi peran pada masa nifas, yaitu:

a) Masa Taking In

Terjadi pada hari pertama dan kedua setelah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya. Ibu akan mengulang-mengulang menceritakan pengalamannya waktu melahirkan. Pada saat ini, ibu memerlukan istirahat yang cukup agar ibu dapat menjalani masa nifas selanjutnya dengan baik. Ibu juga memerlukan nutrisi yang lebih, dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses laktasi aktif.

b) Masa Taking Hold

Berlangsung pada 3-10 hari postpartum. ibu lebih berkonsentrasi pada kemampuannya dalam menerima tanggung jawab sepenuhnya terhadap perawatan bayi. Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan perawatan bayi,

misalnya menggendong, memandikan, memasang popok, dan sebagainya. Pada masa ini ibu agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut, cenderung menerima nasihat bidan, karena ia terbuka untuk menerima pengetahuan dan kritikan yang bersifat pribadi. Pada tahap ini Bidan penting memperhatikan perubahan yang mungkin terjadi dengan memperhatikan komunikasi yang tidak menyinggung perasaan ibu yang membuat tidak nyaman.

c) Masa Letting Go

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu mengambil langsung tanggung jawab dalam merawat bayinya, dia harus menyesuaikan diri dengan tuntutan ketergantungan bayinya dan terhadap interaksi social. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

e. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

1) Ambulasi Dini

Ambulasi dini adalah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu post partum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan. Keuntungan early ambulation adalah :

- a) Ibu merasa lebih sehat dan kuat dengan early ambulation.
- b) Faal dan kandung kemih lebih baik.
- c) Early ambulation memungkinkan kita mengajarkan ibu cara merawat anaknya selama ibu masih di rumah sakit. Misalnya memandikan, mengganti pakaian, dan memberi makan.
- d) Lebih sesuai dengan keadaan Indonesia (sosial early ambulation ekonomis), menurut penelitian-penelitian

yang seksama, tidak mempunyai pengaruh yang buruk, tidak menyebabkan pendarahan yang abnormal, tidak mempengaruhi penyembuhan luka episotomi atau luka di perut, serta tidak memperbesar kemungkinan prolapsus. Early ambulation tentunya tidak dibenarkan pada ibu post partum dengan penyulit, misalnya anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam, dan sebagainya.

2) Nutrisi

Pada masa nifas masalah nutrisi perlu mendapat perhatian yang serius, karena dengan nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi pada proses menyusui. Nutrisi yang diberikan harus begizi seimbang, cukup kalori, tinggi protein dan banyak mengandung cairan. Ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan agar gizi sebagai berikut:

- a) Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari menjadi \pm 2700 – 3000 kalori.
- b) Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup.
- c) Minum sedikitnya 3 liter air tiap hari.
- d) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pasca persalinan.
- e) Minum kapsul vitamin A 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A kepada bayi melalui ASI.

3) Personal Hygiene

Pada masa nifas, seorang ibu sangat rentan terhadap penyakit infeksi. Oleh karena itu kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur dan lingkungan sangat penting untuk menjaga kebersihan dari ibu nifas adalah :

- a) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh, terutama Perineum.

- b) Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah disekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Anjurkan ibu untuk membersihkan vulva setiap kali setelah BAB atau BAK.
- c) Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya 2 kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik dan dikeringkan di bawah matahari dan disetrika.
- d) Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.
- e) Jika ibu mempunyai luka episiotomy atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah tersebut.

4) Istirahat dan tidur

Hal yang bisa dilakukan pada ibu untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur adalah:

- a) Anjurkan ibu agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.
- b) Saran ibu untuk kembali pada kegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal, yaitu : mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak pendarahan, dan menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

5) Eliminasi

Ibu diminta untuk buang air kecil (BAK) 6 jam post partum, jika dalam 8 jam post partum belum dapat berkemih atau sekali berkemih belum melebihi 100 cc, maka dilakukan kateterasi. Akan

tetapi, kalau ternyata kandung kemih penuh, tidak perlu 8 jam untuk kateterisasi. Ibu post partum diharapkan dapat buang air besar (BAB) setelah hari kedua post partum. Jika hari ketiga belum juga BAB, maka perlu diberi obat pencahar per oral atau per rectal. Jika setelah pemberian obat pencahar masih belum bisa BAB, maka dilakukan klisma (huknah).

6) Perawatan Payudara

Menjaga payudara tetap bersih dan kering serta menggunakan BH yang menyokong payudara, jika puting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali selesai menyusui dan tetap menyusukan pada puting susu yang lecet, apabila lecet sangat berat istirahatkan selama 24 jam dan untuk menghindari nyeri dapat minum parasetamol 1 kaplet setiap 4 – 6 jam.

7) Aktivitas Seksual

Aktivitas seksual yang dapat dilakukan oleh ibu masa nifas harus memenuhi syarat sebagai berikut :

- a) Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu dua jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri, maka ibu aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapanpun ibu siap.
- b) Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan ini bergantung pada pasangan yang bersangkutan.

f. Asuhan Kebidanan Masa Nifas

Asuhan ibu masa nifas adalah asuhan yang diberikan kepada ibu segera setelah kelahiran sampai 6 minggu setelah kelahiran. Adapun jadwal kunjungan pada masa nifas adalah sebagai berikut: :

- 1) Kunjungan I (6 -8 jam setelah persalinan)

- a) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
 - b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanju.
 - c) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
 - d) Pemberian ASI awal
 - e) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi
- 2) Kunjungan II (6 hari setelah persalinan)
- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau
 - b) Menilai adanya tanda -tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal
 - c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, ciaran, dan istirahat
 - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik, dan tidak memperlihatkan tanda - tanda penyulit
 - e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari –hari
- 3) Kunjungam III (2 minggu setelah persalinan)
- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau
 - b) Menilai adanya tanda -tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal
 - c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, ciaran, dan istirahat
 - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik, dan tidak memperlihatkan tanda - tanda penyulit

- e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari –hari
- 4) Kunjungan IV (6 minggu pasca postpartum)
- a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit - penyulit -penyulit yang ia alami atau bayinya
 - b) Membrikan konseling KB secara dini
 - c) Menganjurkan/mengajak ibu membawa bayinya ke posyandu atau puskesmas untuk penimbangan dan imunisasi
6. Keluarga Berencana
- a. Definisi

Keluarga berencana (KB) merupakan usaha suami istri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Maka dari itu, pemerintah mencanangkan program atau cara untuk mencegah dan menunda kehamilan. Prinsip dasar metode kontrasepsi adalah mencegah sperma laki- laki mencapai dan membuahi telur wanita (fertilisasi) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang di dalam rahim. Kontrasepsi sendiri berasal dari kata kontra dan konsepsi. Kontra yang berarti "melawan" atau "mencegah", sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur yan matang dengan sperma yang menakibatkan kehamilan. Jadi kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan akibat adanya pertemuan antara sel telur.³⁵

Keluarga Berencana (KB) memiliki makna yang sangat strategis, komprehensif dan fundamental dalam mewujudkan manusia Indonesia yang sehat dan sejahtera. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014 Tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, KB, dan Sistem Informasi Keluarga menyebutkan bahwa KB adalah untuk mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai hak reproduksi untuk mewujudkan

keluarga yang berkualitas.³⁶

b. Tujuan Keluarga Berencana (KB)

Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia nomor 87 tahun 2014 pasal 18 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, Keluarga Berencana, dan Sistem Informasi Keluarga, kebijakan KB bertujuan untuk:

- 1) Mengatur kehamilan yang diinginkan,
- 2) Menjaga kesehatan dan menurunkan angka kematian ibu, bayi, dan anak
- 3) Meningkatkan akses dan kualitas informasi, pendidikan, konseling, dan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi,
- 4) Meningkatkan partisipasi dan kesertaan pria dalam praktek KB, dan
- 5) Mempromosikan penyusunan bayi sebagai upaya untuk menjarangkan kehamilan

c. Macam-macam metode kontrasepsi dibagi menjadi:

1) Metode Kontrasepsi Sederhana

Metode kontrasepsi sederhana terdiri dari 2, yaitu:

- a) Metode kontrasepsi sederhana tanpa alat. Metode kontrasepsi tanpa alat antara lain: Metode Amenorrhoe Laktasi (MAL), Coitus Interruptus, metode kalender, metode lendir serviks, metode suhu basal badan, dan simptotermal yaitu perpaduan antara suhu basal dan lendir servik.
- b) Metode kontrasepsi sederhana dengan alat, yaitu kondom, diafragma, cup serviks dan spermisida

d. Intra Uterine Device (IUD) / Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Alat kontrasepsi yang dipasang dalam rahim dengan menjepit kedua saluran yang menghasilkan indung telur sehingga tidak terjadi pembuahan, terdiri dari bahan plastik polietilena, ada yang dililit oleh tembaga dan ada yang tidak. Pemasangan dilakukan dalam 10 menit setelah plasenta lahir (pada persalinan normal). Pada persalinan caesar, dipasang pada waktu operasi caesar (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

KB pasca persalinan merupakan upaya pencegahan kehamilan dengan menggunakan alat dan obat kontrasepsi segera setelah melahirkan sampai dengan 42 hari/ 6 minggu setelah melahirkan.³⁷

e. Jenis alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR)

Jenis AKDR dibagi menjadi dua yakni AKDR hormonal dan non hormonal. AKDR hormonal dibedakan menurut bentuk dan tambahan obat atau metal. Menurut bentuknya AKDR dibagi menjadi bentuk terbuka (open device) misalnya Lippes Loop, CU-T, Cu-7, Margulies, Spring Coil, Multiload, Nova-T. Bentuk tertutup (closed device) misalnya Ota ring, Antigon, Grafen Berg Ring. Menurut tambahan obat atau metal dibagi menjadi medicated intrauterine device (IUD), misalnya Cu-T-200, 220, 300, 380A; Cu-7, Nova-T, ML-Cu 250, 375, selain itu ada Copper-T, Copper-7, Multi Load, dan Lippes Load. AKDR hormonal ada dua jenis yaitu Progestasert-T dan LNG-20 (Setyaningrum, 2016). Jenis AKDR Cu T-380A adalah jenis AKDR yang beredar di Indonesia. AKDR jenis ini memiliki bentuk yang kecil, kerangka dari plastik yang fleksibel, berbentuk huruf T diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu)

e. Mekanisme kerja alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) pasca plasenta

Cara kerja AKDR pasca plasenta sama dengan AKDR lain yaitu mencegah sperma dan ovum bertemu dengan mempengaruhi kemampuan sperma agar tidak mampu fertilisasi, mempengaruhi implantasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, dan menghalangi implantasi embrio pada endometrium (Rusmini, dkk, 2017). AKDR mencegah terjadinya fertilisasi, tembaga pada AKDR menyebabkan reaksi inflamasi steril, toksik buat sperma sehingga tidak mampu untuk fertilisasi.

f. Efektivitas

Menurut WHO (2015) tingkat efektivitas AKDR yang tidak mengandung hormon 0,6 kehamilan per 100 wanita per tahun dengan kami yang konsisten dan benar, dan 0,8 kehamilan per 100 wanita per

tahun seperti yang biasa digunakan. Sedangkan AKDR yang mengandung hormone yaitu 0,5 kehamilan per 100 wanita per tahun dengan kami yang konsisten dan benar, dan 0,7 kehamilan per 100 wanita per tahun seperti yang biasa digunakan.

g. Keuntungan pemasangan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) pasca plasenta

Keuntungan pemasangan AKDR pasca plasenta menurut Kementerian Kesehatan RI (2014) yaitu:

- 1) Dapat efektif segera setelah pemasangan
- 2) Metode jangka panjang
- 3) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-mengingat
- 4) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- 5) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil
- 6) Tidak ada efek samping hormonal
- 7) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
- 8) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
- 9) Dapat digunakan sampai menopause (satu tahun atau lebih setelah haid terakhir)
- 10) Tidak ada interaksi dengan obat-obat
- 11) Mencegah kehamilan ektopik

h. Waktu memulai

- 1) Setiap waktu dalam siklus haid (klien pasti tidak hamil)
- 2) Pasca abortus: segera atau dalam waktu 7 hari
- 3) Pasca persalinan:
 - a) Dalam 10 menit setelah plasenta lahir (insersi dini pascaplasenta)
 - b) Sampai 48 jam pertama setelah melahirkan (insersi segera pasca persalinan)

- c) Pada 4 minggu setelah melahirkan (perpanjangan interval pasca persalinan)
 - d) Pada waktu operasi sesarea (trans secarea)
- 4) Pasca sanggama yang tidak terlindungi: 1-5 hari (kontrasepsi darurat)

Terkait dengan jenis kontrasepsi ini termasuk dalam metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) dan waktu pemberiannya yang dapat segera mungkin setelah persalinan, maka pemilihan metode ini sangat efektif dan efisien dimana ibu pasca bersalin pulang ke rumah sudah langsung terlindungi dengan kontrasepsi dengan *Couple Years Protection (CYP)* yang panjang.

i. Keuntungan

Menurut Affandi (2014) keuntungan AKDR meliputi:

- 1) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil
- 2) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR
- 3) Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi
- 4) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- 5) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan
- 6) Metode kontrasepsi jangka panjang
- 7) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat
- 8) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
- 9) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)
- 10) Tidak ada interaksi dengan obat-obatan
- 11) Membantu mencegah kehamilan ektopik

3. Kewenangan Bidan

Bidan diakui sebagai tenaga kesehatan profesional yang memiliki kewenangan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada individu,

keluarga, dan masyarakat. Pelayanan tersebut meliputi aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, dengan fokus pada kesehatan ibu, anak, dan reproduksi. Dalam menjalankan praktiknya, bidan wajib mematuhi standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional yang ditetapkan oleh konsil dan kolegium serta ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.³⁸