

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

1. Asuhan Kebidanan Kehamilan

Asuhan kebidanan kehamilan pada Ny. D pertama kali dilakukan pada tanggal 23 Februari 2026 di Puskemas Banguntapan II. Ny. D berusia 19 tahun datang ke puskesmas ingin memeriksakan kehamilannya dan mengatakan tidak ada keluhan. Berdasar skor EPDS didapatkan angka 20, dimana item menyakiti diri sendiri tertulis 2. Berdasarkan riwayat menstruasi, *menarch* 13 tahun, siklus 28 hari, teratur, lama menstruasi 6 hari, tidak mengalami *disminorea*, ganti pembalut 3-4x/hari serta tidak mengalami keputihan. Ny. D dan suami sudah menikah selama 3 bulan. HPHT: 26 Mei 2025, HPL: 2 Maret 2026, saat ini umur kehamilan 39 minggu. Kehamilan ini merupakan kehamilan pertama bagi Ny. D dan belum pernah mengalami abortus.

Ny. D mulai memeriksakan kehamilannya saat umur kehamilan 6 minggu (untuk memastikan kehamilannya ,di konfirmasikan ke pacar). Selama hamil Ny. D mengeluh mual, muntah dan pinggang sakit. Ny. D hanya mengonsumsi obat yang diberikan oleh bidan/dokter yaitu asam folat, B6, tablet tambah darah dan kalsium. Ny. D belum pernah menggunakan kontrasepsi sebelumnya karena Ny. D mengalami kehamilan tidak diinginkan (KTD). Berdasarkan riwayat kesehatan, Ny. D tidak pernah dan tidak sedang menderita penyakit hipertensi, DM, asma, jantung, HIV dan Hepatitis B. Keluarga Ny. D juga tidak pernah atau tidak sedang menderita penyakit hipertensi, DM, asma, jantung, TBC, HIV, hepatitis B, dan tidak ada keturunan kembar.

Berdasarkan pengkajian data objektif, keadaan umum ibu baik, TD: 96/64 mmHg, Nadi: 80x/menit, Respirasi: 20x/menit, Suhu 36,5°C, BB sebelum hamil: 50 kg, BB saat ini: 68,7 kg, TB: 157 cm, LiLA: 25 cm, IMT: 20,3 kg/m² termasuk dalam kategori ideal. Berdasarkan palpasi Leopold I TFU 30 cm, bagian fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong janin), Leopold II bagian kanna teraba keras, memanjang seperti papan (punggung janin), sebelah kiri teraba bagian kecil (ekstremitas janin), Leopold III teraba

bulat keras melenting (kepala janin), dan leopold IV tangan pemeriksa kovergen (belum masuk panggul). DJJ: 138x/menit, teratur. TBJ: 2945 gram, tidak ada oedem di ekstermitas. Berdasarkan pemeriksaan laboratorium; Hb: 12,6 gr/dl dan protein urin negative. Ibu mengatakan gerakan janin aktif > 10 kali dalam 12 jam.

Pada tanggal 1 Maret 2026 UK 39 minggu 6 hari, melakukan kunjungan pertama kerumah Ny. D. Adapun hasil yang ditemukan yaitu keadaan umum ibu baik, TD: 100/70 mmHg, Nadi: 84x/menit, Respirasi: 20x/menit, Suhu 36,6°C, TFU 30 cm. Ny. D mengatakan tidak ada keluhan serta gerakan janin sangat aktif > 10 kali dalam 12 jam. Ny. D mengatakan belum terasa kenceng-kenceng dan belum ada keluar lendir darah.

2. Asuhan Kebidanan Persalinan, Tanggal: 6 Maret 2026

Pada tanggal 6 Maret 2026, ibu mengatakan datang ke RS pukul 09.00 WIB mengeluh kenceng-kenceng namun belum mengeluarkan lendir darah. Ibu merasa cemas dalam menghadapi persalinan. Umur kehamilan saat ini 40 minggu 4 hari. Kemudian dokter mengatakan sekitar pukul 12.30 WIB akan dilakukan SC sito. Bayi lahir pukul 13.15 WIB dengan BB = 2.950 gram, PB = 48 cm, LK = 34 cm, LD= 33 cm, LLA = 10 cm, Jenis Kelamin = Laki-laki.

3. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Bayi Ny. D lahir tanggal 6 Maret 2026 pukul 13.15 WIB secara SC atas indikasi distres pada janin di RS Nur Hidayah. Bayi Ny. D lahir langsung menangis, tonus otot dan gerakan aktif, kulit kemerahan, APGAR 1 menit/5 menit/10 menit: 8/9/10. Jenis kelamin laki-laki. Ibu mengatakan bayinya diberikan salepmata, disuntik vit K, dan imunisasi HB 0. KU bayi baik dan tidak mengalami tanda bahaya. Dilakukan pemeriksaan antropometri BB 2.950 gram, PB 48 cm, LK 34 cm, LD 33 cm, LLA 10 cm. Berdasarkan pemeriksaan fisik tidak ada kelainan. Bayi sudah BAK dan BAB.

Pada tanggal 10 Maret 2026 dilakukan pengkajian kunjungan neonatus (KN-2) melalui *Whatsapp* pada Ny. D. Bayi Ny. D umur 4 hari, neonatus hari ke-4 normal, ibu mengatakan bayi sudah diperbolehkan untuk pulang. Sebelum

pulang bayi dilakukan pengambilan sampel darah SHK (*Skrining Hipoterooid Kongenital*) untuk mengetahui ada kelainan kongenital atau tidak pada bayi.

Pada tanggal 18 Maret 2026 dilakukan pengkajian kunjungan neonatus (KN-3) ke rumah Ny. D. Bayi Ny. D dalam kondisi sehat, kulit tampak kemerahan. ibu mengatakan kontrol ke RS akan dilakukan pada tanggal 22 Maret 2026. Bayi Ny. D diberikan ASI secara penuh dan menyusui secara *on demand*, tidak tampak terlihat tanda-tanda bahaya pada bayi seperti *ikterik neonatorum*, tali pusat sudah puput. Pemeriksaan *vital sign* menunjukkan N:130x/menit, RR: 40x/menit, dan suhu tubuh 36,5 °C.

Pada tanggal 26 Maret 2026 dilakukan pengkajian kunjungan neonatus (KN-4) melalui *whatapps*. Ibu mengatakan sudah melakukan kontrol ke RSNur Hidayah pada tanggal 22 Maret 2026 diantar bersama suami nya. Hasil dari pemeriksaan, berat badan bayi 3250 gr, Panjang badan 49 cm. berdasarkan keterangan dari dokter kondisi bayi Ny. D dalam keadaan baik. Pemenuhan nutrisi: ASI *on demand*, BAK 7-9 kali/hari, BAB 2-3 kali/hari, tekstur lunak warna kekuningan.

Pada tanggal 3 April 2026 dilakukan kunjungan rumah. Pemeriksaan pada bayi Ny. D yang berumur 28 hari didapatkan, HR: 132 kali/menit, RR:40 kali/menit, S: 36,6°C, tali pusat sudah puput dan tidak ada keluhan ibu terhadap bayinya. Dilakukan pemantauan posisi dan pelekatan menyusui tampak masih salah sehingga Ny. D diajarkan posisi dan pelekatan menyusui yang baik dan benar. Ny. D mengatakan berencana akan memberikan ASI Eksklusif. Menganjurkan Ny. D untuk memberikan ASI perah saat bayi ditinggal pergi dan mengajarkan cara memulai mengumpulkan ASI perah.

4. Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui

Pada tanggal 10 Maret 2025 dilakukan pengkajian kunjungan Nifas (KF-2) melalui *Whatsapp* pada Ny. D. Ny. D umur 19 tahun P1A0 *postpartum* post SC hari ke-4, ibu mengatakan sudah diperbolehkan untuk pulang. Ibu mengatakan masih merasa nyeri di luka operasi. Ibu sudah bisa berjalan dan duduk sendiri. Kontraksi uterus keras dan ASI masih sedikit yang keluar, perdarahan yang keluar berwarna merah (*lochea rubra*) dalam batas normal.

Pengkajian pada tanggal 18 Maret 2026 dilakukan pengkajian kunjungan Nifas (KF-3) ke rumah. Dilakukan pengisian skor EPDS, hasil 2. Ny. D Umur 19 tahun P1A0 *postpartum* post SC hari ke-12. Ibu mengatakan tidak ada keluhan. Ibu mengatakan kontrol akan dilakukan pada tanggal 22 Maret 2026. Berdasarkan hasil pemeriksaan TD: 110/70 mmHg, N 80 x/menit, R 23 x/menit. ASI keluar lancar. Pengeluaran *lochea* berwarna kuning/kecoklatan (*lochea serosa*) dalam batas normal.

Pada tanggal 26 Maret 2026 dilakukan pengkajian kunjungan nifas (KF-4) melalui *whatapps*. Ibu mengatakan sudah melakukan kontrol ke RS Nur Hidayah pada tanggal 22 Maret 2026 diantar bersama suami nya. Di dapatkan hasil pemeriksaan ibu dalam keadaan sehat. ASI yang keluar lancar dan puting susu tidak lecet. Bekas luka jahitan sudah mulai mengering dan membaik. Pengeluaran *lochea* berwarna putih (*lochea alba*) dalam batas normal.

Pada tanggal 3 April 2026 dilakukan pengkajian kunjungan Nifas ke rumah Ny. D. Ny. D Umur 19 tahun P1A0 *postpartum* post SC hari ke-28. ASI keluar lancar. Setelah meminta ibu mempraktikan teknik menyusui yang biasanya dilakukan ternyata teknik menyusunya belum benar. sehingga Ny. D diajarkan posisi dan pelekatan menyusui yang baik dan benar. Ibu mengatakan pola tidur cukup. Pada malam hari ibu tidur selama 4-5 jam dan siang hari 1 jam. Ibu sudah melakukan aktivitas normal, ibu makan 3 kali sehari dengan porsi cukup dan ibu tidak berpantang makanan dan minuman apapun. BAK dan BAB tidak ada keluhan. Berdasarkan hasil pemeriksaan TD 120/80 mmHg, N: 82x/menit, R 20 x/menit, S: 36,6 °C, TFU tidak teraba. Ibu mengatakan luka jahitan bersih dan sudah kering, Pengeluaran pervaginam putih (*lochea alba*). Ibu mengatakan sekarang sudah mulai menerima bayinya dan suami serta keluarga mendukung ibu dan bayi.

5. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

Pengkajian Via *Whatsapp* pada tanggal 10 Maret 2026, ibu mengatakan telah menggunakan KB IUD pascasalin. Ibu memberikan ASI eksklusif kepada bayinya. Ny. D mengatakan tidak pernah atau tidak sedang menderita penyakit hipertensi, asma, jantung, DM, kanker payudara, tumor

payudara, miom. Ibu mengatakan bahwa bayinya belum diberikan imunisasi BCG dan rencananya akan melakukan imunisasi BCG di Puskesmas Banguntapan II.

B. Kajian Teori

1. Kehamilan

a. Definisi Kehamilan

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. Lama nya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT).¹²

b. Tanda dan Gejala Kehamilan

Pengetahuan tentang kondisi fisiologis pada awal kehamilan penting dimiliki untuk memahami tanda dugaan (*presumptive*) dan tanda kemungkinan (*probable*) kehamilan. Tanda dugaan kehamilan meliputi perubahan-perubahan fisiologis yang dialami oleh wanita dan pada sebagian besar kasus mengindikasikan bahwa seorang wanita sedang hamil seperti *amenore* (tidak haid), pembesaran payudara, perasaan mengidam (menginginkan makanan tertentu), mual muntah di pagi hari, tidak suka makanan tertentu, tidak tahan bau-bauan, *hipersalivasi*, pigmentasi kulit, sering kencing.¹³

Tanda kemungkinan kehamilan meliputi perubahan-perubahan anatomi dan fisiologi, selain tanda-tanda dugaan kehamilan, yang terdeteksi saat pemeriksaan dan didokumentasi oleh pemeriksa, seperti pembesaran rahim dan perut, tanda *Hegar*, tanda *Chadwick*, tanda *Piskacek*, ballotement, adanya kontraksi uterus saat diraba dan reaksi pemeriksaan kehamilan positif.¹³

Tanda-tanda pasti (positif) kehamilan adalah tanda-tanda yang secara langsung berhubungan dengan janin, sebagaimana dideteksi dan

didokumentasi oleh pemeriksa yaitu tampak *fetal plate* pada pemeriksaan USG, adanya kantung gestasi, teraba bagian-bagian janin, terdapat denyut jantung janin.¹³

c. Perubahan Fisiologis dan Psikologis

Dalam Maryunani dan Puspita (2013), prinsip umum petugas kesehatan dan pasien adalah sama – sama subjek, sebagai mitra yang bekerja sama dalam menangani suatu kondisi suatu kasus kegawatdaruratan.

1) Perubahan Fisik

a) Rahim

Rahim perubahan yang amat jelas adalah pembesaran rahim untuk menyimpan bayi yang ditumbuh. Peningkatan ukuran ini disebabkan membesar dan meragang yang disebabkan oleh rangsangan estrogen serta progesteron dan terjadi akibat tekanan mekanik dari dalam yaitu janin, plasenta serta cairan ketuban akan memerlukan lebih banyak ruangan.¹⁴

b) Vagina

Vagina sampai minggu ke-8, meningkatnya vaskularisasi dan pengaruh hormone estrogen pada vagina menyebabkan tanda kehamilan yang khas disebut tanda *chadwick*, yang berwarna kebiru-biruan yang dapat terlihat oleh pemeriksa. Respon lain pengaruh hormonal adalah sekresi sel-sel vagina meningkat, sekresi tersebut berwarna putih yang bersifat sangat asam, dikenal dengan istilah “putih” atau *leucorrhea*.¹⁴

c) Ovarium

Ovarium merupakan sumber hormone estrogen dan progesteron pada wanita tidak hamil. Pada kehamilan ovulasi berhenti, corpus luteum terus tumbuh sampai terbentuk plasenta yang mengambil alih pengeluaran hormone estrogen dan progesterone. Plasenta juga membentuk hormon yang lain: *human chorionic gonadotropin* (HCG), *human plasenta*

lactogen (HPL), juga disebut *human chorionic somammotropin* (hCS) dan *human chorionic thyrotropin* (hCT).¹⁴

d) Dinding perut

Dinding perut dengan pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan robeknya serabut elastis di bawah kulit, maka timbullah striae gravidarum. Kulit perut pada linia alba (garis keputih) bertambah pigmentasinya disebut linia nigra.¹⁴

e) Kulit

Kulit akibat membesarnya rahim dan pertumbuhan janin, perut menonjol keluar. Serabut-serabut elastis dari lapisan kulit terdalam terpisah dan terputus karena regangan. Tanda reganganyang disebut striae gravidarum terlihat pada abdomen dan bokong terjadi pada 50% wanita hamil dan menghilang menjadi bayangan lebih terang setelah melahirkan. Perubahan deposit pigmeng dan hiperpigmentasi karena pengaruh rangsangan hormone melanophore.¹⁴

f) Payudara

Payudara terjadi perubahan secara bertahap mengalami pembesaran karena peningkatan pertumbuhan jaringan alveoli dan suplai darah. Putting susu menjadi menonjol dan keras, perubahan ini yang membawa fungsi laktasi, disebabkan oleh peningkatan kadar hormone estrogen, progesteron, laktogen dan prolaktin.¹⁴

g) Sistem Sirkulasi darah

Sistem sirkulasi darah sebagaimana kehamilan berlanjut, volume darah meningkat bertahap sampai mencapai 30% sampai 50% diatas tingkat pada keadaan tidak hamil.¹⁴

h) Sistem pernapasan

Wanita hamil kadang-kadang mengeluh sesak dan pendek nafas, dikarenakan pada wanita hamil terjadi perubahan system respirasi untuk dapat memenuhi kebutuhan oksigen. Disamping itu terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar pada umur kehamilan 32 minggu.¹⁵

i) Sistem Gastrointestinal

Sistem gastrointestinal dapat terpengaruh oleh karena kehamilan, penyebabnya adalah faktor hormonal dan mekanis. Tingginya kadar progesteron mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah.¹⁵

j) Sistem Urinari

Sistem urinari pada awal kehamilan suplai darah ke kandung kemih meningkat dan pembesaran uterus menekan kandung kemih, menyebabkan sering kemih. Terjadinya hemodilusi menyebabkan metabolisme air makin lancar sehingga pembentukan air senipun bertambah.¹⁵

k) Berat Badan

Berat badan pada wanita hamil peningkatan berat badan normalnya sama dengan 25% dari berat badan sebelumnya, peningkatan yang utama adalah pada trimester kedua kehamilan.¹⁵

l) Sistem Muskuloskeletal

Selama masa kehamilan wanita membutuhkan kira-kira lebih banyak kalsium dan fosfor, dengan makan makanan yang seimbang kebutuhan tersebut akan terpenuhi. Postur tubuh pada wanita mengalami perubahan secara bertahap karena janin membesar bertahap dalam rahim.¹⁵

2) Perubahan psikologis

Perubahan psikologis pada wanita hamil merupakan salah satu dari tiga perubahan dalam hidupnya, ialah pubertas, kehamilan dan menopause. Perubahan yang terjadi merupakan suatu respon terhadap suatu respon terhadap kehamilannya, akibat peningkatan hormone dapat mempengaruhi suasana hati dan karena yang kadarnya yang naik turun maka demikian juga suasana hati wanita, biasanya wanita menjadi labil, lebih emosional, mudah tersinggung, mudah adanya depresi, marah, sedih, takut, khawatir, tingkah laku berubah lain tidak sama sebelum hamil. Perubahan ini harus di hadapi sekalipun agak membingungkan sementara waktu.¹⁶

Perubahan selama kehamilan tidak dapat di hindari, sering dalam waktu yang singkat, ada beberapa sosial dan ahli klinis menyatakan bahwa kehamilan adalah salah satu tipe krisis, terdapat teori krisis yaitu pada awalnya mengalami syok dan menyangkal, kebingungan dengan masalah yang mengganggu. Pada periode ini, berbagai alternative seperti aborsi, atau adopsi yang menjadi pertimbangan, legal etik, moral dan ekonomi agar dapat menerima keadaan ini membutuhkan waktu satu sampai enam minggu untuk mengatasinya membutuhkan dukungan situasional yang mereka harapkan.¹⁶

d. Perubahan trimester III

Perubahan fisiologi pada masa kehamilan Trimester III adalah:

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.¹⁶

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.¹⁶

3) Minggu ke-38/ bulan ke-9

Penurunan bayi ke dalam pelvis/panggul ibu (*lightening*). Plasenta setebal hampir 4 kali waktu umurkehamilan 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.¹⁶

e. Perubahan psikologis Trimester III

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

- 1) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dantidak 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) dan Libido menurun ¹³

f. Ketidaknyamanan Trimester III

1) Sering berkemih

Keluhan sering berkemih 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, menganjurkan ibu untuk mengurangi asupan cairan 2 jam sebelum tidur agar istirahat ibu tidak akan terganggu.¹⁶

2) Varises dan wasir

Varises adalah pelebaran pada pembuluh darah balik vena sehingga katup vena melemah dan menyebabkan hambatan pada aliran pembuluh darah balik dan biasa terjadi pada pembuluh balik supervisial.¹⁶

3) Pusing

Rasa pusing menjadikan keluhan ibu hamil trimester II dan trimester III. Hal ini menimbulkan rasa ketidaknyamanan pada ibu hamil, kalau tidak ditangani penyebabnya maka dapat menyebabkan tekanan darah rendah dan sampai meninggal. Rasa pusing pada hamil kemungkinan disebabkan karena hypoglycemia. Agar ibu terhindar dari rasa pusing, saat bangun tidur secara perlahan-lahan, menghindari berdiri terlalu lama dalam lingkungan yang panas dan sesak. Dan juga diupayakan untuk tidak berbaring dalam posisi terlentang.¹⁶

4) 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 umur 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.¹⁶

5) 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 umur 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.¹⁶

6) Gangguan tidur dan mudah lelah

Pada trimester III, hampir semua wanita mengalami gangguan tidur. Cepat lelah pada kehamilan disebabkan karena nokturia (sering berkemih di malam hari), terbangun di malam hari dan mengganggu tidur yang nyenyak. Wanita hamil yang mengalami insomnia disebabkan ketidaknyamanan akibat uterus yang membesar, ketidaknyamanan lain selama kehamiandan pergerakan janin, terutama janin aktif.¹⁶

7) Nyeri perut bagian bawah

Nyeri perut bagian bawah ini dapat bersifat fisiologis dan beberapa lainnya merupakan tanda bahaya pada kehamilan, secara normal nyeri perut bagian bawah disebabkan oleh mual muntah yang berlebihan dan konstipasi yang dialami oleh sebagian besar ibu. Nyeri ligamentum, torsi uterus yang parah dan adanya kontraksi *Braxton Hicks* juga mempengaruhi keluhan ibu terkait dengan nyeri perut bagian bawah.¹⁶

8) *Heartburn*

Perasaan panas pada perut atau *heartburns* atau *pirosis* didefinisikan sebagai rasa terbakar di saluran pencernaan bagian atas, termasuk tenggorokan. Untuk mengurangi keluhan ini bisa dengan mengubah pola gaya hidup dan pola nutrisi, menghindari berbaring dalam 3 jam setelah makan, mengurangi makanan

berminyak dan pedas, tomat, jeruk yang asam, minuman bersoda dan zat-zat seperti kafein.¹⁶

9) Kontraksi *Braxton Hicks*

Pada kehamilan menjelang 7 bulan, jika dilakukan pemeriksaan palpasi atau periksa dalam, dapat diraba kontraksi-kontraksi kecil rahim berupa kontraksi *Braxton Hicks*. 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.¹⁶

g. Tanda Bahaya Kehamilan

Menurut Prawirohardjo, deteksi dini gejala dan tanda bahaya selama kehamilan merupakan upaya terbaik untuk mencegah terjadinya gangguan yang serius terhadap kehamilan ataupun keselamatan ibu hamil.¹³

1) Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan muda atau umurkehamilan 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.¹³

2) Pre-Eklamsia

Pada umumnya ibu hamil dengan umur 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 membantupetugas kesehatan untuk membedakan hipertensi kronis (yang sudah ada sebelumnya) dengan pre-eklamsia. Gejala dan tanda lain dari pre-eklamsia adalah sebagai berikut: ¹³

- a) Hiperfleksi
- b) Sakit kepala atau sefalgia yang tidak membaik dengan pengobatan umum.
- c) Gangguan penglihatan seperti pandangan mata kabur, skoto mata, 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, makadiagnosisnya mengarah pada solusio plasenta, baik dari jenis yang disertai perdarahan (*revealed*) maupun tersembunyi (*concealed*):¹³

- a) Trauma abdomen.
- b) Preeklamsia.
- c) Tinggi fundus uteri lebih besar dari umur 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:¹³

- a) Muntah berlebihan yang berlangsung selama kehamilan.
- b) Disuria.
- c) Menggigil atau demam.
- d) Ketuban pecah dini atau sebelum waktunya.
- e) Uterus lebih besar atau lebih kecil dari Umur Kehamilan (UK) yang sesungguhnya.

2. Persalinan

a. Pengertian

Persalinan adalah serangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu, yang dimulai dengan kontraksi persalinan sejati ditandai oleh perubahan progresif pada serviks dan diakhiri dengan kelahiran plasenta. Menjelang persalinan, otot polos uterus mulai menunjukkan aktivitas kontraksi secara terkoordinasi, diselingi dengan suatu periode relaksasi dan mencapai puncaknya menjelang persalinan, serta secara berangsur menghilang pada periode postpartum. Mekanisme regulasi yang mengatur aktivitas kontraksi myometrium selama kehamilan, persalinan, dan kelahiran, sampai saat ini masih belum jelas benar. Persalinan dapat dibedakan menjadi tiga, yaitu: ¹⁵

1) Persalinan Spontan

Persalinan spontan merupakan persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu.

2) Persalinan Buatan

Persalinan buatan adalah bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar misalnya ekstraksi forceps, atau dilakukan operasi caesar.

3) Persalinan Anjuran

Persalinan anjuran merupakan persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian oksitosin atau prostaglandin.

b. Etiologi

Selama kehamilan, didalam tubuh perempuan terdapat dua hormon yang dominan yaitu estrogen dan progesteron. Hormon estrogen berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim serta memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin, dan mekanis. Sedangkan, hormon progesteron berfungsi untuk menurunkan sensitivitas otot rahim, menghambat rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin dan mekanis serta menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi. Sampai saat ini hal yang menyebabkan mulainya proses persalinan belum diketahui sehingga hanya ada teori-teori antara lain disebabkan oleh hormon, struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh tekanan pada saraf, dan nutrisi. Dengan demikian dapat disebutkan beberapa teori yang dapat menyebabkan persalinan yaitu sebagai berikut: ¹⁵

1) Teori Penurunan Progesteron

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

terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.¹⁵

2) Teori Oksitosin

Menjelang persalinan, terjadi peningkatan reseptor oksitosin dalam otot rahim, sehingga mudah terangsang saat disuntikkan oksitosin dan menimbulkan kontraksi.¹⁵

3) Teori Keregangan Otot Rahim

Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenta sehingga plasenta mengalami degenerasi. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang sampai batas tertentu. Apabila batas tersebut sudah terlewati, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.¹⁵

4) Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2 atau E2 yang diberikan secara intravena, intra dan extra amnial menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap umur kehamilan. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat keluar. Prostaglandin dapat dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. Hal ini juga didukung dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun daerah perifer pada ibu hamil, sebelum melahirkan atau selama persalinan.¹⁴

5) Teori Janin

Terdapat hubungan hipofisis dan kelenjar suprarenal yang menghasilkan sinyal kemudian diarahkan kepada maternal sebagai tanda bahwa janin telah siap lahir. Namun mekanisme ini belum diketahui secara pasti.¹⁴

6) Teori Plasenta Menjadi Tua

Plasenta yang semakin tua seiring dengan bertambahnya umur kehamilan akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron sehingga timbul kontraksi Rahim.¹⁴

c. Tanda Persalinan

1) Tanda-tanda Persalinan Sudah Dekat

a) *Lightening*

Pada minggu ke-36 pada primigravida terjadi penurunan fundus karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh:

- (1) Kontraksi *Braxton Hicks*
- (2) Ketegangan otot perut
- (3) Ketegangan ligamentum rotundum
- (4) Gaya berat janin kepala ke arah bawah ¹⁵

b) Terjadinya His Permulaan

Makin tua umur kehamilan, pengeluaran progesteron dan estrogen semakin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi, yang lebih sering disebut his palsu. Sifat his palsu:

- (5) Rasa nyeri ringan dibagian bawah
- (6) Datangnya tidak teratur
- (7) Tidak ada perubahan serviks
- (8) Durasinya pendek
- (9) Tidak bertambah jika beraktivitas ¹⁸

2) Tanda Masuk dalam Persalinan

a) Terjadinya His Persalinan

- (1) Pinggang terasa sakit, yang menjalar ke depan
- (2) Sifatnya teratur, intervalnya makin pendek dan kekuatannya makin besar
- (3) Terjadi perubahan pada serviks ¹⁹

b) *Bloody Show*

Pengeluaran lendir disertai darah melalui vagina. Dengan his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, lendir yang terdapat di kanalis servikalis lepas, kapiler pembuluh darah pecah yang menjadikan perdarahan sedikit.¹⁹

c) Pengeluaran Cairan

Terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap tetapi kadang pecah pada pembukaan kecil.¹⁹

d. Tahapan Persalinan

1) Kala I (Kala Pembukaan)

Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran-pergeseran, ketika serviks mendatar dan membuka.¹⁵

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks, hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu: ¹⁵

- a) Fase Laten: dimana pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung dalam 7-8 jam.

b) Fase Aktif: pembukaan 4-10 cm, berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase, yaitu:

- (1) Periode Akselerasi berlangsung selama 2 jam (pembukaan menjadi 4 cm)
- (2) Periode Dilatasi Maksimal berlangsung selama 2 jam (pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm)
- (3) Periode Deselerasi berlangsung lambat, dalam 2 jam (pembukaan jadi 10 cm atau lengkap).

Pada fase persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan bagian terbawah janin. Berdasarkan kurve Friedman, diperhitungkan pembukaan pada primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam.¹⁵

2) Kala II (Kala Pengeluaran)

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II pada primigravida berlangsung selama 2 jam dan multigravida 1 jam. Tanda gejala kala II yaitu: ¹⁵

- a) Pembukaan Lengkap (10cm)
- b) Ibu ingin meneran
- c) Perineum menonjol
- d) Vulva dan anus membuka

3) Kala III

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.¹⁵

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.¹⁵ 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 berakhir dua jam setelah proses tersebut. Setelah plasenta lahir tinggi fundus uteri kurang lebih 2 jari dibawah pusat. Otot-otot uterus berkontraksi, pembuluh darah yang ada diantara anyaman- anyaman otot

uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan. Pada fase ini perlu pemantauan intensif yaitu pemantauan 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran plasenta, 30 menit pada jam kedua setelah persalinan, jika kondisi ibu tidak stabil, perlu dipantau lebih sering. Pemantauan atau observasi yang harus dilakukan pada kala IV yaitu: tingkat kesadaran, pemeriksaan tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi dan pernapasan), kontraksi uterus, Tinggi fundus uterus, kandung kemih terjadinya perdarahan (perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc.^{14,15}

e. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi persalinan antara lain:¹⁵

1) *Power* (Kekuatan)

Power adalah kekuatan atau tenaga yang mendorong janin keluar. Kekuatan tersebut meliputi:

a) His (Kontraksi Uterus)

Adalah kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominan, terkoordinasi dan relaksasi. Walaupun his itu kontraksi yang fisiologis akan tetapi bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya, bersifat nyeri. Tiap his dimulai sebagai gelombang dari salah satu sudut di mana tuba masuk ke dalam dinding uterus.

b) Tenaga Mengedan

Setelah pembukaan lengkap dan setelah selaput ketuban pecah atau dipecahkan, serta sebagian presentasi sudah berada di dasar panggul, sifat kontraksi berubah, yakni bersifat mendorong keluar dibantu dengan keinginan ibu untuk mengedan atau usahavolunteer.

2) *Passage* (Jalan Lahir)

Passage atau jalan lahir dibagi menjadi dua:

- a) Bagian keras: meliputi tulang panggul, ruang panggul, bidang hodge dan ukuran-ukuran panggul.
- b) Bagian lunak: meliputi diafragma pelvis dari dalam ke luar dan perineum.

3) *Passanger* (Janin dan Plasenta)

a) Janin

Passanger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka dia dianggap sebagai bagian dari *passanger* yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan normal.

b) Plasenta

Plasenta merupakan organ yang luar biasa. Plasenta berasal dari lapisan trofoblas pada ovum yang dibuahi, lalu 45 terhubung dengan sirkulasi ibu untuk melakukan fungsi-fungsi yang belum dapat dilakukan oleh janin itu sendiri selama kehidupan intrauterine. Keberhasilan janin untuk hidup tergantung atas keutuhan dan efisiensi plasenta.

4) Psikologis

Kelahiran bayi merupakan peristiwa penting bagi kehidupan seorang ibu dan keluarganya. Banyak ibu mengalami psikis (kecemasan, keadaan emosional wanita) dalam menghadapi persalinan, hal ini perlu diperhatikan oleh seseorang yang akan menolong persalinan. Perasaan cemas, khawatir akan mempengaruhi hormone stress yang akan mengakibatkan komplikasi persalinan. Tetapi sampai saat ini hampir tidak ada catatan yang menyebutkan mengenai hormone stress terhadap

fungsi uteri, juga tidak ada catatan mengenai hubungan antara kecemasan ibu, pengaruh lingkungan, hormone stress dan komplikasi persalinan. Namun demikian seseorang penolong persalinan harus memperhatikan keadaan psikologis ibu yang akan melahirkan karena keadaan psikologis mempunyai pengaruh terhadap persalinan dan kelahiran.

5) Penolong

Penolong persalinan perlu kesiapan dan menerapkan asuhan sayang ibu. Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikut sertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Banyak penelitian menunjukkan bahwa jika para ibu diperhatikan dan diberi dukungan selama persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan dan asuhan yang akan mereka terima, mereka akan mendapatkan rasa aman dan hasil yang lebih baik.

f. Seksio sesaria

Seksio sesarea adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram²¹. Jenis-jenis seksio sesarea adalah:

1. Seksio sesarea klasik: pembedahan secara Sanger
2. Seksio sesarea transperitoneal profunda (*supra cervicalis + lower*
 - a. *segmen caesarean section*)
3. Seksio sesarea diikuti dengan histerektomi (*caesarean hysterectomy = seksio histerektomi*)
4. Seksio sesarea ekstraperitoneal
5. Seksio sesarea vaginal

Indikasi Ibu pada tindakan operasi sesar yaitu panggul sempit absolut, tumor jalan lahir yang menimbulkan obstruksi, Stenosis serviks/vagina, plasenta previa, disproporsi sefalopelvik, ruptura uteri membakat, riwayat seksio sesarea pada kehamilan sebelumnya, maternal request, trauma perineum sebelumnya, bedah rekonstruksi pelvik atau anal sebelumnya, infeksi HIV atau herpes simpleks, penyakit jantung atau paru, aneurisma otak atau malformasi arteriovenosa, patologi yang membutuhkan pembedahan intraabdominal secara bersamaan, sesar perimortem.

Indikasi anatomi untuk tindakan operasi sesar yaitu abnormal plasentasi (plasenta previa, plasenta akreta), solusio plasenta, riwayat histerektomi klasik sebelumnya, riwayat miomektomi, riwayat insisi dehisensi uterus, kanker serviks, riwayat trachelectomy (riwayat pengangkatan serviks, bagian atas vagina dan parametrium (jaringan yang mengelilingi serviks), obstruksi tractus genitalia karena massa, rirkalse (*Cerclage*) permanen.

Indikasi janin pada tindakan operasi sesar antara lain kelainan letak, gawat janin, prolapsus tali pusat, gagal persalinan pervaginam dengan tindakan, makrosomia, anomaly kongenital, trombositopenia, riwayat trauma lahir sebelumnya.

3. Bayi Baru Lahir

a. Definisi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang berumur 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, bayi segera menangis, bergerak aktif kulit kemerahan, mengisap ASI dengan baik, tidak ada cacat bawaan.^{14,20}

b. Adaptasi Fisiologi Bayi Baru Lahir

1) Sistem Pernafasan

Bayi normal mempunyai frekuensi pernafasan 30-60 kali per menit, pernafasan diafragma dada dan perut naik dan turun secara bersamaan.^{14,20}

2) Penurunan Berat Badan Awal

Karena mungkin kurang mendapat nutrisi selama 3 atau 4 hari pertama kehidupan dan pada saat yang sama mengeluarkan urin, feses, dan keringat dalam jumlah yang bermakna, neonatus secara progresif mengalami penurunan berat tubuh sampai diberikan air susu ibu. Dalam minggu pertama berat bayi mungkin turun dahulu tidak lebih dari 10% dalam waktu 3-7 hari kemudian naik kembali dan hal ini normal.^{14,20}

3) Sistem Kardiovaskuler dan darah

Frekuensi denyut jantung bayi rata-rata 120-160 kali/ menit.

4) Sistem Pencernaan

Mekonium yang telah ada di usus besar sejak umur 16 minggu kehamilan, dikeluarkan dalam 24 jam pertama kehidupan dan dikeluarkan seluruhnya dalam 48-72 jam. Bayi dapat berdefekasi 8- 10 kali perhari atau berdefekasi tidak teratur sekitar 2 atau 3 hari.^{14,20}

c. Penanganan Bayi Baru Lahir

1) Pencegahan Kehilangan Panas

Pada waktu bayi baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhuhadannya. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat.^{14,20}

2) Pembersihan Jalan Napas

Saat kepala bayi dilahirkan, sekresi lender yang berlebih dari mulut dapat dibersihkan dengan lembut.^{14,20}

3) Memotong dan Merawat Tali Pusat

Dalam memotong tali pusat, dipastikan bahwa tali pusat telah diklem dengan baik untuk mencegah terjadinya perdarahan. Pemotongan tali pusat dilakukan secara aseptis untuk mencegah infeksi tali pusat dan tetanus neonatorum. Yang terpenting dalam perawatan tali pusat adalah menjaga, agar tali pusat tetap kering dan bersih.^{14,20}

4) Inisiasi Menyusui Dini dan Pemberian Nutrisi

Setelah dilahirkan bayi diletakkan di dada atau perut atas ibu selama paling sedikit satu jam untuk memberi kesempatan pada bayi untuk mencari dan menemukan puting ibunya. Manfaat IMD adalah membantu stabilisasi pernafasan, mengendalikan suhu tubuh, menjaga kolonisasi kuman yang aman, dan mencegah infeksi nosokomial.^{14,20}

5) Injeksi Vitamin K

Pemberian vitamin K dapat menurunkan insiden kejadian perdarahan akibat defisiensi vitamin K1 yang dapat menyebabkan kematian neonatus. Untuk mencegah perdarahan tersebut, semua bayi baru lahir diberikan suntikan vitamin K1 (phthomenadione) sebanyak 1 mg dosis tunggal, intra muskuler pada anterolateral pahakiri.¹⁴

6) Pemberian Salep Mata

Pemberian antibiotik profilaksis pada mata dapat mencegah terjadinya konjungtivitis. Profilaksis mata yang sering digunakan yaitu tetes mata silver nitrat 1%, salep mata, eritromisin, dan salep mata tetrasiklin.^{14,20}

7) Pemberian Imunisasi Hb O

Imunisasi hepatitis pertama (Hbo) dalam kemasan unicek diberikan 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1 secara intra muskuler. Pemberian imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk menjaga infeksi hepatitis B, terutama jalur penularan Ibu/Bayi.^{14,20}

d. Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya tiga kali yaitu: ^{14,20}

1) Kunjungan neonatal I (KN 1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir:

- a) Mempertahankan suhu tubuh bayi
- b) Pemeriksaan fisik bayi
- c) Dilakukan pemeriksaan fisik: telinga, mata, hidung, leher, dada.
- d) Konseling: jaga kehangatan, pemberian Asi sulit, kesulitan bernafas, warna kulit abnormal.

2) Kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari

- a) Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering
- b) Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, dan diare
- c) Memberikan Asi bayi disusukan minimal 10-15 kali dalam 24jam.
- d) Menjaga suhu tubuh bayi
- e) Menjaga kehangatan bayi
- f) Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan Asi eksklusif, pencegahan hipotermi, dan perawatan bayi baru lahir di rumah dengan menggunakan buku KIA.
- g) Diberitahukan teknik menyusui yang benar

3) Kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8-28 hari

Pelayanan kesehatan diberikan oleh dokter/bidan/perawat, dapat dilaksanakan di Puskesmas atau melalui kunjungan rumah:

- a) Pemeriksaan fisik
- b) Menjaga kebersihan bayi
- c) Memberitahukan ibu tentang tanda-tanda bahaya bayi baru

lahir

- d) Memberikan Asi minimal 10-15 kali dalam 24 jam
- e) Menjaga kehangatan bayi
- f) Menjaga suhu tubuh bayi
- g) Memberitahu ibu tentang imunisasi BCG.

4. Nifas

a. Definisi

Masa nifas berasal dari bahasa latin, yaitu *puer* artinya bayi dan *parous* artinya melahirkan atau masa sesudah melahirkan. Asuhan kebidanan masa nifas adalah penatalaksanaan asuhan yang diberikan pada pasien mulai dari saat setelah lahirnya bayi sampai dengan kembalinya tubuh dalam keadaan seperti sebelum hamil atau mendekatikeadaan sebelum hamil. Masa Nifas dimulai setelah 2 jam postpartum dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, biasanya berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan baik secara fisiologi maupun psikologis akan pulih dalam waktu 3 bulan.²¹

b. Perubahan Fisologis

1) Involusi Uterus

Involusi uterus merupakan proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil setelah melahirkan.²¹

2) Lochea

Lochea adalah cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas.

- a) Lochea Rubra (cruenta) yaitu lochea yang berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel decidua, vlek kaseosa, lanugo, mekonium selama 2 hari pascapersalinan.
- b) Lochea Sanguinolenta yaitu lochea yang berwarna merah kuning, berisi darah dan lendir hari ke 3-7 pascapersalinan.

- c) Lochea Serosa yaitu lochea yang berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pasca persalinan
- d) Lochea Alba yaitu lochea yang cair putih, setelah 2 minggu.
- e) Lochia purulenta yakni terjadi infeksi yaitu keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
- f) Lochiotosis adalah lochia tidak lancar keluarnya.²¹

3) Vagina dan Perineum.

Segara setelah kelahiran, vagina tetap terbuka lebar, mungkin mengalami beberapa derajat edema memar, dan celah pada introitus. Setelah satu hingga dua hari pertama pascapartum, tonus otot vagina kembali, celah vagina tidak lebar dan vagina tidak lagi edema. Sekarang vagina menjadi berdinding lunak, lebih besar dari biasanya, dan umumnya longgar.²¹

4) Payudara

Laktasi dimulai pada semua wanita dengan perubahan hormon saat melahirkan. Apakah wanita memilih menyusui atau tidak, ia dapat mengalami kongesti payudara selama beberapa hari pertama pascapartum karena tubuhnya mempersiapkan untuk memberikan nutrisi kepada bayi. Wanita yang menyusui merespons terhadap menstimulus bayi yang disusui akan terus melepaskan hormon dan stimulasi alveoli yang memproduksi susu.²¹

c. Kebutuhan ibu nifas

1) Nutrisi

Konsumsi makanan dengan menu seimbang, bergizi dan cukup kalori, membantu memulihkan tubuh dan mempertahankan tubuh dari infeksi, mempercepat pengeluaran ASI serta konstipasi, selain itu ibu memerlukan tambahan kalori 500 kalori tiap hari.²¹

2) Pola Istirahat

Ibu nifas dianjurkan tidur siang dan beristirahat selagi bayi tidur merupakan cara untuk mencegah kelelahan pada ibu nifas. Istirahat cukup dibutuhkan karena apabila kurang istirahat akan

mempengaruhi produksi air susu ibu, memperlambat proses involusi, dan menyebabkan depresi.²¹

3) Personal Hygiene

Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air pada daerah disekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Membersihkan diri setiap kali selesai buang air kecil atau besar dan mengganti pembalut minimal dua kali sehari.²¹

4) Pola eliminasi

Kesulitan buang air besar (konstipasi) dapat terjadi karena ketakutan akan rasa sakit, takut jahitan terbuka, atau hemoroid, kesulitan ini dapat dibantu dengan mobilisasi dini, mengkonsumsi makanan tinggi serat dan cukup minum sehingga bisa buang air besar dengan lancar.²¹

5) Dukungan Psikologis

Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi yang harus dijalani: ²¹

a) Fase Taking In

Periode ketergantungan, periode ini berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan.

b) Fase Taking Hold

Pada fase ini akan timbul rasa khawatir akan ketidaknyamanan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi.

c) Fase Letting Go

Menerima tanggung jawab akan peran barunya, fase ini akan berlangsung sepuluh hari.

d. Waktu kunjungan nifas

Menurut kementerian kesehatan RI ibu dianjurkan melakukan kontrol/kunjungan masa nifas setidaknya tiga kali, waktu kunjungan nifas KF1 – KF 3: ²¹

1) Kunjungan nifas pertama (KF1)

KF1 adalah kunjungan nifas pada masa 6 jam sampai 3 hari setelah persalinannya, asuhannya:

- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi fundus dibawah umbilikus dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal.
- b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal.
- c) Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup
- d) Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi
- e) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
- f) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

2) Kunjungan Nifas Kedua (KF2)

KF2 adalah kunjungan nifas kurun waktu hari ke-4 sampai hari ke-28 setelah persalinan, asuhannya:

- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, dan tidak ada tanda- tanda perdarahan abnormal
- b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal.
- c) Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup
- d) Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi.
- e) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- f) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi

sehari-hari

3) Kujungan Nifas Ketiga (KF3)

KF3 adalah kujungan nifas dalam kurun waktu hari ke- 29 sampai dengan hari ke- 42 setelah persalinan asuhannya:

- a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit –penyulit
- b) Memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, senamnifas, dan tanda-tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi.
- c) Periksa tanda-tanda vital (keadaan umum, fisik: perdarahan pervaginam, lokhea, kondisi perineum, tanda infeksi kontraksi uterus, tinggi fundus dan temperatur secara rutin, tekanan darah, nilai fungsi berkemih, fungsi cerna, penyembuhan luka, sakit kepala, rasa lelah, dan nyeri punggung)
- d) Tanyakan ibu mengenai suasana emosinya, bagaimana dukungan yang didapatkannya dari keluarga, pasangan, dan masyarakat untuk perawatan bayinya.

5. Keluarga Berencana

a. Definisi

Keluarga berencana (KB) 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.²²

b. Tujuan KB

Tujuan dilaksanakan program KB yaitu untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan carapengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya.²²

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 umurmuda, jarak kelahiran yang terlalu dekat dan melahirkan pada umur tua.²²

1) Fase Menunda

Fase Menunda Kehamilan Pasangan UmurSubur (PUS) dengan umur kurang dari 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilannya karena: ²²

- a) Umur dibawah 20 tahun adalah umur 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 umuristri kurang dari 20 tahun ciri kontrasepsi yang sesuai adalah: ²²

- a) Reversibilitas tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat terjadi 100 % karena pasangan belum mempunyai anak (KB yangdisarankan 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 umur istri antara20 – 30 / 35 tahun, merupakan periode umur 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: ²²

- a) Umur antara 20 – 30 tahun merupakan umuryang terbaik untukhamil 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 mengharapkanpunya 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 umur2 tahun dan akan mempengaruhi angka kesakitan dan kematian anak.

3) Fase Menghentikan

Fase Menghentikan Umuristri 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 umurdi atas kesuburan setelah memiliki 2 orang anak. Alasan mengakhiri kesuburan adalah: ²²

- a) Ibu-ibu dengan umurdi atas 30 tahun dianjurkan untuk tidak hamil/tidak punya anak lagi
- b) Pilihan utama adalah kontrasepsi mantap
- c) Pil oral kurang dianjurkan karena umuribu 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
Tidak menambah kelainan yang sudah ada. Pada umurtua, kelainan seperti penyakit jantung, darah tinggi, keganasan dan metabolik biasanya meningkat. Oleh karena itu sebaiknya tidak diberikan cara kontrasepsi yang menambah kelainan jantung.

6. Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)

a. Pengertian KTD

Menurut United Nations Population Fund, kehamilan tidak diinginkan didefinisikan sebagai kehamilan yang terjadi pada wanita yang tidak berencana untuk memiliki anak lagi atau tidak tepat waktunya karena terjadi lebih awal dari yang diinginkan (UNFPA 2022). Kehamilan yang tidak diinginkan didefinisikan sebagai kehamilan yang tidak tepat waktu, tidak direncanakan atau tidak diinginkan. Menurut Hadley, kehamilan tidak diinginkan merupakan terminology yang biasa digunakan untuk istilah adanya kehamilan yang tidak dikehendaki oleh salah satu atau kedua calon orang tua bayi tersebut maupun lingkungannya. (Agustini and Sagitarini 2023)

Kehamilan yang tidak diinginkan sering terjadi di negara-negara berpendapatan rendah dan menengah. Meskipun perkiraan pastinya masih kurang, sebagian besar kehamilan yang tidak diinginkan ini terjadi pada wanita yang pernah mengalami satu atau lebih kehamilan yang tidak diinginkan sebelumnya. (J. Bearak et al. 2018)

b. Jenis Kehamilan Tidak Diinginkan

Kehamilan tidak diinginkan terbagi menjadi 2 bagian meliputi kehamilan tidak tepat waktu (*mistimed pregnancy*) dan kehamilan

yang tidak dikehendaki (*unwanted pregnancy*). Negara dengan angka kasus kehamilan tidak diinginkan yang tinggi dapat mengalami berbagai permasalahan berupa ketersediaan distribusi sumber daya nasional dibandingkan dengan negara yang memiliki kasus kehamilan tidak diinginkan rendah (Purborini and Rumaropen 2023).

c. Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Kehamilan Tidak Diinginkan

1) Penggunaan kontrasepsi

Penelitian menyatakan bahwa salah satu penyebab kehamilan tidak diinginkan adalah akibat kelalaian atau ekspektasi yang lebih rendah terhadap kehamilan berdasarkan pengalaman sebelumnya Hasil penelitian ini konsisten dengan penelitian yang dilakukan di Nigeria, dimana perempuan yang mengalami kehamilan yang tidak diinginkan tidak menyadari adanya alat kontrasepsi modern. Demikian pula sebuah penelitian dari Michigan, AS, menemukan bahwa perasaan rendahnya risiko kehamilan setelah melakukan aktivitas seksual tanpa pelindung selama beberapa waktu tanpa hamil merupakan penyebab terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan. (Yalew, Olayemi, and Yalew 2023)

Berdasarkan penelitian tersebut disimpulkan bahwa terdapat kaitan antara penggunaan kontrasepsi dengan kejadian kehamilan tidak diinginkan. Penggunaan kontrasepsi juga dipengaruhi oleh pengetahuan pasangan usia subur dan pengambilan keputusan penggunaan kontrasepsi masih banyak dipengaruhi oleh keputusan suami. (Yalew, Olayemi, and Yalew 2023)

2) Pengetahuan Tentang Kontrasepsi

Pemahaman seorang wanita terhadap pentingnya kontrasepsi dan mengerti cara menggunakannya dengan baik, maka hal tersebut akan efisien untuk mencegah kehamilan atau menunda kehamilan, sehingga dapat menghindari adanya kehamilan yang

tidak diinginkan. Maka jelas signifikan, seseorang yang mempunyai pengetahuan tentang kontrasepsi akan berpengaruh terhadap kehamilan tidak diinginkan. Kurangnya pemahaman tentang kontrasepsi hormonal, termasuk dimana menemukannya, bagaimana cara menggunakannya, dan kapan menggunakannya, disebut-sebut sebagai faktor penyebab terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan. Menurut peserta, masalah ini mempengaruhi banyak pelajar dan pembantu rumah tangga di Ethiopia. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Tiongkok menemukan bahwa pelajar, terutama mereka yang mengalami kehamilan yang tidak diinginkan, kurang memiliki pengetahuan tentang kontrasepsi dan kesehatan reproduksi. (Yalew, Olayemi, and Yalew 2023)

3) Umur

Berdasarkan hasil penelitian, perempuan yang berusia lebih muda memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami kehamilan yang tidak diinginkan dengan perempuan yang berusia di bawah 25 tahun memiliki kemungkinan 8 kali lebih besar untuk melaporkan kehamilan yang tidak diinginkan dibandingkan dengan mereka yang berusia 35 tahun ke atas. Temuan serupa juga dilaporkan dalam penelitian sebelumnya di Nairobi yang menunjukkan bahwa wanita yang lebih muda memiliki kemungkinan lebih besar untuk mengalami kehamilan yang tidak diinginkan (Ikamari et al., 2013). Hal ini mungkin terjadi karena perempuan yang lebih muda lebih sering melakukan hubungan seksual dengan penggunaan alat kontrasepsi yang lebih rendah atau tingkat kegagalan yang lebih tinggi (Habib dkk., 2017). (Ojouk, Nyamongo, and Mutai 2022)

Analisis yang dapat dilakukan mengenai umur adalah ketika seorang wanita berada pada rentang usia produktif yaitu usia 20-30 tahun, maka kecenderungan mereka untuk menunda dan tidak menginginkan kehamilan lebih tinggi, karena kesibukan dan produktifitas yang tinggi, sehingga kehamilan dianggap sebagai

penghambat karir mereka. Sedangkan untuk rentang usia yang lebih matang, kecenderungan tersebut semakin menurun, hal ini karena keinginan untuk mempunyai anak sudah jauh lebih kecil karena mengingat usia yang semakin senja, ada faktor psikologis ketika seorang wanita harus memiliki anak kembali diusia yang telah mendekati senja.(Rudianto 2022)

4) Jumlah Anak Yang Masih Hidup

Pasangan yang memiliki jumlah anak yang masih hidup dengan jumlah yang lebih banyak cenderung tidak berharap untuk hamil kembali. Hal ini karena pertimbangan psikologis, mereka yang memiliki anak 1-3 cenderung akan berfikir bahwa menambah anak sama saja dengan menambah beban hidup baik material maupun spiritual, ada ketakutan tidak mampu untuk mendidik dan mengasuh anak kembali dengan jumlah anak yang sudah banyak. Sedangkan untuk wanita dengan jumlah anak nol, mereka masih cenderung mengharapkan kehamilannya dan menginginkan kehamilannya karena mereka belum mempunyai beban mengasuh anak yang lain. (Rudianto 2022)

Penelitian ini mengkonfirmasi kemungkinan lebih tinggi terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan di antara wanita yang memiliki lebih banyak anak. Jumlah keluarga yang kecil menghambat angka kehamilan yang tidak diinginkan. Beberapa penelitian menegaskan bahwa kemungkinan mengalami kehamilan yang tidak diinginkan lebih tinggi pada wanita yang memiliki lebih banyak anak. (Sarder et al. 2021)

5) Status pernikahan

Status menikah seorang wanita tidak mengkhawatirkan pandangan miring masyarakat jika kelak dia hamil, hal ini akan berbeda jika wanita hamil tetapi belum menikah, hal ini akan membuatnya merasa dikucilkan, sehingga meingkatkan keinginan

untuk tidak meneruskan kehamilannya, atau dengan kata lain wanita tersebut tidak menginginkan kehamilannya (Rudianto 2022)

d. Faktor Penyebab Kehamilan Tidak Diinginkan

Beberapa faktor yang menyebabkan kehamilan tidak diinginkan menurut (Anggraini et al. 2018) adalah:

1) Penundaan dan Peningkatan Usia Perkawinan

Faktor paling dominan terhadap kehamilan tidak diinginkan adalah status pernikahan. Dimulainya konsepsi salah satunya dipengaruhi oleh usia perkawinan karena pada usia subur terjadinya kehamilan lebih tinggi. Menurut Ali dan Aziz, 2014 resiko KTD banyak terjadi pada usia kawin muda. Karena pada usia muda terjadinya kehamilan dan persalinan sangat tinggi sehingga terjadi kehamilan dan kelahiran yang tidak diinginkan. (U. M. Pratiwi and Ibad 2022). Sejalan dengan pernyataan Anggraini, et al. (2018) wanita yang sudah menikah lebih berpotensi mengalami kehamilan tidak diinginkan yakni 4,5 kali dibandingkan wanita yang belum menikah/berkeluarga. (Anggraini et al. 2018)

2) Kehamilan Akibat Pemerkosaan

Selain pasangan menikah yang tidak berencana memiliki anak, kehamilan tidak diinginkan juga dapat terjadi pada korban pemerkosaan. Mengambil contoh pada artikel, Kepala UPT Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan anak (P2TP2A) Kota Bandung mengemukakan bahwa terdapat 104 kasus KTD per tahun 2019 disebabkan oleh kekerasan seksual pada wanita. Dari kasus yang dilaporkan, mereka tetap melanjutkan kehamilan sebagai pilihan mereka meskipun harus menanggung konsekuensi berupa tekanan psikososial. Menurut penuturan penyintas perkosaan, mereka merasakan perasaan malu, sedih, kecewa, rasa bersalah, tertekan dan perasaan negatif lainnya. Namun mereka tetap berusaha tegar dan tidak berlarut dalam keterpurukan (Paliyama and Susilowati 2021)

3) Tekanan Ekonomi

Menambah seorang anak (yang lain) ke dalam rumah tangga juga menimbulkan tantangan keuangan bagi banyak pasangan berkeluarga. Sebagian besar ibu dan sekitar separuh ayah melaporkan memiliki lebih sedikit uang dan mengalami kesulitan keuangan pasca melahirkan dibandingkan dengan situasi keuangan sebelum hamil. Dua pertiga ibu dan sekitar separuh ayah melaporkan dampak negatif terhadap situasi kerja mereka selama kehamilan atau setelah melahirkan. Pada beberapa kasus, pasangan berkeluarga yang mengalami kehamilan tidak diinginkan cenderung termotivasi untuk pindah ke rumah lain yang lebih besar, sehingga menimbulkan biaya tambahan. Permasalahan keuangan adalah hal biasa dan kesulitan tersebut menjadi kecemasan dan stres tersendiri bagi setiap pasangan yang mengalami kehamilan tidak diinginkan mulai dari biaya untuk melahirkan, hingga membesarkan anak (Kavanaugh et al. 2017)

4) Alasan Karir

Karir merupakan salah satu penyebab kehamilan tidak diinginkan. Ibu dengan pendidikan menengah lebih berisiko untuk mengalami kehamilan tidak diinginkan sebesar 1,719 kali dibandingkan dengan ibu yang tidak sekolah. Sedangkan wanita dengan pendidikan tinggi memiliki persentase kehamilan tidak diinginkan yang cukup tinggi. Wanita dengan pendidikan tinggi memiliki peluang untuk memiliki karir dan pekerjaan yang lebih baik dibanding dengan mereka yang memiliki pendidikan lebih rendah sehingga mereka memikirkan alternatif cara untuk dapat mencegah kehamilan dan konsekuensi lainnya karena dianggap akan menghambat pekerjaan dan karir (U. M. Pratiwi and Ibad 2022).

5) Kehamilan Akibat *Incest*

Hubungan seks dengan perkawinan sedarah atau disebut juga incest merupakan salah satu bentuk penyimpangan seksual yang

kerap terjadi dalam kehidupan keluarga. Beberapa kasus korban incest mengalami psychological disorder yang dikenal sebagai post-traumatic stress disorder (PTSD), penyakit mental yang mengakibatkan ketakutan yang intens terjadi, kecemasan yang tinggi bahkan emosi yang kaku setelah kejadian. Ditinjau dari segi medis, pernikahan atau hubungan antara dua orang yang masih memiliki hubungan kekerabatan yang dekat memiliki resiko 1,7-2,8% memiliki keturunan dengan kelainan genetik. Selain itu, korban incest yang mengalami kehamilan, cenderung tidak menginginkan kehamilan karena akan coba digugurkan. Anak hasil incest yang tidak diinginkan secara medis, juga berpotensi besar mengalami kecacatan baik fisik maupun mental (Murdiyanto and Gutomo 2019).

e. Dampak Kehamilan Tidak Diinginkan

Menurut Febriana dan Sari (2021), beberapa dampak terjadi ketika kehamilan yang dialami tidak diinginkan, antara lain:

1) Masalah Psikososial

Kehamilan yang tidak diinginkan membuat wanita bahkan pasangan yang bersangkutan memiliki resiko tekanan sosial yang cenderung negatif. Hal tersebut terbentuk akibat stigma negatif masyarakat terhadap kehamilan yang tidak diinginkan. Selain harus mengalami tekanan dari dalam diri, pengucilan hingga diskriminasi sosial bahkan kehilangan berbagai hak dapat dialami oleh ibu dengan kehamilan yang tidak diinginkan sehingga menyebabkan depresi (Khan and Islam 2022)

2) Penolakan Terhadap Kehamilan

Pasangan menikah terutama ibu yang mengalami kehamilan tidak diinginkan dapat merasakan perasaan malu, sedih, kecewa, rasa bersalah, tertekan dan perasaan negatif lainnya, tetapi dicoba untuk ditahan (Paliyama and Susilowati 2021). Pasangan yang tidak menginginkan kehamilannya memiliki anak yang tidak

pernah diberi ASI (Air Susu Ibu) atau selama lebih dari 6 bulan. Kasus tersebut berbanding terbalik dengan pasangan yang berencana memiliki anak (Wallenborn et al. 2018). Contoh studi kasus lain, ibu yang tidak menginginkan kehamilannya 2 kali lebih beresiko untuk tidak melakukan perawatan prenatal dibandingkan ibu dengan kehamilan yang diharapkan (Nisa, Mawarni, and Winarni 2021)

3) Kurangnya Perawatan Kehamilan

Studi tahun 2016 yang dilakukan oleh Dini et al. menemukan bahwa ibu yang hamil secara tidak sengaja cenderung kurang dalam perawatan kehamilannya karena adanya penolakan dan sikap bermusuhan terhadap janinnya. Akibatnya, kelahiran bayi membutuhkan waktu yang lama sehingga menyebabkan kurangnya perawatan pada masa prenatal dan perawatan bayi pasca melahirkan. Ada hubungan antara perilaku ibu dan hasil kehamilan serta komplikasi persalinan. Secara psikologis, wanita dengan KTD memiliki peluang lebih besar untuk tidak memeriksakan kehamilannya (Lestari, Gani, and Nafikadini 2020).

4) Aborsi (Pengguguran Kandungan)

Kehamilan tidak diinginkan menghadapi wanita pada dua pilihan yakni tetap melanjutkan kehamilan atau menggugurkan kandungan dengan berbagai resiko kesehatan. Penelitian di Nepal menunjukkan bahwa sekitar 38% kehamilan merupakan KTD, dimana 22% diantaranya berakhir dengan aborsi. Kehamilan yang tidak diinginkan juga dapat membahayakan janin dan ibu, sehingga menyebabkan tingginya angka aborsi tidak aman, keterlambatan tes kehamilan, dan tes kehamilan yang tidak tepat, yang dapat mempengaruhi perkembangan janin dan anak. (Hutasoit and Indraswari 2021).

5) Pola asuh terhadap bayi yang dilahirkan

Dampak terakhir yang dapat terjadi pada ibu dengan kehamilan tidak diinginkan adalah pola asuh. Pola asuh dari wanita tersebut dimulai bahkan saat anak baru dilahirkan yakni dalam praktik pemberian ASI pada anak. Studi kasus menunjukkan bahwa ibu yang mengalami kehamilan tidak diinginkan berpeluang 2,12 kali untuk tidak memberikan ASI secara eksklusif kepada bayinya. Sejalan dengan penelitian Khosravi dan Zahra (2016) bahwa pasangan yang tidak menginginkan kehamilannya cenderung memiliki anak yang tidak pernah disusui dibandingkan dengan pasangan yang merencanakan dan menginginkan kehamilannya. Pola asuh mengabaikan sejak dalam kandungan hingga anak lahir dan menuju dewasa menjadi hal paling negatif yang harus dihadapi anak yang tidak diinginkan. (Khan and Islam 2022).

f. Cara Menanggulangi

Cara penanggulangan pra kejadian dan pasca kejadian wanita yang mengalami kehamilan dapat dengan mengambil keputusan tindakan terhadap kehamilannya. Beberapa cara terbaik adalah dengan tetap melanjutkan kehamilannya tetapi dibekali dengan mental dan fisik yang sehat. Atau dengan menggugurkannya secara sengaja tetapi dengan prosedur medis yang aman atau mengalami keguguran setelah memutuskan tetap melanjutkan kehamilannya. Penanggulangan kehamilan tidak diinginkan dapat menjadi indikator berkurangnya kelahiran yang buruk seperti kelahiran prematur, ketuban pecah dini, dan melahirkan bayi dengan berat badan lahir yang tidak memenuhi syarat (Febriana and Sari 2021)

Selain faktor internal diatas, beberapa cara menanggulangi kehamilan tidak diinginkan yang bersifat negatif juga dapat ditekan dari segi sosial kemasyarakatan. Penyesuaian sosial individu dalam mengadakan relasi yang sehat terhadap masyarakat, kesanggupan bereaksi secara efektif dan harmonis terhadap kenyataan sosial, saling menghargai dan menjalankan hukum tertulis maupun tidak tertulis,

kesanggupan menghargai orang lain mengenai hak-haknya dan pribadinya dan hubungan positif timbal balik dari lingkungan adalah faktor utama menjaga kewarasan ibu (Iriyanti, Suryawati, and Nugraheni 2018).

g. Pengambilan Keputusan Kehamilan Tidak Diinginkan

1) Adopsi

Adopsi bersifat permanen. Oleh karena itu pasangan yang memilih pilihan adopsi maka memerlukan pertimbangan yang matang

2) Perawatan alternative

Perawatan alternative untuk perawatan anak yaitu

- a) Perawatan oleh kerabat : dibesarkan oleh keluarga besar
- b) Asuhan : orang lain atau keluarga yang mengasuh anak

3) Perawatan anak

Perawatan anak berarti suatu pasangan memutuskan untuk mengurus anaknya sendiri tanpa bantuan orang lain. Pasangan mulai menerima kehadiran calon anak. Untuk memutuskan perawatan perlu konseling dengan dokter tentang kekhawatiran dan pilihan perawatan kehamilan yang dibutuhkan. (Australia 2023)

7. Kewenangan Bidan Terhadap Kasus

Lingkup praktek kebidanan adalah terkait erat dengan fungsi, tanggung jawab dan aktifitas bidan yang telah mendapatkan pendidikan, kompeten dan memiliki kewenangan untuk melaksanakannya ²³. Bidan dalam melaksanakan peran, fungsi dan tugasnya didasarkan pada kemampuan dan kewenangan yang diberikan. Kewenangan tersebut diatur melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes RI) Nomor 17 Tahun 2023 Tentang kesehatan ²⁴.

Berdasarkan Permenkes No 17 tahun 2023 bagian kedua mengenai kewenangan, bidan memiliki kewenangan untuk memberikan pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak, dan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana. Pelayanan kesehatan ibu

yang dimaksud salah satunya persalinan normal. Bidan berwenang melakukan episiotomi pertolongan persalinan normal, penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II, penanganan kegawatdaruratan dilanjutkan dengan rujukan, fasilitasi/ bimbingan IMD dan promosi ASI eksklusif, pemberianuterotonika pada manajemen aktif Kala III dan postpartum, dan pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran ²⁴.

Selain itu bidan berwenang dalam IMD, pemotongan dan perawatan tali pusat, pemberian suntikan Vit K1, pemberian imunisasi HB0, pemeriksaan fisik BBL, pemantauan tanda bahaya, pemberian identitas diri, dan merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil dan tepat waktu ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang lebih mampu.

Berdasarkan Kepmenkes RI tentang standar profesi bidan, standar kompetensi bidan terdiri dari 7 (tujuh) area kompetensi dan keawenangan bidan pada kasus ini ditunjukkan melalui kompetensi. Keterampilan klinis dalam praktik kebidanan. Pada kompetensi ini salah satunya bidan mampu melakukan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada bayi baru lahir (neonatus), bayi, balita dan anak prasekolah, remaja, masa sebelum hamil, masa kehamilan, masa persalinan, masa pasca keguguran, masa nifas, masa antara, masa klimakterium, pelayanan Keluarga Berencana, kesehatan reproduksi dan seksualitas perempuan yang fisiologis ²⁵. Persalinan di Fasyankes harus memenuhi 7 aspek, yaitu:

1. Membuat keputusan klinik;
2. Asuhan sayang ibu dan bayi termasuk Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan resusitasi bayi baru lahir;
3. Pencegahan infeksi;
4. Pencegahan penularan penyakit dari ibu ke anak;
5. Persalinan bersih dan aman;
6. Pencatatan atau rekam medis asuhan persalinan; dan rujukan pada kasus komplikasi ibu dan bayi baru lahir.

Ibu dan bayi baru lahir harus dilakukan observasi di Fasyankes paling sedikit 24 jam setelah persalinan. Dalam hal kondisi ibu dan/ atau bayi barulahir normal maka dapat dipulangkan setelah dilakukan observasi.