

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Masalah Kasus

1. Pertemuan Pertama

Kajian kasus dilaksanakan pada tanggal 09 Juli 2021 jam 08.30 WIB di Puskesmas Gamping I. Ny. Y usia 27 tahun, agama islam, suku jawa, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan Ibu Rumah Tangga, alamat Pereng Dewe RT 04, RW 23. Suami Ny. Y bernama Tn. H usia 27 tahun agama islam pekerjaan wiraswasta.

Asuhan pada ibu hamil pertama dilakukan pada tanggal 09 Juli 2021 di ruang KIA. Ny. Y usia 27 tahun G₃P₂A₀Ah₃ datang ke Puskesmas Gamping I untuk memeriksakan kehamilannya dan mengeluh pusing dan mudah lelah, Usia kehamilan 39 minggu. Ibu tidak memiliki riwayat penyakit dan tidak memiliki alergi. Ibu mengatakan makan teratur dan tidak ada keluhan pada BAB dan BAK. HPHT 08 Oktober 2020, dan HPL 15 Juli 2021. Ny. Y mengatakan ini merupakan kehamilan ketiganya, kehamilan sebelumnya kembar dan tidak pernah keguguran, dengan jarak persalinan sebelumnya adalah 11 bulan. Riwayat bersalin secara SC. Ny. R menggunakan kontrasepsi KB suntik 3 bulan selama 11 bulan.. Hasil pemeriksaan didapatkan TD : 136/81 mmHg, N: 100x/m, R: 21x/m, SB: 36,5⁰C. Dilakukan pemeriksaan fisik, BB: 55 kg, pemeriksaan abdomen palpasi didapatkan TFU: 30cm, DJJ 148x/m teratur, punggung sebelah kiri, dan presentasi kepala, sudah masuk PAP. Hasil laboratorium Hb 9.8% gr/dl. Ny. Y diberikan tablet tambah darah sebanyak 30 tablet diminum 2x1 secara teratur untuk mencegah anemia, Vitamin C 1x1 untuk membantu penyerapan zat besi dan kalsium 1x1 untuk kekuatan tulang ibu supaya dapat terbagi rata dengan janin. Memberikan KIE cara mengkonsumsi tablet fe yaitu diminum bersamaan dengan vitamin C dengan air putih atau air jeruk dan jangan diminum dengan susu, teh atau air soda karena dapat menghambat penyerapan zat besi. Dan dikonsumsi

secara rutin agar kebutuhan zat besi ibu terpenuhi. Memberitahu ibu tentang pentingnya persiapan menghadapi persalinan. Suami dan keluarga perlu menyiapkan biaya persalinan, kebutuhan ibu dan bayi, transportasi, calon donor serta rujukan apabila terjadi komplikasi kehamilan, persalinan dan setelah melahirkan

2. Pertemuan Kedua

Dilakukan pada tanggal 16 Juli 2021 jam 09.00 WIB di Puskesmas Gamping I. Pada pertemuan kali ini Ny. Y datang untuk mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya dan mengeluh pusing dan mudah lelah., Usia kehamilan 40⁺² minggu. ibu mengatakan janinnya aktif bergerak. KU : Baik, Kesadaran : CM, Dilakukan pengukuran TD: 93/77 mmHg, N: 86x/m, R: 21x/m, SB: 36,8⁰C, Berat Badan 55kg. Dilakukan pemeriksaan abdomen dengan palpasi didapatkan TFU pertengahan px pusat, punggung sebelah kiri, dan presentasi kepala, DJJ 138x/m teratur, ekstremitas: tidak oedem, tidak varises, TFU McDonald 30 cm TBJ: 2870 gram. Penatalaksanaan yang dilakukan adalah Mengingatn kepada ibu tanda-tanda persalinan yaitu keluar air – air atau lendir bercampur darah dari jalan lahir, sakit pinggang menjalar ke perut bagian bawah dan perut kencang-kencang sering dan teratur. Menganjurkan ibu untuk segera datang ke puskesmas jika sudah mendapat tanda persalinan, Memberitahu ibu bahwa ibu akan di beri rujukan ke rumah sakit karena usia kehamilan sudah 40 minggu 2 hari dengan kehamilan faktor risiko tinggi karena ibu anemia, persalinan sebelumnya dengan SC, dan jarak kehamilan <2 tahun. ibu bersedia dirujuk, ibu memilih dirujuk ke RS PKU Muhammadiyah Gamping tanggal 17 agustus 2021

3. Pertemuan Ketiga

Pada pertemuan kali ini dilakukan pada tanggal 18 Juli 2021 pada jam 15.35 WIB Via *handphone*. Ibu mengatakan ibu mulai dirawat inapnkan di Rumah Sakit pada tanggal 17 Juli 2021, setelah mendapat rujukan dari puskesmas Gamping I. Ibu mengeluh perutnya sudah terasa kencang-kencang. Pada saat pemeriksaan kondisi ibu dan janin dalam

keadaan baik, hasil tes swab antigen ibu positif kemudian Dokter memberikan edukasi kepada ibu dan suami serta menyarankan untuk segera melahirkan secara *sectio caesarea*, dokter menjadwalkan ibu untuk operasi *sectio caesarea* pada hari Sabtu, 17 Juli 2021 Jam 19.00 WIB. Ibu mengatakan merasa cemas akan melakukan persalinan secara *sectio caesarea*.

Sesuai dengan data yang diperoleh ibu direncanakan operasi *Caesar* atas indikasi riwayat SC. Penatalaksanaan yang diberikan pada Ny. Y adalah Memberikan dukungan moral dengan meyakinkan bahwa dia mampu melalui proses persalinan dengan aman ibu dan bayi sehat, Setelah persiapan sudah dilakukan dan rencana operasi dilakukan pada jam 19.00 WIB tanpa dilakukan puasa karena SC dengan emergency. Ny. S sudah memakai baju khusus operasi, diantar ke ruang operasi, segera dilakukan anastesi dan serta *sectio caesarea*. Pada pukul 19.30 WIB, bayi lahir menangis kuat, BBL: 3000 gram, PB 49 cm, lingkar kepala 33 cm dan jenis kelamin laki-laki. Bayi diberikan salep mata dan injeksi vitamin K1 1 mg di paha kiri atas bayi. Setelah itu dilakukan observasi pasca operasi selama 2 jam. Selama observasi keadaan umum ibu baik, tidak terjadi perdarahan dan ibu dipindahkan ke ruang isolasi untuk ibu terinfeksi covid 19.

4. Pertemuan Keempat

Pada pertemuan kali ini dilakukan pada tanggal 20 Juli 2021 pada jam 08.30 WIB Via *handphone*. Ibu mengatakan masih sedikit nyeri pada luka jahitan bekas operasi dan ibu sudah bisa berjalan dan duduk sendiri, dan ibu mengatakan merasa sedih karena masih harus melakukan isolasi dan berpisah dengan bayinya. Ibu mengatakan pengeluaran pervaginam berwarna merah kecoklatan. Pola makan dan minum ibu teratur. Ibu sudah BAB dan BAK sudah lancer. Ibu dan suami mengatakan merasa senang atas kelahiran bayi keempatnya, tetapi Ny. Y sedikit sedih karena harus isolasi di RS dan terpisah dengan bayinya. Diagnose pada Ny Y adalah P3A0Ah4 Post SC hari ke 3. Penatalaksanaan pada pertemuan ini adalah

Memberikan dukungan kepada ibu bahwa ibu pasti akan cepat sembuh dari infeksi Covid 19 dan menganjurkan keluarga untuk memberikan dukungan ibu dengan merawat bayi di rumah dengan baik dan benar agar ibu tidak khawatir. Mengajarkan ibu teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri. Menganjurkan ibu untuk merawat lukanya agar tetap kering dan bersih agar tidak luka cepat sembuh dan tidak terinfeksi. Meminta ibu untuk mulai melakukan ambulasi dini secara bertahap mulai dari miring kanan dan kiri, duduk, dan berjalan agar keadaan ibu cepat pulih kembali. Memberikan motivasi kepada ibu untuk memerah ASI sesering mungkin untuk kebutuhan nutrisi bayinya.

Pada pertemuan ini dilakukan pengkajian terhadap By. Ny. Y usia 3 hari keadaan bayi sehat dan tidak ada keluhan dan bayi sudah boleh pulang dari rumah sakit. Ny. Y mengatakan bayinya diberikan Susu Formula karena ibu sedang di isolasi. sudah BAK kurang lebih 6-8 kali perhari dan BAB kurang lebih 2-3 kali per hari konsistensi lunak. Dari pengkajian dapat ditegakkan diagnosis By. Ny. Y usia 3 hari, neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan dalam keadaan normal. penatalaksanaan yang diberikan KIE cara menjaga kehangatan bayi dengan mengenakan topi, sarung tangan dan kaki, dibedong atau diselimuti, dan mengganti pakaian basah sesegera mungkin. Memberikan motivasi pada Ny. Y agar memerah ASInya untuk diberikan kepada bayinya Menjelaskan pada Ny. Y cara merawat tali pusat dengan menjaga tetap bersih dan kering

5. Pertemuan Kelima

Pertemuan ini dilaksanakan pada tanggal 02 Agustus 2021 di Puskesmas Gamping I jam 08.30 WIB. Ibu mengatakan merasa keadaannya semakin membaik, mengeluh kurang tidur karena sering bangun saat malam hari, ASI lancar keluar, bayi kuat menyusu, ibu selalu menyusui bayinya dan hanya memberikan ASI. ibu mengatakan darah dari kemaluannya masih keluar dengan warna merah kecoklatan. Ibu mengatakan masih merasa sedikit nyeri pada luka operasi. Ibu sudah

menyusui kurang lebih 2-3 jam sekali di kedua payudara. Ibu BAK teratur, kurang lebih 5-6 kali perhari, ibu sudah BAB 1 hari 1 kali. Secara umum pemeriksaan fisik dari kepala hingga kaki ibu mengalami keadaan yang normal, dengan payudara membesar, ASI (+), tidak terdapat puting susu lecet, perut terdapat luka operasi, tidak ada benjolan tidak ada massa, luka operasi sudah kering, TFU tidak teraba pengeluaran pervaginam lochea serosa, tidak ada tanda infeksi dan tidak terdapat edema dan varises. Diagnose pada Ny. Y P3A0Ah4 post SC hari ke 14. Penatalaksanaan pada saat ini Melakukan perawatan luka jahitan post sectio caesarea, Menganjurkan ibu untuk merawat lukanya agar tetap kering dan bersih agar tidak luka cepat sembuh dan tidak terinfeksi. Memberikan KIE pola istirahat yaitu ibu nifas memerlukan waktu istirahat yang cukup yaitu 7-8 jam pada malam hari dan 2 jam pada siang hari. Istirahat saat bayi tidur, kembali ke kegiatan rumah tangga secara perlahan. Memberikan ibu pendidikan kesehatan tentang perawatan payudara dan posisi yang baik saat menyusui. Memberitahu kepada ibu jadwal pemberian ASI yaitu ASI diberikan setiap 2 jam atau setiap bayi menangis.

Pengkajian pada By. Ny Y didapatkan bayi dalam kondisi normal TTV dalam batas normal, pemeriksaan fisik dalam batas normal, tali pusat sudah lepas. Bayi hanya diberi ASI. sudah BAK kurang lebih 6-8 kali perhari dan BAB kurang lebih 2-3 kali per hari konsistensi lunak. BB bayi saat ini 3400 gram. Mengingatkan ibu untuk menjaga kehangatan bayi dengan meletakkan bayi di tempat hangat dan mengganti pakaian bayi jika basah. Memberikan ASI secara ondemand. Dan Mengingatkan ibu dan keluarga untuk imunisasi dasar anaknya saat berusia satu bulan (BCG) dan imunisasi dasar lainnya sesuai jadwal yang diberikan bidan.

6. Pertemuan Keenam

Dilakukan pada tanggal 19 februari 2021 jam 15.00 WIB Via *Handphone*. Ibu mengatakan tidak ada keluhan. Ibu mengatakan merasa keadaannya semakin membaik, ASI lancar keluar, bayi kuat menyusu, ibu selalu menyusui bayinya dan hanya memberikan ASI. ibu mengatakan

darah dari kemaluannya masih keluar flek-flek coklat. Ibu mengatakan luka operasi sudah tidak nyeri dan sudah kering. Ibu belum menggunakan KB. Data objektif tidak dilakukan. Penatalaksanaan pada pertemuan ini adalah KIE KB. Menjelaskan pada ibu mengenai tujuan penggunaan alat kontrasepsi yaitu mengatur jarak kelahiran sehingga ibu tidak terlalu dekat jarak antar kehamilannya yang dapat beresiko terhadap kesehatan ibu dan bayi. Setelah masa nifas berakhir yaitu 6 minggu kesuburan ibu dapat kembali. Sehingga sebelum ibu melakukan hubungan seksual dengan suami sebaiknya ibu ber KB terlebih dahulu. Menjelaskan pada ibu macam-macam kontrasepsi, efektifitas, keuntungan dan kerugian serta efek samping dari berbagai jenis alat kontrasepsi. Kemudian menganjurkan ibu untuk berdiskusi dengan suami tentang penggunaan KB apa yang akan digunakan. Mengingatkan ibu untuk kunjungan ulang ke fasilitas kesehatan sesuai anjuran yang diberikan oleh bidan.

7. Pertemuan Ketujuh

Pertemuan ini dilakukan di rumah pasien pada tanggal 19 September 2021 jam 11.30 WIB. Ibu mengatakan melahirkan 9 minggu yang lalu, sekarang sedang menyusui dan ingin menjarangkan kehamilan dengan menggunakan KB Suntik 3 bulan. Ibu mengatakan belum melakukan hubungan suami istri sampai sekarang, dan belum menstruasi setelah melahirkan. riwayat penggunaan KB ibu sebelum hamil adalah suntik 3 bulan. Dalam riwayat penyakit ibu belum pernah mengalami penyakit hipertensi, ginjal, jantung, penyakit kuning dan infeksi menular seksual. Ibu belum pernah mengalami penyakit ginekologi seperti mioma, kista, kanker dsb. Dalam riwayat kesehatan keluarga juga tidak mengalami penyakit apapun. Diagnose pada Ny. Y yaitu P3A0Ah4 Akseptor baru KB suntik 3 bulan

Penatalaksanaan pada pertemuan kali ini Menjelaskan kepada ibu cara kerja KB suntik 3 bulan, Menjelaskan kepada ibu cara pemberian KB suntik 3 Bulan yaitu dengan memberikan suntikan progestin setiap 3 bulan sekali, Menjelaskan kelebihan dan kekurangan KB suntik 3 bulan,

Menjelaskan kontraindikasi KB suntik 3 bulan, Mengajukan ibu untuk kembali sesuai jadwal yang ditentukan.

B. Kajian Teori

1. Kehamilan

a. Pengertian

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan.⁷ Kehamilan 40 minggu disebut sebagai kehamilan matur (cukup bulan), dan bila lebih dari 43 minggu disebut sebagai kehamilan post matur. Kehamilan antara 28 sampai 36 minggu disebut kehamilan prematur.⁸

b. Perubahan Fisiologi Trimester III

Menurut Vivian (2011) Perubahan fisiologi pada masa kehamilan Trimester III adalah⁹

1) Minggu ke-28/bulan ke-7

Fundus berada di pertengahan antara pusat dan xifoideus. Hemoroid mungkin terjadi. Pernapasan dada menggantikan pernapasan perut. Garis bentuk janin dapat dipalpsi. Rasa panas perut mungkin terasa.

2) Minggu ke-32/ bulan ke-8

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

3) Minggu ke-38/ bulan ke-9

Penurunan bayi ke dalam pelvis/panggul ibu (*lightening*). Plasenta setebal hampir 4 kali waktu usia kehamilan 18 minggu dan beratnya 0,5-0,6 kg. Sakit punggung dan sering BAK meningkat.

Braxton Hicks meningkat karena serviks dan segmen bawah rahim disiapkan untuk persalinan.

c. Perubahan Psikologi Trimester III

Menurut Sulistyawati, Perubahan psikologis pada masa kehamilan Trimester III , yaitu:⁷

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

d. Ketidaknyamanan pada Kehamilan 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 dua jam sebelum tidur agar istirahat ibu tidak akan terganggu.¹⁰

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 superficial.¹⁰

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.¹⁰

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 usia kehamilan, pembesaran uterus akan semakin mempengaruhi keadaan diafragma ibu hamil, dimana diafragma terdorong ke atas sekitar empat 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.¹¹

5) Bengkak dan Kram pada Kaki

Bengkak atau edema adalah penumpukan atau retensi cairan pada daerah luar sel akibat dari berpindahnya cairan intraseluler ke ekstraseluler. Edema pada kaki biasa dikeluhkan pada usia kehamilan diatas tiga puluh empat 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.¹¹

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 kehamilan dan pergerakan janin, terutama janin aktif.¹¹

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.¹¹

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 tiga jam setelah makan, mengurangi makanan berminyak dan pedas, tomat, jeruk yang asam, minuman bersoda dan zat-zat seperti kafein.¹¹

9) Kontraksi *Braxton Hicks*

Pada kehamilan menjelang tujuh bulan, jika dilakukan pemeriksaan palpasi atau periksa dalam, dapat diraba kontraksi-kontraksi kecil rahim berupa kontraksi *Braxton Hicks* (Sofian, 2013). Kontraksi sering terjadi setiap sepuluh sampai dua puluh 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.¹¹

e. 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.¹²

1) Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan dibawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran. Sekitar 10-12% kehamilan akan berakhir dengan keguguran yang pada umumnya (60-80%) disebabkan oleh kelainan kromosom yang ditemui pada spermatozoa ataupun ovum. Perdarahan pada kehamilan lanjut atau diatas 20 minggu pada umumnya disebabkan oleh plasenta previa. Perdarahan yang terjadi sangat terkait dengan luas plasenta dan kondisi segmen bawah rahim yang menjadi tempat implantasi plasenta tersebut. Pada plasenta yang tipis dan menutupi sebagian jalan lahir, maka umumnya terjadi perdarahan bercak berulang dan apabila segmen bawah rahim mulai terbentuk disertai dengan sedikit penurunan bagian terbawah janin, maka perdarahan mulai meningkat hingga tingkatan yang dapat membahayakan keselamatan ibu.

2) Preeklampsia

Pada umumnya ibu hamil dengan usia kehamilan diatas 20 minggu disertai dengan peningkatan tekanan darah diatas normal sering diasosiasikan dengan preeklampsia. Data atau informasi awal terkait dengan tekanan darah sebelum hamil akan sangat

membantu petugas kesehatan untuk membedakan hipertensi kronis (yang sudah ada sebelumnya) dengan preeklampsia. Gejala dan tanda lain dari preeklampsia adalah sebagai berikut:

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

3) Nyeri Hebat di Daerah Abdominopelvikum

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

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

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

- 1) Muntah berlebihan yang berlangsung selama kehamilan.
- 2) Disuria.

- 3) Menggigil atau demam.
- 4) Ketuban pecah dini atau sebelum waktunya.
- 5) Uterus lebih besar atau lebih kecil dari Usia Kehamilan (UK) yang sesungguhnya.

Menurut buku Kesehatan Ibu dan Anak, tanda bahaya kehamilan adalah sebagai berikut:¹³

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

f. *Antenatal Care Terpadu*

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 97 tahun 2014 tentang pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan, dan masa sesudah melahirkan, penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi, serta pelayanan kesehatan seksual. Pelayanan kesehatan pada ibu hamil tidak dapat dipisahkan dengan pelayanan persalinan, pelayanan nifas dan pelayanan kesehatan bayi baru lahir. Kualitas pelayanan antenatal yang diberikan akan mempengaruhi kesehatan ibu hamil dan janinnya, ibu bersalin dan bayi baru lahir serta ibu nifas.¹⁴

Dalam pelayanan antenatal terpadu, tenaga kesehatan harus dapat memastikan bahwa kehamilan berlangsung normal, mampu mendeteksi dini masalah dan penyakit yang dialami ibu hamil, melakukan intervensi secara adekuat sehingga ibu hamil siap untuk menjalani persalinan normal. Setiap kehamilan, dalam perkembangannya

mempunyai risiko mengalami penyulit atau komplikasi. Oleh karena itu, pelayanan antenatal harus dilakukan secara rutin, sesuai standar dan terpadu untuk pelayanan antenatal yang berkualitas.

Menurut PERMENKES RI Nomor 97 Tahun 2014. Pelayanan antenatal terpadu merupakan pelayanan kesehatan komprehensif dan berkualitas yang dilakukan melalui : 1. Pemberian pelayanan dan konseling kesehatan termasuk stimulasi dan gizi agar kehamilan berlangsung sehat dan janinnya lahir sehat dan cerdas 2. Deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan 3. Penyiapan persalinan yang bersih dan aman 4. Perencanaan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit/komplikasi 5. Penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan. 6. Melibatkan ibu hamil, suami dan keluarganya dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan bila terjadi penyulit/komplikasi.¹⁵

Menurut Permenkes semua ibu hamil dan suami/keluarga diharapkan ikut serta minimal 1x pertemuan. Untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar minimal 4 kali selama kehamilan. Kontak 4 kali dilakukan sebagai berikut: 1. 1x pada trimester I, yaitu sebelum usia kehamilan 14 minggu 2. 1x pada trimester II, yaitu selama umur kehamilan 14–28 minggu 3. 2x pada trimester ketiga, yaitu selama kehamilan 28–36 minggu dan setelah umur kehamilan 36 minggu. Pelayanan antenatal bisa lebih dari 4 kali bergantung pada kondisi ibu dan janin yang dikandungnya. Pelayanan kesehatan pada ibu hamil tidak dapat dipisahkan dengan pelayanan persalinan, pelayanan nifas dan pelayanan kesehatan bayi baru lahir. Kualitas pelayanan antenatal yang diberikan akan mempengaruhi kesehatan ibu hamil dan janinnya, ibu bersalin dan bayi baru lahir serta ibu nifas.¹⁵

Dalam pelayanan antenatal terpadu, tenaga kesehatan harus dapat memastikan bahwa kehamilan berlangsung normal, mampu mendeteksi

dini masalah dan penyakit yang dialami ibu hamil dan melaksanakan rujukan dengan cepat dan tepat sesuai dengan indikasi medis, dan dengan melakukan intervensi yang adekuat diharapkan ibu hamil siap menjalani persalinan.⁷ Dalam pemberian antenatal terpadu, diharapkan ibu hamil dapat melakukan kontak dengan dokter setidaknya minimal 1 kali, yaitu: a. Kontak dengan dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi (SpOG) b. Kontak dengan dokter gigi. c. Kontak dengan dokter umum. d. Kontak dengan dokter paru-paru. e. Kontak dengan ahli gizi.¹⁶

Standar pelayanan yang harus diperoleh oleh ibu hamil dengan 10 T yaitu sebagai berikut :¹⁷

1) Timbang Berat Badan dan Ukur Tinggi Badan (T1)

Timbang Berat Badan : Berat badan ibu hamil harus diperiksa pada tiap kali kunjungan. Sejak bulan ke 4, pertambahan BB minimal 1 kg perbulan dan maksimal 2 kg perbulan. Ukur Tinggi Badan : Tinggi badan diperiksa hanya pada kunjungan pertama (K1) untuk mengetahui adanya faktor resiko untuk panggul sempit.

2) Ukur Lingkar Lengan Atas (T2)

Lingkar Lengan Atas (LiLA) diukur hanya pada saat kunjungan pertama (K1).Pengukuran ini untuk menentukan status gizi ibu hamil. LiLA ibu hamil <23,5 cm menunjukkan bahwa ibu hamil menderita Kurang Energi Kronis.

3) Ukur Tekanan Darah (T3)

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan. TD normal jika sistole 120 mmHg dan diastole 80 mmHg. TD tinggi bila sistole >140 mmHg atau diastole >90 mmHg, dimana merupakan faktor resiko untuk Hipertensi dalam Kehamilan.

4) Ukur Tinggi Fundus Uteri (T4)

Tinggi fundus uteri harus diukur tiap kali kunjungan sejak kehamilan berusia 4 bulan, pertambahan tinggi fundus harus sesuai dengan usia kehamilan, bila tidak sesuai maka lakukan Tes

Laboratorium yang dibutuhkan. Cara pengukuran TFU dengan cm bisa pula membantu pengukuran perkiraan berat janin,

5) Tentukan Presentasi janin dan Denyut Jantung Janin (T5)

Presentasi janin dilakukan untuk mengetahui letak janin. Jika pada bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak panggul, panggul sempit, atau ada masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal.

6) Tes Laboratorium (T6)

Tes laboratorium yang wajib dilakukan bagi ibu hamil adalah tes hemoglobin darah (Hb) untuk mengetahui apakah ibu menderita anemia dan golongan darah ibu untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil bila diperlukan nanti. Untuk daerah endemis malaria, setiap ibu hamil wajib diperiksa darah (RDT/Mikroskopis).

7) Berikan Tablet Tambah Darah (T7)

Tablet Tambah Darah diberikan minimal sebanyak 90 tablet selama kehamilan yang berguna untuk mencegah kekurangan darah selama kehamilan.

8) Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid (T8)

Sebelum imunisasi diberikan sebaiknya sebelumnya dilakukan skrining Status Imunisasi Tetanus Toxoid (TT) pada ibu hamil dan berikan imunisasi sesuai status imunisasi tersebut. Jika ibu hamil tidak dalam status terlindung, maka harus diberikan.

Tabel 1 Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid

Status Imunisasi	Interval Minimal Pemberian	Masa Perlindungan
T1	-	-
T2	4 minggu setelah T1	3 tahun
T3	6 bulan setelah T2	5 tahun
T4	1 tahun setelah T3	10 tahun
T5	1 tahun setelah T4	Lebih dari 25 tahun

9) Tatalaksana Kasus (T9)

Apabila dari pemeriksaan ditemukan faktor resiko segera lakukan rujukan.

10) Temu Wicara/Konseling (T10)

Tatap muka antara bidan dengan ibu hamil dalam rangka melakukan konseling dari mulai hamil sampai dengan Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi serta KB pasca persalinan.⁶

g. Kebutuhan Ibu Hamil

Beberapa informasi penting tersebut adalah sebagai berikut :

1) Nutrisi yang adekuat

Saat hamil seorang ibu memerlukan gizi seimbang lebih banyak dari sebelum hamil baik sumber kalori, protein, asam folat, vitamin B 12, zat besi, zat seng, kalsium, vitamin C, vitamin A, vitamin D, vitamin B6, vitamin E, termasuk pemenuhan kandungan nutrisi yang dibutuhkan bagi janin.¹⁴

Perubahan berat badan dan IMT

Tabel 2. Rekomendasi rentang peningkatan berat badan total ibu hamil.¹⁴

Kategori Berat Terhadap Tinggi Sebelum Hamil	Peningkatan Yang Direkomendasikan	
	Pon	Kilogram
Ringan BMI < 19,8	28 sampai 40	12,5 sampai 18
Normal BMI 19,8-26	25 sampai 35	11,5 sampai 16
Tinggi BMI > 26 sampai 29	15 sampai 25	7 sampai 11,5
Gemuk BMI >29	≥15	≥7

2) Perawatan Payudara

Payudara perlu dipersiapkan sejak sebelum bayi lahir sehingga dapat segera berfungsi dengan baik pada saat di perlukan. Basuhan lembut setiap hari pada areola dan puting susu akan dapat mengurangi retak dan lecet pada area tersebut. Untuk sekresi yang mengering pada puting susu, lakukan pembersihan dengan menggunakan campuran gliserin dan alkohol. Karena payudara menegang, sensitive, dan menjadi lebih berat, maka sebaiknya gunakan penopang payudara yang sesuai (*brassiere*).¹⁰

3) Perawatan gigi

Paling tidak dibutuhkan dua kali pemeriksaan gigi selama kehamilan, yaitu pada trimester pertama dan ketiga. Penjadwalan untuk trimester pertama terkait dengan hiperemesis dan ptialisme (produksi liur yang berlebihan) sehingga kebersihan rongga mulut harus selalu terjaga. Pada trimester ketiga, terkait dengan adanya kebutuhan kalsium untuk pertumbuhan janin sehingga perlu diketahui apakah terdapat pengaruh yang merugikan pada gigi ibu hamil. dianjurkan untuk selalu menyikat gigi setelah makan karena ibu hamil sangat rentan terhadap terjadinya karies dan *gingivitis*.¹⁰

4) Kebersihan tubuh harus terjaga selama kehamilan.

Perubahan anatomik pada perut, area genitalia/lipat paha, dan payudara menyebabkan lipatan-lipatan kulit menjadi lembab dan mudah terinvestasi oleh mikroorganisme. Sebaiknya menggunakan pancuran atau gayung saat mandi, tidak dianjurkan berendam dalam *bathtub*, gunakan pakaian yang longgar, bersih dan nyaman dan hindari sepatu bertongkat tinggi dan alas kaki yang keras, serta korset penahan perut. Lakukan gerak tubuh ringan, misalnya berjalan kaki, terutama pada pagi hari. Jangan melakukan pekerjaan rumah yang berat dan hindarkan kerja fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlebihan. Beristirahat cukup 8 jam pada malam hari dan 2 jam pada siang hari. Ibu tidak dianjurkan untuk melakukan kebiasaan merokok selama hamil karena dapat menimbulkan vasospasme yang berakibat anoksia janin, berat badan lahir rendah (BBLR), prematuritas, kelainan congenital, dan solusio plasenta.¹⁸

h. Faktor Risiko pada Ibu Hamil

Menurut Rochjati (2011) faktor risiko adalah kondisi pada ibu hamil yang menyebabkan kemungkinan risiko/bahaya terjadinya komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau

kesakitan pada ibu dan atau bayinya. Faktor risiko ibu tersebut dikelompokkan dalam 3 kelompok yaitu:¹⁹

- 1) Kelompok I: Ada Potensi Gawat Obstetri/ APGO terdapat 10 faktor risiko yaitu 7 terlalu dan 3 pernah. 7 terlalu adalah primi muda; primi tua; primi tua pada umur ibu ≥ 35 tahun; primi tua sekunder; anak terkecil < 2 tahun; grande multi; umur ≥ 35 tahun; tinggi badan ≤ 145 cm atau kurang; sedangkan 3 pernah adalah pernah gagal kehamilan; pernah melahirkan dengan tarikan tang/vakum, uri dikeluarkan oleh penolong dari dalam rahim; pernah di infus/transfusi pada perdarahan pascasalin; dan pernah operasi sesar.
- 2) Kelompok II: Ada Gawat Obstetri/ AGO ada 8 faktor risiko. Tanda bahaya pada saat kehamilan, ada keluhan tetapi tidak darurat. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok ini adalah penyakit ibu hamil seperti anemia, malaria, tuberkulosis, payah jantung, kencing manis, PMS; preeklamsia ringan; hamil kembar/ gemelli; hamil kembar air/ hidramnion; hamil lebih bulan/ serotinus; janin mati di dalam rahim; letak sungsang; dan letak lintang.
- 3) Kelompok III: Ada Gawat Darurat Obstetri/AGDO ada 2 faktor risiko, ada ancaman ibu dan bayi. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok ini adalah perdarahan, preeklamsia dan eklamsia.

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) adalah kartu skor yang digunakan sebagai alat skrining antenatal berbasis keluarga untuk menemukan faktor risiko ibu hamil, yang selanjutnya mempermudah pengenalan kondisi untuk mencegah terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan. KSPR disusun dengan format kombinasi antara checklist dari kondisi ibu hamil / faktor risiko dengan sistem skor. Kartu skor ini dikembangkan sebagai suatu teknologi sederhana, mudah, dapat diterima dan cepat digunakan oleh tenaga non profesional. Fungsi dari KSPR adalah:

- 1) Melakukan skrining deteksi dini ibu hamil risiko tinggi.
- 2) Memantau kondisi ibu dan janin selama kehamilan.
- 3) Memberi pedoman penyuluhan untuk persalinan aman berencana (Komunikasi Informasi Edukasi/KIE).
- 4) Mencatat dan melaporkan keadaan kehamilan, persalinan, nifas.
- 5) Validasi data mengenai perawatan ibu selama kehamilan, persalinan, nifas dengan kondisi ibu dan bayinya.
- 6) Audit Maternal Perinatal (AMP)

Sistem skor memudahkan pengedukasian mengenai berat ringannya faktor risiko kepada ibu hamil, suami, maupun keluarga. Skor dengan nilai 2, 4, dan 8 merupakan bobot risiko dari tiap faktor risiko. Sedangkan jumlah skor setiap kontak merupakan perkiraan besar risiko persalinan dengan perencanaan pencegahan. Kelompok risiko dibagi menjadi 3 yaitu:

- 1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) : Skor 2(hijau)
- 2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) : Skor 6-10 (kuning)
- 3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) : Skor ≥ 12 (merah)

i. Anemia pada Kehamilan

7) Pengertian

Definisi Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin dibawah 11 g% pada trimester 1 dan 3 atau kadar $<10,5$ g% yang terjadi karena hemodilusi atau pengenceran darah.⁵³ Pada kehamilan kebutuhan oksigen lebih tinggi sehingga memicu peningkatan produksi eritropoietin. Akibatnya, volume plasma bertambah dan sel darah merah (eritrosit) meningkat. Namun, peningkatan volume plasma terjadi dalam proporsi yang lebih besar jika dibandingkan dengan peningkatan eritrosit sehingga terjadi penurunan konsentrasi hemoglobin (Hb) akibat hemodilusi.⁵³ Pada kehamilan relatif terjadi anemia karena darah ibu mengalami hemodilusi (pengenceran darah)dengan peningkatan volume 30%-40% yang puncaknya pada kehamilan 32 sampai 36

minggu. Jumlah peningkatan sel darah 18%-30%, dan hemoglobin sekitar 19%. Bila hemoglobin ibu sebelum hamil sekitar 11g%, dengan terjadinya hemodilusi akan mengakibatkan anemia hamil fisiologis, dan Hb ibu akan menjadi 9,5 sampai 10 g%.²⁹

8) Tanda dan Gejala

Menurut Wylie & Bryce (2010), gejala anemia ditandai dengan pucat pada kulit dan membrane mukosa dapat dilihat, dan mungkin tampak pada telapak tangan dan konjungtiva, meskipun tanda ini bersifat subjektif dan tidak dapat diandalkan. Pada anemia berat, tanda dan gejala klinis yang tampak secara langsung dihubungkan dengan ketidakadekuatan suplai oksigen dan mencakup takikardi dan palpitasi, angina dan klaudikasio intermittent.

Gejala anemia dalam kehamilan yang lain menurut american pregnancy (2016) di antaranya adalah: Kelelahan, kelemahan, telinga berdengung, sukar konsentrasi, pernafasan pendek, kulit pucat, nyeri dada, kepala terasa ringan, tangan dan kaki terasa dingin.⁵⁴

9) Menurut Departemen Kesehatan anemia adalah sebagai berikut:²⁰

- a) Ringan Sekali: Hb 11 gr%-batas normal.
- b) Ringan: Hb 8gr%- <11gr%.
- c) Sedang: Hb 5gr%-<8gr%.
- d) Berat: Hb < 5gr%.

4) Faktor yang menyebabkan anemia pada ibu hamil

- a) Umur Ibu hamil yang berumur kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun yaitu 74,1% menderita anemia dan ibu 9 hamil yang berumur 20 – 35 tahun yaitu 50,5% menderita anemia. Wanita tersebut mempunyai risiko yang tinggi untuk hamil, karena akan membahayakan kesehatan dan keselamatan ibu hamil maupun janinnya, beresiko mengalami pendarahan dan dapat menyebabkan ibu mengalami anemia.

- b) Paritas. ibu hamil dengan paritas tinggi mempunyai resiko 1.454 kali lebih besar untuk mengalami anemia di banding dengan paritas rendah. Adanya kecenderungan bahwa semakin banyak jumlah kelahiran (paritas), maka akan semakin tinggi angka kejadian anemia.
- c) Kurang Energi Kronis (KEK) 41% (2.0 juta) ibu hamil menderita kekurangan gizi. Timbulnya masalah gizi pada ibu hamil, seperti kejadian KEK, tidak terlepas dari keadaan sosial, ekonomi, dan biososial dari ibu hamil dan keluarganya seperti tingkat pendidikan, tingkat pendapatan, konsumsi pangan, umur, paritas, dan sebagainya. Pengukuran lingkaran lengan atas (LILA) adalah suatu cara untuk mengetahui risiko Kurang Energi Kronis (KEK) Wanita Usia Subur (WUS). Dapat diasumsikan bahwa ibu hamil yang menderita KEK berpeluang untuk menderita anemia
- d) Jarak kehamilan yang terlalu dekat menyebabkan ibu mempunyai waktu singkat untuk memulihkan kondisi rahimnya agar bisa kembali ke kondisi sebelumnya. Pada ibu hamil dengan jarak yang terlalu dekat beresiko terjadi anemia dalam kehamilan. Karena cadangan zat besi ibu hamil belum pulih. Akhirnya berkurang untuk keperluan janin yang dikandungnya.
- e) Pendidikan Pada beberapa pengamatan menunjukkan bahwa kebanyakan anemia yang diderita masyarakat adalah karena kekurangan gizi banyak di jumpai di daerah pedesaan dengan malnutrisi atau kekurangan gizi. Kehamilan dan persalinan dengan jarak yang berdekatan, dan ibu hamil dengan pendidikan dan tingkat sosial ekonomi rendah
- f) Status Gizi Terjadinya anemia pada ibu hamil salah satu penyebabnya yaitu ibu yang mengalami masalah gizi yaitu status gizi KEK yang disebabkan asupan makan yang kurang,

kurangnya pemanfaatan perawatan selama kehamilan atau ANC (Antenatal Care) pada ibu selama kehamilan berlangsung yang mempengaruhi terjadinya anemia pada ibu hamil tidak terpantau dengan baik status gizi dan kadar Hb Gizi seimbang adalah pola konsumsi makanan sehari-hari sesuai dengan kebutuhan gizi setiap individu untuk hidup sehat dan produktif. Agar sasaran keseimbangan gizi dapat dicapai, maka setiap orang harus mengkonsumsi minimal 1 jenis bahan makanan dari tiap golongan bahan makanan yaitu karbohidrat, protein hewani dan nabati, sayuran, buah dan susu.

5) Klasifikasi anemia dalam kehamilan

Menurut Proverawati (2011) klasifikasi anemia dalam kehamilan adalah sebagai berikut:⁵⁵

a) Anemia defisiensi besi

Adalah penurunan jumlah sel darah merah dalam darah yang disebabkan oleh zat besi yang terlalu sedikit. Besi merupakan komponen utama dari hemoglobin dan penting untuk fungsi yang tepat. Pengobatannya yaitu bagi wanita hamil, tidak hamil dan dalam masa laktasi yang memerlukan asupan zat besi dianjurkan untuk diberikan tablet besi. Untuk menegakkan diagnosa anemia defisiensi besi dapat dilakukan dengan anamnesa. Kebutuhan zat besi pada wanita hamil yaitu rata-rata mendekati 800 mg.

b) Anemia megaloblastik

Adalah gangguan darah dimana ukuran sel lebih besar dari sel darah merah normal yang disebabkan oleh kurangnya asam folat atau vitamin B12. Anemia ini biasanya dijumpai pada wanita yang tidak mengkonsumsi sayuran berdaun hijau, polong-polongan dan protein hewani (Prawirohardjo, 2007)

c) Anemia Hipoplastik

Adalah anemia yang disebabkan oleh hipofungsi sumsum tulang, membentuk sel darah merah baru. Untuk diagnostik diperlukan pemeriksaan diantaranya darah lengkap, pemeriksaan fungsi eksternal dan pemeriksaan retikulasi.

- d) Anemia Hemolitik Adalah suatu kondisi dimana tidak ada cukup sel darah merah dalam darah, karena kerusakan dini sel-sel darah merah. Anemia ini jarang terjadi karena masalah yang menyebabkan sel-sel darah merah untuk mati atau dihancurkan sebelum waktunya. Biasanya sel darah merah hidup dalam darah selama sekitar 4 bulan. Sumsum tulang tidak mampu memproduksi sel darah merah baru dengan cepat untuk menggantikan mereka yang telah hancur, menyebabkan berkurangnya jumlah sel darah merah dalam darah, yang pada gilirannya menyebabkan berkurangnya kapasitas untuk memasok oksigen untuk jaringan seluruh tubuh.

6) Patofisiologi anemia dalam kehamilan

Pengenceran darah dianggap sebagai penyesuaian diri secara fisiologi dalam kehamilan dan bermanfaat bagi wanita. Pertama-tama pengenceran ini meringankan beban jantung yang harus bekerja lebih berat dalam masa hamil, karena sebagai akibat hidremia cardiac output meningkat. Kerja jantung lebih ringan apabila viskositas darah rendah. Resistensi perifer berkurang pula, sehingga tekanan darah naik. Kedua, pada perdarahan waktu persalinan, banyaknya unsur besi yang hilang lebih sedikit dibandingkan dengan apabila darah itu tetap kental (Saifuddin, 2008).

Pada kehamilan relatif terjadi anemia karena adanya hemodilusi (Pengenceran darah), seperti yang dijelaskan diatas. Dimana hal ini mulai terjadi pada umur kehamilan 10 minggu dan mencapai puncaknya pada umur kehamilan 32 sampai 34 minggu.

Jadi apabila hemoglobin ibu sebelum hamil sekitar 11 gr% maka dengan terjadinya hemodilusi akan mengakibatkan anemia hamil fisiologis dan Hb ibu akan menjadi 9,5 gr% sampai 10 gr%. Sebagai suatu keadaan khusus, kehamilan, persalinan dan nifas cukup menguras cadangan besi ibu. Oleh karena itu jarak minimum antara persalinan yang satu dengan kehamilan berikutnya sebaiknya 2 tahun. Jarak ini dianggap adekuat untuk menggantikan kurang lebih 1000 mg zat besi yang terkuras selama kehamilan, persalinan dan nifas, dengan syarat diet harus seimbang.

7) Cara Meningkatkan Asupan Fe dan Asam Folat

Menurut Cunningham (2014) peningkatan zat besi dan asam folat bisa dengan:¹¹

- a) Mengonsumsi protein hewani seperti daging, unggas, seafood, telur; mengonsumsi sayuran hijau minimal 3 porsi setiap hari dan meningkatkan asupan buah berwarna jingga dan merah segar seperti jeruk, pisang, kiwi, semangka, dan nanas.
- b) Mengonsumsi makanan sumber asam folat seperti asparagus, bayam, buncis, hati sapi, kembang kol, selada, kapri, kacang tanah, dan beras merah.
- c) Menghindari faktor yang mengurangi penyerapan asam folat dan Fe seperti alkohol, kopi, kontrasepsi oral, aspirin, obat penenang dan antikonvulsan (anti kejang).
- d) Mengonsumsi vitamin C untuk meningkatkan penyerapan Fe dalam usus.
- e) Mengonsumsi makanan sumber vitamin B12 seperti daging, hati, ikan, makanan fermentasi, yogurt, udang, dan susu.

8) Pengaruh Anemia pada Kehamilan, Bersalin, Nifas dan Bayi

Anemia pada ibu hamil dapat menyebabkan risiko pada kehamilan, bersalin, nifas, dan hasil konsepsi. Dampak yang ditimbulkan bisa dilihat dalam tabel berikut ini.

Tabel 3. Pengaruh Anemia pada Kehamilan, Persalinan, Nifas dan Bayi

Kehamilan	Persalinan	Nifas	Bayi
Dapat terjadi abortus	Gangguan his-kekuatan mengejan	Subinvolusi uteri yang menyebabkan pendarahan postpartum	Abortus
Persalinan prematuritas	Kala pertama berlangsung lama	Mudah terjadi infeksi puerperium	Terjadi kematian intrauterine
Hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim	Kala kedua lama menyebabkan kelelahan, seringkali diperlukan tindakan operasi	Terjadi penurunan produksi ASI	Persalinan prematuritas tinggi
Mudah terjadi infeksi	Kala tiga dengan retensio plasenta dan perdarahan postpartum karena atonia uteri	Terjadi dekompensasi kordis mendadak setelah persalinan	BBLR
Ancaman dekompensasi kordis (HB<6gr%)	Kala empat terjadi perdarahan post partum dan atonia uteri	Anemia masa nifas	Dapat terjadi cacat bawaan
Molahidatidosa		Mudah terjadi infeksi mammae	Bayi mudah mengalami infeksi sampai kematian perinatal
Hyperemesis gravidarum			Intelegensia lemah
Perdarahan antepartum			
Ketuban pecah dini			

2. Persalinan

a. Definisi

Persalinan adalah pengeluaran hasil konsepsi (janin, air ketuban, plasenta dan selaput ketuban) dilepas dan dikeluarkan dari uterus melalui vagina ke dunia luar.²¹ Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain

dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta.²²

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap.²³

Persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi Uterus dengan frekuensi, durasi dan kekuatan yang teratur. Mula-mula kekuatan yang muncul kecil, kemudian terus meningkat sampai puncaknya pembukaan serviks lengkap sehingga siap untuk pengeluaran janin dari rahim ibu.²⁴

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya *serviks* dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir, spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin.²⁵

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.²² 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 sebagai berikut:²⁴

1) Teori Keregangan

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

2) Teori Penurunan Progesteron

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

3) Teori Oksitosin Internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya usia kehamilan menyebabkan oksitosin meningkatkan aktivitas sehingga persalinan dimulai.

4) Teori Prostaglandin

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

pemicu terjadinya persalinan. 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.²⁶

c. Tanda dan Gejala

Menjelang minggu ke 36 pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk ke dalam pintu atas panggul (PAP). Gambaran *lightening* pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara *power* (his); *passage* (jalan lahir); *passenger* (penumpang). Pada multipara gambarannya menjadi tidak jelas seperti primigravida, karena masuknya kepala janin ke dalam panggul terjadi bersamaan dengan proses persalinan.²² Berikut adalah tanda-tanda mulainya persalinan.^{23,26}

1) Terjadinya kontraksi/ his persalinan.

Sifat kontraksi/ his persalinan:

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

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

Terjadinya his persalinan mengakibatkan terjadinya perubahan pada serviks yang akan menimbulkan pendataran dan pembukaan. Dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari *canalis cervicalis*

keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa *capillair* darah terputus.

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

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

4) Penipisan dan pembukaan servik.

Pelunakan, penipisan dan pembukaan servik ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula.²⁶

Tabel 4. Karakteristik Persalinan Sesungguhnya dan Persalinan Semu⁷

Persalinan sesungguhnya	Persalinan semu
Serviks menipis dan membuka	Tidak ada perubahan pada serviks
Rasa nyeri dan interval teratur	Rasa nyeri tidak teratur
Interval antara rasa nyeri yang secara perlahan semakin pendek	Tidak ada perubahan interval antara rasa nyeri yang satu dengan yang lain
Waktu dan kekuatan kontraksi semakin bertambah	Tidak ada perubahan pada waktu dan kekuatan kontraksi
Rasa nyeri terasa dibagian belakang dan menyebar ke depan	Kebanyakan rasa nyeri di bagian depan
Dengan berjalan bertambah intensitas	Tidak ada perubahan rasa nyeri dengan berjalan
Ada hubungan antara tingkat kekuatan kontraksi dengan intensitas nyeri	Tidak ada hubungan antara tingkat kekuatan kontraksi uterus dengan intensitas nyeri
Lendir darah sering tampak	Tidak ada lendir darah
Ada penurunan bagian kepala janin	Tidak ada kemajuan penurunan bagian terendah janin
Kepala janin sudah terfiksasi di PAP di antara kontraksi	Kepala belum masuk PAP walau ada kontraksi
Pemberian obat penenang tidak menghentikan proses persalinan sesungguhnya	Pemberian obat penenang yang efisien menghentikan rasa nyeri pada persalinan semu

d. Tahapan Persalinan

Persalinan dibagi menjadi 4 tahap, yaitu:

1) Kala I (Kala Pembukaan)

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus atau dikenal dengan “his” yang teratur dan meningkat (baik frekuensi maupun kekuatannya) hingga serviks berdilatasi hingga 10 cm (pembukaan lengkap) atau kala pembukaan berlangsung dari mulai adanya pembukaan sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan kala satu, his yang timbul tidak begitu kuat sehingga ibu masih kooperatif dan masih dapat berjalan-jalan. Kala satu persalinan dibagi menjadi dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

a) Fase laten pada kala satu persalinan

- (1) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- (2) Dimulai dari adanya pembukaan sampai pembukaan serviks mencapai 3 cm atau serviks membuka kurang dari 4 cm
- (3) Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam

b) Fase aktif pada kala satu persalinan

- (1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/ memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).
- (2) Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nullipara atau primigravida) dan lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).
- (3) Terjadi penurunan bagian terbawah janin
- (4) Pada umumnya, fase aktif berlangsung hampir atau hingga 6 jam.

- (5) Fase aktif dibagi lagi menjadi tiga fase, yaitu : Fase akselerasi, pembukaan 3 ke 4, dalam waktu 2 jam, Fase kemajuan maksimal/dilatasi maksimal, pembukaan berlangsung sangat cepat, yaitu dari pembukaan 4 ke 9 dalam waktu 2 jam. Fase deselerasi, pembukaan 9 ke 10 dalam waktu 2 jam.
- (6) Fase-fase tersebut terjadi pada primigravida. Pada multigravida juga demikian, namun fase laten, aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pendek.
- (7) Dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan dan dipantau dengan menggunakan lembar partograf. Masalah/komplikasi yang dapat muncul pada kala satu adalah ketuban pecah sebelum waktunya (pada fase laten), gawat janin, inersia uteri.²⁸

Pemantauan kemajuan persalinan dilakukan dengan menggunakan partograf, pemantauan DJJ setiap 30 menit sekali, tekanan darah diperiksa selama 4 jam sekali, suhu selama 2 jam sekali, nadi selama 30 menit, pemeriksaan dalam dilakukan 4 jam sekali, dan DJJ yang normal adalah 100x/ menit-180x/ menit.²⁷

Pemeriksaan yang perlu dilakukan pada kala I adalah:

- a) Pemeriksaan tanda vital ibu, yaitu tekanan darah setiap 4 jam serta pemeriksaan kecepatan nadi dan suhu setiap 1 jam
- b) Pemeriksaan kontraksi uterus setiap 30 menit
- c) Pemeriksaan denyut jantung janin setiap 1 jam, pemeriksaan denyut jantung bayi yang dipengaruhi kontraksi uterus dapat dilakukan dengan prosedur *cardiotocography* (CTG)
- d) Pemeriksaan dalam dilakukan setiap 4 jam untuk menilai dilatasi serviks, penurunan kepala janin, dan warna cairan amnion.²⁷

Tabel 5. Penilaian dan Intervensi Selama Kala I¹⁴

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

2) Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Kala II merupakan kala pengeluaran bayi dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi. Uterus dengan kekuatan hisnya ditambah kekuatan meneran akan mendorong bayi hingga lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida.²⁶ Diagnosis persalinan ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm.²²

Tanda dan gejala persalinan kala II adalah.^{23,26}

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

3) Kala III (Kala Pengeluaran Plasenta)

Kala III adalah waktu untuk pelepasan plasenta dan pengeluaran plasenta. Setelah kala II yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Dengan lahirnya bayi dan proses retraksi uterus, maka plasenta lepas dari lapisan *nitabuch*.²³ Pelepasan plasenta diperkirakan dengan melihat beberapa tanda meliputi uterus menjadi bundar, uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke arah segmen bawah rahim, tali pusat bertambah panjang, terdapat semburan darah tiba-tiba.²⁹

Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda di bawah ini :

- a) Perubahan bentuk uterus dan tinggi fundus uteri.
 - (1) setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan umum tinggi fundus uteri di bawah pusat.
 - (2) Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berubah bentuk menjadi seperti buah pear/ alpukat dan tinggi fundus uteri menjadi di atas pusat.
- b) Tali pusat bertambah panjang
- c) Terjadi semburan darah secara tiba-tiba perdarahan (bila pelepasan plasenta secara Duncan/ dari pinggir)

Masalah/komplikasi yang dapat muncul pada kala tiga adalah retensio plasenta, plasenta lahir tidak lengkap, perlukaan jalan lahir. Pada kasus retensio plasenta, tindakan manual plasenta hanya dapat dilakukan dengan pertimbangan terdapat perdarahan.²⁸ Plasenta dan selaput ketuban harus diperiksa secara teliti setelah dilahirkan, bagian plasenta lengkap atau tidak. Bagian permukaan maternal yang normal memiliki 6 sampai 20 kotiledon. Jika plasenta tidak lengkap maka disebut ada sisa plasenta serta dapat mengakibatkan perdarahan yang banyak dan infeksi.²³

Macam-macam Pelepasan Plasenta:²⁴

a) Mekanisme *Schultz*

Pelepasan plasenta yang dimulai dari bagian tengah sehingga terjadi bekuan retroplasenta.

b) Mekanisme *Duncan*

Terjadi pelepasan plasenta dari pinggir atau bersamaan dari pinggir dan tengah plasenta. Hal ini mengakibatkan terjadi semburan darah sebelum plasenta lahir.

Pemeriksaan Pelepasan Plasenta:²²

a) Perasat *Kustner*

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

b) Perasat *Strassman*

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

c) Perasat *Klein*

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

4) Kala IV (Kala Pengawasan)

Kala empat merupakan tahapan persalinan berupa tindakan observasi 2 jam pertama post partum, sejak plasenta lahir sampai keadaan ibu menjadi stabil. Pemantauan dilakukan karena banyak perdarahan terjadi pada 2 jam pertama persalinan.²⁹

a) Perubahan psikologis kala empat

Pada kala empat ini hubungan dengan ibu dan bayi semakin melekat. Pada satu jam pertama yang disebut “periode sensitif maternal” yaitu masa terjadinya bonding, yaitu suatu proses untuk membentuk ikatan dengan bayi. Jalinan hubungan ibu dengan bayi ini dapat difasilitasi oleh bidan. Proses bonding attachment ini dapat dilakukan dengan cara langsung mendekapkan bayi dan langsung di susukan pada ibu.²⁸

b) Pemantauan dan evaluasi lanjut kala empat

(1) Tekanan darah dan nadi

Tekanan darah yang normal adalah $<140/90$ mmHg. Sebagian ibu mempunyai tekanan darah $<90/60$ mmHg. Jika denyut nadinya normal, maka tekanan darah yang rendah seperti ini tidak akan menjadi masalah. Akan tetapi, jika tekanan darah $<90/60$ mmHg dan nadi >100 x/menit, maka ini mengindikasikan suatu masalah. Pantau tekanan darah, dan nadi setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua kala empat. Jika ada temuan yang tidak normal, tingkatkan observasi dan penilaian kondisi ibu.²⁸

(2) Suhu

Suhu tubuh normal adalah $<38^{\circ}\text{C}$, apabila suhu ibu mencapai $>38^{\circ}\text{C}$, kemungkinan yang terjadi adalah infeksi atau dehidrasi. Pantau suhu tubuh setiap jam dalam dua jam pertama pasca persalinan. Jika meningkat, pantau dan tatalaksana sesuai apa yang diperlukan.²⁸

(3) Tinggi fundus uteri dan kontraksi uterus

Palpasi uterus untuk menentukan tonus dan tinggi fundus uteri. Uterus akan terasa lembek jika tidak berkontraksi dengan baik. Tinggi fundus uteri yang normal segera setelah persalinan adalah setinggi umbilikus. Jika ibu tersebut sudah

berkali-kali melahirkan anak, atau jika anaknya adalah kembar atau bayi yang besar, maka tinggi fundus uteri yang normal adalah diatas umbilicus. Bidan harus mengetahui batasan tinggi fundus uteri yang lebih tinggi. Jika tinggi fundus uteri lebih tinggi dari normal, bidan perlu melakukan langkah-langkah yang spesifik. Apabila tinggi fundus uteri lebih tinggi dari normal disebabkan oleh kandung kemih yang penuh, maka bidan harus membantu ibu untuk mengosongkannya.

Masase uterus bertujuan untuk merangsang uterus agar berkontraksi dengan baik. Lakukan masase uterus setiap 15 menit selama satu jam pertama setiap 30 menit selama satu jam kedua kala empat. Ajarkan ibu dan keluarganya bagaimana menilai kontraksi uterus dan jumlah darah yang keluar dan bagaimana melakukan masase jika uterus menjadi lembek. Jika ada temuan yang tidak normal, lakukan penanganan lanjut.²⁸

(4) Darah (lokhia)

Nilai jumlah darah yang keluar. Periksa perineum dan vagina setiap 15 menit selama satu jam pertama dan 30 menit selama satu jam kedua pada kala empat.

(5) Kandung kemih

Pantau kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua kala empat.

(6) Perineum

Perhatikan dan temukan penyebab perdarahan dari laserasi atau robekan perineum dan vagina. Nilai perluasan laserasi perineum. Laserasi diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekan. Bidan mempunyai kewenangan untuk melakukan penjahitan laserasi/robekan derajat 2

(7) Klasifikasi derajat laserasi perineum

- (a) Derajat satu : mukosa fagina, fourchette posterior, kulit perineum.
- (b) Derajat dua : mukosa fagina, fourchette posterior, kulit Perineum, otot perineum.
- (c) Derajat tiga : mukosa fagina, fourchette posterior, kulit Perineum, otot perineum, otot sfingter ani eksternal
- (d) Derajat empat : mukosa fagina, fourchette posterior, kulit Perineum, otot perineum, otot sfingter ani Eksternal, dinding rektum anterior.

e. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan adalah:²²

1) *Power* (Kekuatan Ibu)

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligamen. Kekuatan primer yang diperlukan dalam persalinan adalah his, sedangkan sebagai kekuatan sekundernya adalah tenaga meneran ibu. His atau kontraksi uterus adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan. His dibedakan menjadi dua yakni his pendahuluan dan his persalinan. His pendahuluan atau his palsu (*false labor pains*), yang sebetulnya hanya merupakan peningkatan dari kontraksi *braxton hicks*. His ini bersifat tidak teratur dan menyebabkan nyeri di perut bagian bawah dan lipat paha, tidak menyebabkan nyeri yang memancar dari pinggang ke perut bagian bawah. His pendahuluan tidak mempunyai pengaruh terhadap serviks. His persalinan merupakan suatu kontraksi dari otot-otot rahim yang fisiologis, akan tetapi bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya dan bersifat nyeri. Kontraksi rahim bersifat otonom yang artinya tidak dipengaruhi oleh kemauan, namun dapat dipengaruhi dari luar misalnya rangsangan oleh jari-jari tangan.²⁴

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

Kekuatan sekunder tidak mempengaruhi dilatasi serviks, tetapi setelah dilatasi serviks lengkap, kekuatan ini cukup penting untuk mendorong janin keluar. Apabila dalam persalinan melakukan *valsava maneuver* (meneran) terlalu dini, dilatasi serviks akan terhambat. Meneran akan menyebabkan ibu lelah dan menimbulkan trauma pada serviks

2) *Passage* (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, *vagina*, dan *introitus* (lubang vagina). Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya dengan jalan lahir yang relatif kaku. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai. Tulang panggul dibentuk oleh gabungan tulang *ilium*, tulang *ischium*, tulang pubis, dan tulang-tulang *sacrum*.

Panggul memiliki empat bidang yang menjadi ciri khas dari jalan lahir yakni pintu atas panggul (PAP), bidang terluas panggul, bidang tersempit panggul, dan pintu bawah panggul. Jalan lahir merupakan corong yang melengkung ke depan panjangnya 4,5 cm dan belakang 12,5 cm. Pintu atas panggul menjadi pintu bawah panggul seolah-olah berputar 90° terjadi pada bidang tersempit panggul. Pintu bawah panggul bukan merupakan satu bidang tetapi dua bidang segitiga.

Pintu atas panggul (PAP) merupakan bagian dari *pelvis minor* yang terbentuk dari *promontorium*, tulang *sakrum*, *linea terminalis*, dan pinggir atas *simfisis*. Jarak antara *simfisis* dan *promontorium* sekitar 11 cm disebut *konjugata vera*. Jarak terjauh garis melintang pada PAP adalah 12,5 sampai 13 cm yang disebut diameter transversa.

Bidang dengan ukuran terbesar atau bidang terluas panggul merupakan bagian yang terluas dan berbentuk seperti lingkaran. Bidang ini memiliki batas anterior yakni pada titik tengah permukaan belakang tulang pubis. Pada lateral sepertiga bagian atas dan tengah *foramen obturatorium*, sedangkan batas posterior pada hubungan antara vertebra sakralis kedua dan ketiga.

Bidang dengan ukuran terkecil atau bidang tersempit panggul merupakan bidang terpenting dalam panggul yang memiliki ruang yang paling sempit dan di tempat ini paling sering terjadi macetnya persalinan. Bidang ini terbentang dari *apeks* sampai *arcus subpubis* melalui *spina ichiadica* ke *sakrum*, biasanya dekat dengan perhubungan antara vertebra sakralis ke-4 dan ke-5. Bidang tersempit panggul memiliki batas-batas yakni pada tepi bawah *simfisis pubis*, garis putih pada *fascia* yang menutupi *foramen obturatorium*, *spina ischiadica*, *ligamentum sacro spinosum*, dan tulang *sakrum*.

Pintu bawah panggul ialah batas bawah panggul sejati. Dilihat dari bawah, struktur ini berbentuk lonjong, seperti intan, di bagian anterior dibatasi oleh lengkung *pubis*, di bagian lateral dibatasi oleh *tuberositas ishium*, dan di bagian posterior dibatasi oleh ujung *koksigeus*.

Bidang hodge berfungsi untuk menentukan sampai dimana bagian terendah janin turun ke panggul pada proses persalinan. Bidang hodge tersebut antara lain:

- a) Hodge I merupakan bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas *simfisis* dan *promontorium*.
 - b) Hodge II yakni bidang yang sejajar Hodge I setinggi bagian bawah *simfisis*.
 - c) Hodge III yakni bidang yang sejajar Hodge I setinggi *spina ischiadica*.
 - d) Hodge IV merupakan bidang yang sejajar Hodge I setinggi tulang *koksigis*.²²
- 3) *Passenger* (Janin dan Plasenta)

Perubahan mengenai janin sebagai *passenger* sebagian besar adalah mengenai ukuran kepala janin, karena kepala merupakan bagian terbesar dari janin dan paling sulit untuk dilahirkan. Adanya celah antara bagian-bagian tulang kepala janin memungkinkan adanya penyisipan antara bagian tulang sehingga kepala janin dapat mengalami perubahan bentuk dan ukuran, proses ini disebut *molase*.²²

a) Kepala Janin

Kepala janin adalah bagian yang terpenting karena dalam persalinan perbandingan antara besarnya kepala dan luasnya panggul merupakan hal yang menentukan. Jika kepala dapat melalui jalan lahir, bagian-bagiannya dapat menyusul dengan mudah.

b) Letak janin dalam uterus

Letak dalam uterus sangat penting dalam diagnosis persalinan. Beberapa letak seperti lintang dan letak dahi tidak dapat lahir spontan, jika tidak diperbaiki maka berbahaya bagi ibu maupun janin. Istilah letak anak dalam ilmu kebidanan mengandung 4 pengertian:

c) Presentasi

Presentasi digunakan untuk menentukan apa yang menjadi bagian terendah janin, yang dijumpai ketika palpasi pada

kehamilan atau pemeriksaan dalam pada persalinan. Misalnya: Presentasi pada palpasi kehamilan : kepala, sungsang. Presentasi pada pemeriksaan dalam : belakang kepala

d) Posisi

Adalah letak salah satu bagian anak yang tertentu terhadap dinding perut atau jalan lahir. Misalnya: pada pemeriksaan dalam presentasi pada palpasi kehamilan: Punggung kiri

e) Letak/situs

ialah letak sumbu panjang anak terhadap sumbu panjang ibu. Misalnya letak memanjang atau membujur yaitu sumbu janin sejajar dengan sumbu ibu. Ini bisa letak kepala, atau letak sungsang. Letak lintang, yaitu janin tegak lurus pada sumbu ibu. Misalnya: letak memanjang, letak melintang.

f) Habitus/sikap

Menunjukkan letak bagian-bagian anak satu terhadap yang lain. Janin pada umumnya berada dalam sikap fleksi, dimana kepala, tulang punggung, dan kaki dalam keadaan fleksi. Lengan bersilang di dada. Misalnya: fleksi

Plasenta dan tali pusat memiliki struktur berbentuk bundar atau hampir bundar dengan diameter 15 cm sampai 20 cm dan tebal 2 cm sampai 2-2,5 cm, berat rata-rata 500 gram, terletak di depan atau di belakang dinding uterus ke atas arah fundus. Bagian plasenta yang menempel pada desidua terdapat kotiledon disebut pars maternal, dan dibagian ini tempat terjadinya pertukaran darah ibu dan janin. Tali pusat merupakan bagian yang sangat penting untuk kelangsungan hidup janin meskipun tidak menutup kemungkinan bahwa tali pusat juga menyebabkan penyulit persalinan misalnya pada kasus lilitan tali pusat.²²

Air ketuban atau amnion merupakan elemen yang penting dalam proses persalinan. Air ketuban ini dapat dijadikan acuan

dalam menentukan diagnosa kesejahteraan janin. Amnion melindungi janin dari trauma atau benturan, memungkinkan janin bergerak bebas, menstabilkan suhu tubuh janin agar tetap hangat, menahan tekanan uterus, dan pembersih jalan lahir.²²

4) Psikologis

Faktor psikologis yang mempengaruhi persalinan yaitu:²⁴

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

5) Penolong

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin, dalam hal ini tergantung dari kemampuan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan.²⁴

3. Sectio Caesarea

a. Definisi

Sectio caesarea adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gr, melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh (intact)³⁰ Bedah sesar adalah sebuah bentuk melahirkan anak dengan melakukan sebuah irisan pembedahan yang menembus abdomen seorang ibu dan uterus untuk mengeluarkan satu bayi atau lebih. Cara ini biasanya dilakukan ketika kelahiran melalui vagina akan mengarah pada komplikasi-komplikasi, kendati cara ini semakin umum sebagai pengganti kelahiran normal.¹⁴ Dapat disimpulkan bahwa sectio caesarea adalah pengeluaran hasil konsepsi dengan cara pembedahan yang menembus abdomen sampai ke uterus.

b. Indikasi

Berdasarkan waktu dan pentingnya dilakukan sectio caesarea, maka dikelompokkan 2 kategori.³¹

1) Kategori 1 atau emergency

Dilakukan sesegera mungkin untuk menyelamatkan ibu atau janin. Contohnya abrupsi plasenta, atau penyakit parah janin lainnya.

2) Kategori 2 atau urgent

Dilakukan segera karena adanya penyulit namun tidak terlalu mengancam jiwa ibu maupun janinnya. Contohnya distosia.

Menurut Impey dan Child.³² mengelompokkan 2 kategori, yaitu emergency dan elective caesarean section. Disebut emergency apabila adanya abnormalitas pada power atau tidak adekuatnya kontraksi uterus. Passenger bila malposisi atau malpresentasi. Serta Passage bila ukuran panggul sempit atau adanya kelainan anatomi.

Indikasi Ibu

- a) Panggul Sempit Absolut
- b) Tumor yang dapat mengakibatkan Obstruksi
- c) Plasenta Previa
- d) Ruptura Uteri
- e) Disfungsi Uterus
- f) Solutio Plasenta

Indikasi Janin

- a) Letak Lintang
- b) Presentasi Bokong
- c) Presentasi Ganda atau Majemuk
- d) Gawat Janin
- e) Ukuran Janin

Indikasi Ibu dan Janin

- a) Gemeli atau Bayi Kembar
- b) Riwayat Sectio Caesarea
- c) Preeklampsia dan Eklampsia

c. Komplikasi

Kemungkinan komplikasi dilakukannya pembedahan SC menurut Wiknjosastro:¹⁰

1) Infeksi puerperal

Komplikasi yang bersifat ringan seperti kenaikan suhu tubuh selama beberapa hari dalam masa nifas yang bersifat berat seperti peritonitis, sepsis.

2) Perdarahan

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

3) Komplikasi lain seperti luka kandung kemih, kurang kuatnya jaringan parut pada dinding uterus sehingga bisa terjadi ruptur uteri pada kehamilan berikutnya

4) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang diberikan pada pasien Post SC diantaranya:

- a) Penatalaksanaan secara medis
- b) Analgesik diberikan setiap 3 – 4 jam atau bila diperlukan seperti Asam Mefenamat, Ketorolak, Tramadol.
- c) Pemberian transfusi darah bila terjadi perdarahan partum yang hebat.
- d) Pemberian antibiotik seperti Cefotaxim, Ceftriaxone dan lain-lain. Walaupun pemberian antibiotika sesudah Sectio Caesaria efektif dapat dipersoalkan, namun pada umumnya pemberiannya dianjurkan.
- e) Pemberian cairan parenteral seperti Ringer Laktat dan NaCl.

Penatalaksanaan secara kebidanan

- a) Periksa dan catat tanda – tanda vital setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan 30 menit pada 4 jam kemudian.
- b) Perdarahan dan urin harus dipantau secara ketat

c) Mobilisasi.

Pada hari pertama setelah operasi penderita harus turun dari tempat tidur dengan dibantu paling sedikit 2 kali. Pada hari kedua penderita sudah dapat berjalan ke kamar mandi dengan bantuan.

d) Pemulangan.

Jika tidak terdapat komplikasi penderita dapat dipulangkan pada hari kelima setelah operasi

4. Bayi Baru Lahir

a. Definisi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir adalah bayi yang baru lahir selama satu jam pertama kelahiran.³³ Bayi baru lahir normal adalah berat lahir antara 2500-4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan kongenital (cacat bawaan yang berat).³³

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan lebih dari atau sama dengan 37 minggu dengan berat lahir 2500-4000 gram.³⁴

b. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir :³³

- 1) Berat badan 2500-4000 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) Pernafasan $\pm$ 40-60 kali/menit
- 7) Kulit kemerahan dan licin karena jaringan subkutan cukup
- 8) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- 9) Kuku agak panjang dan lemas
- 10) Genitalia;
Perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora
Laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada

- 11) Refleks hisap dan menelan sudah terbentuk
- 12) Refleks *morrow* atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik
- 13) Refleks *graps* atau menggenggam sudah baik
- 14) Refleks *rooting* mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut terbentuk dengan baik
- 15) Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan.

Tabel 6. Tanda APGAR

Tanda	Nilai : 0	Niali : 1	Nilai : 2
<i>Appearance</i> (warna kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
<i>Pulse</i> (denyut jantung)	Tidak ada	<100	>100
<i>Grimace</i> (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
<i>(Activity)</i> (aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
<i>Respiration</i> (pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis

Interprestasi :

- 1) Nilai 1-3 asfiksia berat
- 2) Nilai 4-6 asfiksia sedang
- 3) Nilai 7-10 asfiksia ringan (normal)

c. Periode Transisi

Karakteristik perilaku terlihat nyata selama jam transisi segera setelah lahir. Masa transisi ini mencerminkan suatu kombinasi respons simpatik terhadap tekanan persalinan (tachypnea, tachycardia) dan respons parasimpatik (sebagai respons yang diberikan oleh kehadiran mucus, muntah, dan gerak peristaltic). Periode transisi dibagi menjadi 3, yaitu:³⁴

1) Reaktivitas I (The First Period of Reactivity)

Dimulai pada masa persalinan dan berakhir setelah 30 menit. Selama periode ini detak jantung cepat dan pulsasi tali pusar jelas. Warna kulit terlihat sementara sianosis atau akrosianosis. Selama periode ini mata bayi membuka dan bayi memperlihatkan perilaku siaga. Bayi mungkin menangis, terkejut atau terpaku. Selama

periode ini setiap usaha harus dibuat untuk memudahkan kontak bayi dan ibu. Membiarkan ibu memegang bayi untuk mendukung proses pengenalan. Beberapa bayi akan disusui selama periode ini.

Bayi sering mengeluarkan kotoran dengan seketika setelah persalinan dan suara usus pada umumnya terdengar setelah usia 30 menit. Bunyi usus menandakan sistem pencernaan berfungsi dengan baik. Keluarnya kotoran sendiri, tidak menunjukkan kehadiran gerak peristaltic hanya menunjukkan bahwa anus dalam keadaan baik. Lebih jelas dapat dilihat karakteristiknya, yaitu:

- a) Tanda-tanda vital bayi baru lahir sebagai berikut: frekuensi nadi cepat dengan irama yang tidak teratur, frekuensi pernapasan mencapai 80x/menit, irama tidak teratur dan beberapa bayi mungkin dilahirkan dengan keadaan pernapasan cuping hidung, ekspirasi mendengkur serta adanya retraksi.
- b) Fluktuasi warna dari merah jambu pucat ke sianosis.
- c) Bising usus biasanya tidak ada, bayi biasanya tidak berkemih ataupun tidak mempunyai pergerakan usus selama periode ini.
- d) Bayi baru lahir mempunyai sedikit jumlah mukus, menangis kuat, refleks hisap yang kuat. Tips khusus, selama periode ini mata bayi terbuka lebih lama daripada hari-hari selanjutnya, saat ini adalah waktu yang paling baik untuk memulai proses periode perlekatan karena bayi baru lahir dapat mempertahankan kontak mata untuk waktu yang lama.

2) Fase tidur (Period of Unresponsive Sleep)

Berlangsung selama 30 menit sampai 2 jam persalinan. Tingkat pernapasan menjadi lebih lambat. Bayi dalam keadaan tidur, suara usus muncul tapi berkurang. Jika mungkin, bayi tidak diganggu untuk pengujian utama dan jangan memandikannya. Selama masa tidur memberikan kesempatan pada bayi untuk memulihkan diri dari proses persalinan dan periode transisi ke kehidupan diluar uterus.

3) Periode Reaktivitas II (The second Period of Reactivity)/Transisi ke-III

Berlangsung selama 2 sampai 6 jam setelah persalinan. Jantung bayi labil dan terjadi perubahan warna kulit yang berhubungan dengan stimulus lingkungan. Tingkat pernapasan bervariasi tergantung pada aktivitas. Neonatus mungkin membutuhkan makanan dan harus menyusu. Pemberian makan awal penting dalam pencegahan hipoglikemia dan stimulasi pengeluaran kotoran dan pencegahan penyakit kuning. Pemberian makan awal juga menyediakan kolonisasi bakteri isi perut yang mengarahkan pembentukan vitamin K oleh traktus intestinal. Neonatus mungkin bereaksi terhadap makanan pertama dengan cara memuntahkan susu bersama mucus. Ibu harus diajari cara menyendawakan bayinya.

Setiap mucus yang terdapat selama pemberian makan awal dapat berpengaruh terhadap kecukupan pemberian makanan, terutama jika mucus berlebihan. Kehadiran mucus yang banyak mungkin mengindikasikan masalah seperti esofagial atresia, mucus bernoda empedu menunjukkan adanya penyakit pada bayi dan pemberian makan perlu ditunda, sehingga penyebabnya diselidiki secara menyeluruh.

Periode transisi ke kehidupan ekstrauterin berakhir setelah periode kedua reaktivitas. Hal ini terjadi sekitar 2-6 jam setelah persalinan. Kulit dan saluran pencernaan neonatus belum terkolonisasi oleh beberapa tipe bacteria. Oleh karena itu, neonatal jangan diproteksi dari bacteria menguntungkan. Semua perawat harus mencuci tangan dan lengan bawah selama 3 menit dengan sabun antibakteria sebelum menyentuh bayi. Aktivitas ini merupakan proteksi yang berguna terhadap infeksi neonatal. APGAR SCORE harus dinilai selama periode ini.

d. Adaptasi Fisiologi Bayi Baru Lahir terhadap Kehidupan di Luar Uterus.³⁵

1) Sistem Pernapasan

Struktur matang ranting paru-paru sudah bisa mengembangkan sistem alveoli. Selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi. Rangsangan gerakan pernafasan pertama:

- a) Tekanan mekanik dan torak sewaktu melalui jalan lahir (stimulus mekanik)
- b) Penurunan PaO₂ dan kenaikan PaCO₂ merangsang kemoreseptor yang terletak di sinus karotikus (stimulus kimiawi)
- c) Rangsangan dingin di daerah muka dan perubahan suhu di dalam uterus (stimulus sensorik)

Pernapasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir. Usaha bayi pertama kali untuk mempertahankan tekanan alveoli, selain adanya surfaktan yang dengan menarik nafas dan mengeluarkan nafas dengan merintih sehingga udara tertahan di dalam. Respirasi pada neonatus biasanya bernafas diafragmatik dan abdominal, sedangkan frekuensi dan dalam tarikan belum teratur. Apabila surfaktan berkurang, maka alveoli akan kolaps dan paru-paru kaku sehingga terjadi atelaktasis, dalam keadaan anoksia neonatus masih dapat mempertahankan hidupnya karena adanya kelanjutan metabolisme anaerobik.

Tabel 7. Perkembangan Sistem Pulmoner

Umur Kehamilan	Perkembangan
24 hari	Bakal paru-paru terbentuk
26-28 hari	Dua bronki membesar
6 minggu	Dibentuk segmen bronkus
12 minggu	Diferensiasi lobus
16 minggu	Dibentuk bronkiolus
24 minggu	Dibentuk alveolus

28 minggu	Dibentuk surfaktan
34-36 minggu	Maturasi struktur (paru-paru dapat mengembangkan sistem alveoli dan tidak mengempis)

2) Sirkulasi darah

Pada masa fetus darah dari plasenta melalui vena umbilikal is sebagian ke hati, sebagian langsung ke serambi kiri jantung, kemudian ke bilik kiri jantung. Dari bilik kiri darah dipompa melalui aorta ke seluruh tubuh. Dari bilik kanan darah di pompa sebagian ke paru dan sebagian melalui duktus arteriosus ke aorta. Setelah bayi lahir, paru akan berkembang mengakibatkan tekanan arteri ol dalam paru menurun. Tekanan pada jantung kanan turun, sehingga tekanan pada jantung kiri lebih besar daripada tekanan jantung kanan yang mengakibatkan menutupnya foramen ovale secara fungsional.

Hal ini terjadi pada jam-jam pertama setelah melahirkan. Oleh karena tekanan dalam paru turun dan tekanan dalam aorta desenden naik karena rangsangan biokimia (PaO_2 yang naik), duktus arteriosus akan berobliterasi, ini terjadi pada hari pertama. Aliran darah paru pada hari pertama 4-5 liter per menit/ m^2 . Aliran darah sistolik pada hari pertama rendah yaitu 1.96 liter per menit/ m^2 dan bertambah pada hari kedua dan ketiga (3,54 liter/ m^2) karena penutupan duktus arteriosus.

3) Metabolisme

Luas permukaan tubuh neonatus, relatif lebih luas dari tubuh orang dewasa sehingga metabolisme basal per KgBB akan lebih besar, sehingga BBL harus menyesuaikan diri dengan lingkungan baru sehingga energi diperoleh dari metabolisme karbohidrat dan lemak. Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua, energi berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapat susu sekitar hari keenam, energi 60% didapatkan dari lemak dan 40% dari karbohidrat.

4) Keseimbangan air dan fungsi ginjal

Tubuh BBL mengandung relatif banyak air dan kadar natrium relatif lebih besar dari kalium karena ruangan ekstraseluler luas, fungsi ginjal belum sempurna karena:

- a) Jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa
- b) Ketidak seimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal
- c) Renal *blood flow* relatif kurang bila dibandingkan dengan orang dewasa

5) Immunoglobulin

Pada neonatus tidak terdapat sel plasma pada sumsum tulang dan lamina propia ilium dan apendiks. Plasenta merupakan sawar sehingga fetus bebas dari antigen dan sters imunologis. Pada BBL hanya terdapat gamma globulin G, sehingga imunologi dapat melalui plasenta karena berat molekulnya kecil. Tetapi bila ada infeksi yang dapat melalui plasenta reaksi imunologis dapat terjadi dengan pembentukan sel plasma dan antibodi gama A, G dan M.

6) Traktus digestivus

Traktus digestivus relatif lebih berat dan lebih panjang dibandingkan dengan orang dewasa. Pada neonatus traktus digestivus mengandung zat yang berwarna hitam kehijauan yang terdiri dari mukopolisakarida dan disebut mekonium. Pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa.

7) Hati

Segera setelah lahir, hati menunjukkan perubahan kimia dan morfologis, yaitu kenaikan kadar protein dan penurunan kadar lemak dan glikogen. Sel hemopoetik juga mulai berkurang, walaupun memakan waktu lama. Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir.

8) Keseimbangan asam basa

Keseimbangan asam basa adalah homeostasis dari kadar ion hidrogen dalam tubuh. Aktivitas sel tubuh memerlukan keseimbangan asam basa. Keseimbangan asam basa tersebut dapat diukur dengan pH. Dalam keadaan normal pH cairan tubuh 7,35-7,45. Keseimbangan asam basa dapat dipertahankan melalui proses metabolisme. Derajat keasaman (pH) darah pada bayi baru lahir rendah karena glikolisis anaerobik. Dalam 24 jam neonatus telah mengkompensasi asidosis ini.

9) Sistem thermoregulasi

- a) Bayi baru lahir belum dapat mengatur suhu, sehingga akan mengalami stress dengan adanya perubahan lingkungan.
- b) Saat bayi masuk ruang bersalin masuk lingkungan lebih dingin.
- c) Suhu dingin menyebabkan air ketuban menguap lewat kulit, sehingga mendinginkan darah bayi.

Pada lingkungan yang dingin, terjadi pembentukan suhu tanpa mekanisme menggigil merupakan jalan utama bayi yang kedinginan untuk mendapatkan panas tubuh. Pembentukan suhu tanpa mekanisme menggigil merujuk pada penggunaan lemak coklat untuk produksi panas.

- a) Timbunan lemak coklat terdapat pada seluruh tubuh, mampu meningkatkan panas sebesar 100%.
- b) Untuk membakar lemak coklat bayi membutuhkan glukosa guna mendapatkan energi yang mengubah lemak menjadi panas.
- c) Lemak coklat tidak dapat diproduksi ulang oleh bayi baru lahir.

Cadangan lemak coklat akan habis dalam waktu singkat karena stress dingin. Semakin lama usia kehamilan, semakin banyak persediaan lemak coklat pada bayi. Bayi yang kedinginan akan mengalami hipoglikemia, hipoksia dan asidosis. Pencegahan kehilangan panas menjadi prioritas utama dan bidan wajib meminimalkan kehilangan panas pada bayi baru lahir.

- a) Fungsi otak memerlukan jumlah glukosa tertentu
- b) Pada bayi baru lahir, glukosa darah akan turun dalam waktu cepat.
- c) Koreksi penggunaan gula darah dapat terjadi 3 cara :
 - (1) Melalui penggunaan ASI (setelah lahir bayi didorong untuk secepat mungkin menyusu pada ibunya)
 - (2) Melalui penggunaan cadangan glikogen (glikogenolisis)
 - (3) Melalui pembuatan glukosa dari sumber lain terutama lemak (glukoneogenesis) Bayi baru lahir tidak dapat menerima makanan dalam jumlah yang cukup akan membuat glukosa dari glikogen (glukoneogenesis). Hal ini dapat terjadi jika bayi mempunyai persediaan glikogen yang cukup. Bayi yang sehat akan menyimpan glukosa dalam bentuk glikogen, terutama dalam hati selama bulan-bulan terakhir kehidupan di rahim.
 - (4) Bayi lahir yang mengalami hipotermia yang mengakibatkan hipoksia akan menggunakan persediaan glikogen dalam jam pertama kehidupannya.
 - (5) Sangat penting menjaga kehangatan bayi segera setelah lahir.
 - (6) Jika persediaan glukosa digunakan pada jam pertama kehidupannya maka otak dalam keadaan berisiko.

Bayi baru lahir yang kurang bulan, lewat bulan, hambatan pertumbuhan dalam rahim/IUGR dan stress janin merupakan risiko utama, karena simpanan energi berkurang atau digunakan sebelum lahir. Gejala hipoglikemia tidak khas dan tidak jelas. Gejala hipoglikemia tersebut antara lain : kejang-kejang halus, sianosis, apne, tangis lemah, letargi, lunglai, menolak makanan. Akibat jangka panjang hipoglikemia adalah kerusakan yang tersebar seluruh sel-sel otak.

e. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir atau neonatus di bagi dalam beberapa klasifikasi yaitu³⁶:

- 1) Neonatus menurut masa gestasinya:
 - a) Kurang bulan (preterm infant) : < 259 hari (37 minggu)
 - b) Cukup bulan (term infant) : 259-294 hari (37-42 minggu)
 - c) Lebih bulan (post term infant) : > 294 hari (42 minggu atau lebih)
- 2) Neonatus menurut berat badan 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 (NCB/NKB/NLB)
 - b) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)

f. Penatalaksanaan Perawatan Neonatus Esensial pada saat Lahir

Kewaspadaan Umum (*Universal Precaution*) :

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

a) Persiapan Diri

Sebelum dan setelah bersentuhan dengan bayi, cuci tangan dengan sabun kemudian keringkan dan memakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan

b) Persiapan Alat

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

c) Persiapan Tempat

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

d) Penilaian Awal

Segera setelah lahir, letakan bayi di atas kain yang bersih dan kering yang sudah disiapkan diatas perut ibu. Apabila tali pusat pendek, maka letakkan bayi di antara kedua kaki ibu, pastikan bahwa tempat tersebut dalam keadaan bersih dan kering. Segera lakukan penilaian awal pada bayi baru lahir:

- (1)Apakah bayi bernafas dan/ atau menangis kuat tanpa kesulitan?
- (2)Apakah bayi bergerak aktif?
- (3)Bagaimana warna kulit, apakah berwarna kemerahan ataukah ada sianosis?

(4) Apabila bayi mengalami kesulitan bernafas maka lakukan tindakan resusitasi pada bayi baru lahir.

2) Pemotongan dan perawatan tali pusat

a) Memotong dan Mengikat Tali Pusat

(1) Klem, potong dan ikat tali pusat dua menit pasca bayi lahir. Penyuntikan oksitosin pada ibu dilakukan sebelum tali pusat dipotong.

(2) Lakukan penjepitan ke-1 tali pusat dengan klem logam DTT 3 cm dari dinding perut (pangkal pusat) bayi. Dari titik jepitan, tekan tali pusat dengan dua jari kemudian dorong isi tali pusat ke arah ibu (agar darah tidak terpancar pada saat dilakukan pemotongan tali pusat). Lakukan penjepitan ke-2 dengan jarak 2 cm dari tempat jepitan ke-1 ke arah ibu.

(3) Pegang tali pusat di antara kedua klem tersebut, satu tangan menjadi landasan tali pusat sambil melindungi bayi, tangan yang lain memotong tali pusat di antara kedua klem tersebut dengan menggunakan gunting DTT atau steril.

(4) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya

(5) Lepaskan klem logam penjepit tali pusat dan masukkan ke dalam larutan klorin 0,5%.

(6) Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk upaya Inisiasi Menyusu Dini.

b) Nasihat untuk Merawat Tali Pusat

(1) Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan tali pusat.

(2) Jangan membungkus puntung tali pusat atau mengoleskan cairan atau bahan apapun ke puntung tali pusat. Nasihatkan hal ini juga kepada ibu dan keluarganya.

- (3) Berikan nasihat pada ibu dan keluarga untuk melipat popok di bawah puntung tali pusat.
- (4) Luka tali pusat harus dijaga tetap kering dan bersih, sampai sisa tali pusat mengering dan terlepas sendiri.
- (5) Jika puntung tali pusat kotor, bersihkan (hati-hati) dengan air DTT dan sabun dan segera keringkan secara seksama dengan menggunakan kain bersih.
- (6) Perhatikan tanda-tanda infeksi tali pusat: kemerahan pada kulit sekitar tali pusat, tampak nanah atau berbau. Jika terdapat tanda infeksi, nasihati ibu untuk membawa bayinya ke fasilitas kesehatan.

3) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Rangsangan hisapan bayi pada puting susu ibu akan diteruskan oleh serabut saraf ke hipofise anterior untuk mengeluarkan hormon prolaktin. Prolaktin akan mempengaruhi kelenjar asinus untuk memproduksi asi dari alveoli. Semakin sering bayi menghisap puting susu maka akan semakin banyak prolaktin dan asi di produksi. Penerapan inisiasi menyusui dini (IMD) akan memberikan dampak positif bagi bayi, antarlain menjalin atau memperkuat ikatan emosional antara ibu dan bayi, memberikan kekebalan pasif yang segera kepada bayi melalui kolostrum, merangsang kontraksi uterus.

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 menyusui. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusui pertama biasanya berlangsung pada menit ke- 45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusui 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.³⁶

4) Pencegahan Kehilangan Panas

Saat lahir, mekanisme pengaturan suhu tubuh pada BBL, belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak segera dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka BBL dapat mengalami hipotermia. Bayi dengan hipotermia, berisiko tinggi untuk mengalami sakit berat atau bahkan kematian. Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relatif hangat. Bayi prematur atau berat lahir rendah lebih rentan untuk mengalami hipotermia. Walaupun demikian, bayi tidak boleh menjadi hipertermia (temperatur tubuh lebih dari 37,5°C)

a) Mekanisme Kehilangan Panas

Bayi Baru Lahir dapat kehilangan panas tubuhnya melalui cara-cara berikut:

- (1) Evaporasi adalah kehilangan panas akibat penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri. Hal ini merupakan jalan utama bayi kehilangan panas. Kehilangan panas juga terjadi jika saat lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan atau terlalu cepat dimandikan dan tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti.
- (2) Konduksi adalah panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi

(pemindahan panas dari tubuh bayi ke objek lain melalui kontak langsung). Contoh:

- (a) Menimbang bayi tanpa alas timbangan.
- (b) Tangan penolong yang dingin memegang Bayi Baru Lahir.
- (c) Menggunakan stetoskop dingin untuk pemeriksaan Bayi Baru Lahir.

(3) Konveksi adalah panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang tergantung pada kecepatan dan suhu udara). Contoh:

- (a) Membiarkan atau menempatkan BBL dekat jendela.
- (b) Membiarkan BBL di ruang yang terpasang kipas angin.

(4) Radiasi adalah panas dipancarkan dari BBL, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 objek yang mempunyai suhu berbeda). Contoh:

- (a) Bayi Baru Lahir dibiarkan dalam ruangan AC tanpa diberikan pemanas (radiant warmer).
- (b) Bayi Baru Lahir dibiarkan dalam keadaan telanjang.
- (c) Bayi Baru Lahir ditidurkan berdekatan dengan ruang yang dingin, misalnya dekat tembok.

b) Mencegah Kehilangan Panas

Cegah terjadinya kehilangan panas melalui upaya berikut:

(1) Ruang bersalin yang hangat

Suhu ruangan minimal 25°C. Tutup semua pintu dan jendela.

(2) Keringkan tubuh bayi tanpa membersihkan verniks

Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Verniks akan membantu menghangatkan tubuh bayi. Segera ganti handuk basah dengan handuk atau kain yang kering.

- (3) Letakkan bayi di dada atau perut ibu agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi

Setelah tali pusat dipotong, letakkan bayi tengkurap di dada atau perut ibu. Luruskan dan usahakan kedua bahu bayi menempel di dada atau perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi sedikit lebih rendah dari puting payudara ibu.

- (4) Inisiasi Menyusu Dini

- (5) Gunakan pakaian yang sesuai untuk mencegah kehilangan panas

Selimuti tubuh ibu dan bayi dengan kain hangat yang sama dan pasang topi di kepala bayi. Bagian kepala bayi memiliki permukaan yang relatif luas dan bayi akan dengan cepat kehilangan panas jika bagian tersebut tidak tertutup.

- (6) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir.

Lakukan penimbangan setelah satu jam kontak kulit ibu ke kulit bayi dan bayi selesai menyusu. Karena Bayi Baru Lahir cepat dan mudah kehilangan panas tubuhnya (terutama jika tidak berpakaian), sebelum melakukan penimbangan, terlebih dulu selimuti bayi dengan kain atau selimut bersih dan kering.

Berat bayi dapat dinilai dari selisih berat bayi pada saat berpakaian atau diselimuti dikurangi dengan berat pakaian atau selimut. Bayi sebaiknya dimandikan pada waktu yang tepat yaitu tidak kurang dari enam jam setelah lahir dan setelah kondisi stabil. Memandikan bayi dalam beberapa jam pertama setelah lahir dapat menyebabkan hipotermia yang sangat membahayakan kesehatan Bayi Baru Lahir.

- (7) Rawat Gabung

Ibu dan bayi harus tidur dalam satu ruangan selama 24 jam. Idealnya BBL ditempatkan di tempat tidur yang sama

dengan ibunya. Ini adalah cara yang paling mudah untuk menjaga agar bayi tetap hangat, mendorong ibu segera menyusui bayinya dan mencegah paparan infeksi pada bayi.

(8) Resusitasi dalam lingkungan yang hangat

Apabila bayi baru lahir memerlukan resusitasi harus dilakukan dalam lingkungan yang hangat.

(9) Transportasi hangat

Bayi yang perlu dirujuk, harus dijaga agar tetap hangat selama dalam perjalanan.

(10) Pelatihan untuk petugas kesehatan dan Konseling untuk keluarga

Meningkatkan pengetahuan petugas kesehatan dan keluarga tentang hipotermia meliputi tanda-tanda dan bahayanya.³⁴

c) Pencegahan Perdarahan

Semua bayi baru lahir diberi vitamin K1 (phytomenadione) injeksi 1 mg intramuskular setelah proses IMD dan bayi selesai menyusui untuk mencegah perdarahan Bayi Baru Lahir akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian Bayi Baru Lahir.

d) Pencegahan Infeksi Mata

Salep atau tetes mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan setelah proses IMD dan bayi selesai menyusui. Salep atau tetes mata tersebut mengandung tetrasiklin 1% atau antibiotik lain. Upaya pencegahan infeksi mata kurang efektif jika diberikan > 1 jam setelah kelahiran.

e) Pemberian Imunisasi

Imunisasi adalah suatu cara memproduksi imunitas aktif buatan untuk melindungi diri melawan penyakit tertentu dengan cara memasukkan suatu zat ke dalam tubuh melalui penyuntikan atau secara oral. Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk

mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu ke bayi. Imunisasi hepatitis B (Hb0) pertama diberikan 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1, pada saat bayi baru berumur 2 jam. Lakukan pencatatan dan anjurkan ibu untuk kembali untuk mendapatkan imunisasi berikutnya sesuai jadwal pemberian imunisasi.

f) Pemberian Identitas

Semua bayi baru lahir di fasilitas kesehatan harus segera mendapatkan tanda pengenal berupa gelang yang dikenakan pada bayi dan ibunya untuk menghindari tertukarnya bayi, sebaiknya dilakukan segera setelah IMD. Gelang pengenal berisi identitas nama ibu dan ayah, tanggal, jam lahir dan jenis kelamin. Apabila fasilitas memungkinkan juga dilakukan cap telapak kaki bayi pada rekam medis kelahiran. Undang-undang nomor 23 tahun 2002 tentang perlindungan anak menyatakan bahwa setiap anak berhak atas identitas diri. Tenaga kesehatan sebagai penolong persalinan menuliskan keterangan lahir untuk digunakan orang tua dalam memperoleh akta kelahiran bayi.

g) Pemulangan Bayi Lahir Normal

Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan seharusnya dipulangkan minimal 24 jam setelah lahir apabila selama pengawasan tidak dijumpai kelainan. Sedangkan pada bayi yang lahir di rumah bayi dianggap dipulangkan pada saat petugas kesehatan meninggalkan tempat persalinan. Pada bayi yang lahir normal dan tanpa masalah petugas kesehatan meninggalkan tempat persalinan paling cepat 2 jam setelah lahir. Petugas melakukan pemeriksaan lengkap untuk memastikan bayi dalam keadaan baik, dan harus memberikan konseling tanda bahaya dan perawatan bayi baru lahir. Serta memberi tahu jadwal kunjungan neonatus yaitu 1 kali pada umur 1-3 hari, 1 kali pada

umur 4-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari. Tanda bahaya yang harus diperhatikan adalah:

- (1) Tidak mau minum atau memuntahkan semua atau
- (2) Kejang atau
- (3) Bergerak hanya jika dirangsang atau
- (4) Napas cepat (≥ 60 kali /menit) atau
- (5) Napas lambat (< 30 kali /menit) atau
- (6) Tarikan dinding dada kedalam yang sangat kuat atau
- (7) Merintih atau
- (8) Teraba demam (suhu aksila $> 37.5^{\circ}\text{C}$) atau
- (9) Teraba dingin (suhu aksila $< 36^{\circ}\text{C}$) atau
- (10) Nanah yang banyak di mata atau
- (11) Pusar kemerahan meluas ke dinding perut atau
- (12) Diare atau
- (13) Tampak kuning pada telapak tangan dan kaki

h) Pemberian ASI Eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berusia 0-6 bulan dan jika memungkinkan dilanjutkan dengan pemberian ASI dan makanan pendamping sampai usia 2 tahun. Pemberian ASI eksklusif mempunyai dasar hukum yang diatur dalam SK Menkes Nomor 450/Menkes/SK/IV/2004 tentang pemberian ASI Eksklusif pada bayi 0-6 bulan. Setiap bayi mempunyai hak untuk dipenuhi kebutuhan dasarnya seperti Inisiasi Menyusu Dini (IMD), ASI Eksklusif, dan imunisasi serta pengamanan dan perlindungan bayi baru lahir dari upaya penculikan dan perdagangan bayi.

5. Nifas

a. Definisi Masa Nifas

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

bulan.¹ Masa nifas (puerperium) dimaknai sebagai periode pemulihan segera dimulai setelah kelahiran bayi dan plasenta serta mencerminkan keadaan fisiologi ibu, terutama ketika sistem reproduksi kembali seperti mendekati keadaan sebelum hamil.³⁷

Masa nifas tau *purpureum* adalah setelah kala IV sampai dengan enam minggu berikutnya (pulihnya alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil). Akan tetapi seluruh otot genitalia baru pulih kembali seperti sebelum ada kehamilan dalam waktu 3 bulan. Masa ini merupakan periode kritis baik bagi ibu maupun bayinya, maka perlu diperhatikan.³⁸

Masa nifas merupakan masa penting bagi ibu maupun bayi baru lahir karena dalam masa ini, perubahan besar terjadi dari sisi perubahan fisik, emosi, dan kondisi psikologi ibu.

b. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Tujuan Asuhan Masa Nifas yaitu:

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayi baik fisik maupun psikologisnya
- 2) Melaksanakan skrining yang komprehensif
- 3) Mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya
- 4) Memberikan pendidikan kesehatan, tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi dan perawatan bayi sehat.
- 5) Memberikan pelayanan keluarga berencana.³⁹

c. Tahapan Masa Nifas

Menurut Sri Astuti, masa nifas terbagi dalam 3 tahap, yaitu:⁴⁰

1) Tahap *Immediate Puerperium*/ Puerperium Dini

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

karena itu, kita sebagai bidan harus dengan teratur melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran *lochea*, tekanan darah, suhu, dan keadaan ibu.

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

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

3) Tahap *Late Puerperium/ Remote Puerperium*

Late Puerperium adalah 6 minggu sesudah melahirkan, pada periode ini seorang bidan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan secara berkala serta konseling KB. Biasanya bidan yang ada di desa melakukan kunjungan rumah atau ibu yang datang memeriksakan kesehatannya di posyandu atau puskesmas.

d. Fisiologis Masa Nifas

Dalam masa nifas, alat-alat genitalia interna maupun eksterna akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan-perubahan alat-alat genitalia ini dalam keseluruhannya disebut *involusi*. Adaptasi perubahan fisik masa nifas, yaitu:⁴¹

1) Involusi uterus

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

Tabel 8. Perubahan normal uterus selama post partum

Involui uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 Gram
Plasenta lahir	Dua jari dibawah pusat	750 Gram
1 minggu	Pertengahan pusat dan simpisis	500 Gram
2 minggu	tak teraba	350 Gram
6 minggu	Berukuran normal seperti semula	50 Gram

Sumber: Prawirohardjo (2014)

2) *Lochea*

Akibat *involusi uteri*, lapisan *desidua* yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Percampuran antara desidua dan darah inilah yang di namakan *lochea*. *Lochea* adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai sifat basa/ alkali yang membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal.⁴² Jenis-jenis lochia:

a) *Lochea Rubra*

Berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel *desidua*, vernik caseosa, lanugo dan mekonium, selama dua hari pasca persalinan.

b) *Lochea Sanguinolenta*

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

c) *Lochea Serosa*

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

d) *Lochea Alba*

Cairan putih setelah 2 minggu.

e) *Lochea Purulenta*

Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah dan berbau busuk.

Tabel 9. Perubahan Lochea

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah
Sanguinolenta	3-7 hari	Putih bercampur Merah	Sisa darah bercampur lender
Serosa	7-14 hari	Kekuningan/ Kecoklatan	Lendir bercampur darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi

			plasenta.
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati
Lochia Purulenta			Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk
Lochia stasis			Tidak lancar keluarnya

Sumber: Anggraini (2010).

3) Vulva, vagina dan perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan *rugae* dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol. *Rugae* kembali timbul pada minggu ketiga. *Hymen* tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi karunkulae mitiformis yang khas pada wanita *multipara*. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan sebelum saat persalinan pertama. Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan maupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Kondisi vagina setelah persalinan akan tetap terbuka lebar, ada kecenderungan vagina mengalami bengkak dan memar serta nampak ada celah antara introitus vagina. Tonus otot vagina akan kembali pada keadaan semula dengan tidak ada pembengkakan dan celah vagina tidak lebar pada minggu 1-2 hari pertama post partum. Pada minggu ketiga post partum *rugae* vagina mulai pulih menyebabkan ukuran vagina menjadi lebih kecil. Dinding vagina menjadi lebih lunak serta lebih besar dari biasanya

sehingga ruang vagina akan sedikit lebih besar dari keadaan sebelum melahirkan.⁴³ Perineum pada saat proses persalinan ditekan oleh kepala janin, sehingga perineum menjadi kendur dan teregang. Tonus otot perineum akan pulih pada hari kelima postpartum meskipun masih kendur dibandingkan keadaan sebelum hamil.⁴⁴

4) Serviks

Perubahan yang terjadi pada serviks uteri setelah persalinan adalah menjadi sangat lunak, kendur dan terbuka seperti corong. Korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks uteri tidak berkontraksi sehingga seolah-olah terbentuk seperti cincin pada perbatasan antara korpus uteri dan serviks uteri.⁴³

Tepi luar serviks yang berhubungan dengan *ostium uteri eksterna* (OUE) biasanya mengalami laserasi pada bagian lateral. Ostium serviks berkontraksi perlahan, dan beberapa hari setelah persalinan ostium uteri hanya dapat dilalui oleh 2 jari. Pada akhir minggu pertama, ostium uteri telah menyempit, serviks menebal dan kanalis servikalis kembali terbentuk. Meskipun proses involusi uterus telah selesai, OUE tidak dapat kembali pada bentuknya semula saat nullipara. Ostium ini akan melebar, dan depresi bilateral pada lokasi laserasi menetap sebagai perubahan yang permanen dan menjadi ciri khas servis pada wanita yang pernah melahirkan.¹¹

5) Sistem pencernaan

Pasca melahirkan, kadar progesteron menurun dan faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal. Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah persalinan. Selain itu hal ini disebabkan pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, hemorroid, laserasi jalan lahir. Supaya buang air besar

kembali teratur dapat diberikan diet/ makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup. Bila usaha ini tidak berhasil dalam waktu 2 atau 3 hari dapat ditolong dengan pemberian gliserin spuit atau diberikan terapi pencahar lainnya.

6) Sistem perkemihan

Pada masa hamil, perubahan hormonal yaitu kadar steroid tinggi yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitu sebaliknya, pada pasca melahirkan kadar *steroid* menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air saat kehamilan.

7) Sistem hematologi

Leukositosis akan meningkat pada beberapa hari post partum, sehingga dianjurkan untuk mengajarkan pada ibu cara menjaga kebersihan genetalia. Jumlah hemoglobin dan hematokrit serta eritrosit akan bervariasi pada awal masa nifas sebagai akibat dari volume darah, volume plasma, dan volume sel darah yang berubah-ubah.

8) Sistem Kardiovaskular

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

Setelah persalinan, shunt akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan beban pada jantung, dapat menimbulkan

decompensation cordia pada penderita *vitum cordia*. Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala, umumnya hal ini terjadi pada hari ke-3 sampai ke-5 postpartum.

10) Sistem Musculoskeletal

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

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

11) Sistem endokrin

a) *Human Chorionic Gonadotropin* (HCG)

Human Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG menurun dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 postpartum dan sebagai onset pemenuhan *mammae* pada hari ke-3 postpartum.⁴⁵

b) *Hormon pituitary*

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

12) Payudara

Perubahan pada payudara dapat meliputi :

- a) Penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan hormon prolaktin setelah persalinan.
- b) Kolostrum sudah ada saat persalinan, produksi ASI terjadi pada hari ke-2 atau hari ke-3 setelah persalinan.

- c) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi.³⁹

13) Pembentukan air susu

Ada dua refleks dalam pembentukan air susu ibu yaitu :

a) Refleks prolactin

Pada akhir kehamilan hormon prolaktin memegang peranan untuk membuat kolostrum, namun jumlah kolostrum terbatas karena aktivitas prolaktin dihambat oleh estrogen dan progesterone yang kadarnya memang tinggi. Saat bayi menyusu, isapan bayi akan merangsang ujung-ujung saraf sensoris yang sebagai reseptor mekanik.

Rangsangan dilanjutkan ke hipotalamus melalui medulla spinalis hipotalamus akan menekan pengeluaran fakto-faktor yang menghambat sekresi prolaktin dan sebaliknya merangsang pengeluaran faktor-faktor yang memicu sekresi prolaktin. Sekresi prolaktin akan merangsang hipofisis anterior sehingga keluar prolaktin. Hormon ini merangsang sel-sel alveoli yang berfungsi untuk membuat air susu.

b) Refleks *letdown*

Bersama dengan pembentukan prolaktin oleh hipofisis anterior, rangsangan yang berasal dari isapan bayi ada yang dilanjutkan ke hipofisis posterior (*neurohipofisis*) yang kemudian dikeluarkan oksitosin. Melalui aliran darah, hormon ini diangkat menuju uterus yang dapat menimbulkan kontraksi uterus sehingga terjadi involusi. Kontraksi dari sel akan memeras air susu yang telah terbuat keluar dari alveolus dan masuk ke system duktus dan selanjutnya mengalir melalui duktus laktiferus masuk ke mulut bayi.

Faktor-faktor yang mempengaruhi peningkatan dan penghambat refleks *let down*:⁴⁶

(1) Peningkatan refleks let down:

- (a) Melihat bayi
- (b) Mendengarkan bayi
- (c) Mencium bayi
- (d) Memikirkan untuk menyusui bayi

(2) Penghambat refleks *let down* :

- (a) Keadaan bingung/ pikiran kacau
- (b) Takut
- (c) Cemas

e. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

1) Nutrisi dan Cairan

Mengonsumsi tambahan 500 kalori setiap hari, makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup, minum sedikitnya 3 liter air setiap hari, mengonsumsi pil zat besi untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pasca bersalin dan mengonsumsi kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayi melalui ASI nya.⁴²

2) Ambulasi

Ibu yang baru melahirkan biasanya tidak mau banyak bergerak karena merasa letih dan sakit. Namun, ibu harus dibantu turun dari tempat tidur dalam 24 jam pertama setelah kelahiran pervaginam untuk mencegah trombosis vena. Tujuan dari ambulasi dini adalah untuk membantu menguatkan otot-otot perut, mengencangkan otot dasar panggul sehingga memperbaiki sirkulasi darah ke seluruh tubuh.⁴²

3) Eliminasi BAK dan BAB

Hendaknya kencing dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang-kadang wanita mengalami sulit kencing, karena sfingter uretra ditekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi m.sphincter ani selama persalinan. Bila kandungan kemih penuh dan wanita

sulit kencing, sebaiknya dilakukan kateterisasi. Sulit BAB (konstipasi) dapat terjadi karena ketakutan akan rasa sakit, takut jahitan terbuka, atau karena adanya hemorroid. Buang air besar harus dilakukan 3-4 hari pasca pe-i-salinan. Bila masih sulit buang air besar dan terjadi obstipasi apalagi berak keras dapat diberikan obat laksans per oral atau per rektal. Jika belum bisa dilakukan klisma.⁴²

4) Kebersihan Diri dan Perineum

Menjaga kebersihan diri secara keseluruhan untuk menghindari infeksi baik pada luka jahitan maupun kulit. Menjaga kebersihan alat genitalia dengan membersihkan daerah vulva dari depan ke belakang setelah buang air kecil atau besar dengan sabun dan air. Kemudian daerah vulva sampai anus harus kering sebelum memakai pembalut setiap kali selesai buang air besar atau kecil. Pembalut diganti minimal 2 kali sehari, mencuci tangan dengan sabun dengan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelamin, menghindari menyentuh daerah luka episiotomi dan laserasi.⁴²

5) Istirahat

Anjurkan untuk mencegah kelelahan yang berlebihan, usahakan untuk rileks dan istirahat yang cukup, terutama saat bayi sedang tidur. Meminta bantuan suami dan keluarga jika ibu merasa lelah. Putarkan dan dengarkan lagu-lagu klasik pada saat ibu dan bayi istirahat untuk menghilangkan rasa tegang dan lelah.³ Anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan, Sarankan ibu untuk melakukan kembali kegiatan rumah tangga secara bertahap, tidur siang atau segera istirahat ketika bayi tidur. Kurang istirahat mempengaruhi ibu dalam beberapa hal (mengurangi produksi ASI, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan,

menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri).

6) Seksual

Secara fisik, untuk memulai hubungan seksual suami istri itu aman jika darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa ada rasa nyeri. Tetapi banyak juga budaya yang menunda hubungan seksual sampai masa nifas selesai. Keputusan itu tergantung pada pasangan yang bersangkutan.³⁹

7) Keluarga Berencana

Idealnya pasangan harus menunggu sekurang-kurangnya 2 tahun untuk ibu hamil kembali. Menggunakan kontrasepsi adalah cara aman untuk mencegah kehamilan terutama digunakan apabila ibu sudah haid lagi.³⁹

8) Latihan atau Senam Nifas

Setelah kekuatan pasien kembali dapat memulai latihan penanganan otot abdomen, selain itu untuk mengurangi rasa sakit pada otot, memperbaiki sirkulasi darah, mengencangkan otot perineum, melancarkan pengeluaran lochea dan mempercepat involusi. Melaksanakan senam nifas melalui beberapa tahapan dari yang paling ringan perlahan-lahan hingga pada gerakan yang agak berat .³⁹

9) Perawatan Payudara

Pemberian ASI jangan pilih kasih, hanya pada satu sisi, kedua payudara harus dikosongkan saat memberikan ASI sehingga kelancaran pembentukan ASI berjalan dengan baik. Puting susu perlu diperhatikan dan dibersihkan sebelum memberikan ASI, luka lecet pada puting susu dihindari sehingga mengurangi bahaya infeksi. Perawatan payudara dilakukan dengan tujuan untuk:

- a) Menjaga payudara tetap bersih dan kering
- b) Menggunakan BH yang menyokong payudara

- c) Apabila puting susu lecet oleskan ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan mulai dari puting susu yang tidak lecet.
- d) Apabila puting susu lecet dapat dihentikan pemberian ASI selama 24 jam. ASI tetap dikeluarkan dan diminumkan menggunakan sendok.
- e) Untuk menghilangkan nyeri dapat minum paracetamol 1 tablet setiap 4-6 jam.
- f) Apabila payudara bengkak akibat bendungan ASI maka lakukan kompres payudara dengan menggunakan kain basah dan hangat selama 5 menit, urut payudara dari arah pangkal menuju puting. keluarkan ASI sebagian dari bagian depan payudara sehingga puting susu menjadi lunak. kemudian susukan bayi setiap 2 jam sekali, letakkan kain dingin pada payudara setelah menyusui dan keringkan.
- g) Teknik Menyusui Yang Benar adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan perlekatan dan posisi ibu dan bayi dengan benar. Memposisikan secara benar adalah rahasia keberhasilan menyusui. Posisi yang baik akan memungkinkan bayi mencapai dan mempertahankan kelekatan di payudara. Dengan posisi yang baik dapat meningkatkan keberhasilan dan mencegah timbulnya masalah pada payudara.

f. Adaptasi Psikologis Masa Nifas

1) Perubahan emosi normal pada masa nifas

Pada masa nifas, selain perubahan fisik juga terdapat perubahan psikologis, antara lain:⁴⁷

- a) Perubahan emosi yang tidak konsisten, kadang bahagia kadang sedih.
- b) Ungkapan perasaan lega setelah melahirkan, baik normal maupun operasi.

- c) Perasaan tidak ingin jauh dari bayinya dan ingin merawat bersama pasangan.
 - d) Ketakutan terkait peran baru sebagai ibu.
 - e) Merasa lelah.
- 2) Fase perubahan psikologi ibu nifas setelah melahirkan. Ibu akan melewati tiga fase:^{47,48}

a) *Taking-in*

Fase bergantung atau *taking-in* terjadi pada 1-2 hari setelah melahirkan dimana ibu lebih fokus dengan kondisinya. Ibu sangat tertarik menceritakan pengalaman melahirkan. Ibu dapat bertingkah pasif dan bergantung kepada orang lain dalam hal istirahat, makan dan informasi tentang bayinya, bukan cara merawat bayi. Tingkah laku ini dapat diobservasi pada jam-jam pertama kelahiran.^{47,48} Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi.

b) *Taking-hold*

Pada waktu ini berlangsung selama 3-10 hari dimana ibu menginginkan keadaannya cepat pulih seperti keadaan sebelum melahirkan, meskipun dirinya masih merasakan kelelahan karena perubahan hormonal. Mulai fokus dengan kondisi bayinya. Adanya dukungan sangat berpengaruh besar untuk ibu dan keluarga. Jika terdapat stresor yang minim dukungan maka dengan mudah dapat timbul perasaan pesimis.^{47,48} Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan/ pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya. Tugas bidan yaitu mengajarkan cara perawatan bayi, cara menyusui yang benar, cara perawatan luka jahitan, senam nifas, pendidikan kesehatan gizi, istirahat, kebersihan diri dan lain-lain.

c) Fase *Letting-go*

Fase ini terjadi setelah 10 hari setelah melahirkan dimana ibu dan pasangan mulai beradaptasi dalam berperan sebagai orang tua baru. Kebutuhan akan istirahat masih diperlukan ibu untuk menjaga kondisi fisiknya. Dimulainya hubungan keintiman seksual, kebanyakan pada minggu ketiga atau keempat setelah melahirkan. Depresi pasca melahirkan umumnya terjadi pada fase ini.^{47,48}

Untuk *screening* depresi *postpartum* dapat digunakan kuesioner *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)* merupakan kuesioner dengan validitas yang teruji yang dapat mengukur intensitas perubahan perasaan depresi selama 7 (tujuh) hari pasca salin. Pertanyaan-pertanyaan berhubungan dengan labilitas perasaan, kecemasan, perasaan bersalah, keinginan untuk bunuh diri serta mencakup hal-hal lain yang terdapat pada depresi *postpartum*. Kuesioner *EPDS* terdiri dari 10 (sepuluh) pertanyaan, dimana setiap pertanyaan memiliki 4 (empat) pilihan jawaban yang mempunyai nilai skor dan harus dipilih satu sesuai dengan gradasi perasaan yang dirasakan ibu *postpartum*.

a) Pertanyaan 1, 2, dan 4

Mendapatkan nilai 0, 1, 2, atau 3 dengan kotak paling atas mendapatkan nilai 0 dan kotak paling bawah mendapatkan nilai 3

b) Pertanyaan 3,5 sampai dengan 10

Merupakan penilaian terbalik, dengan kotak paling atas mendapatkan nilai 3 dan kotak paling bawah mendapatkan nilai 0

c) Pertanyaan 10 merupakan pertanyaan yang menunjukkan keinginan bunuh diri.

d) Nilai maksimal : 30

e) Kemungkinan depresi: nilai 10 atau lebih

- f) Semakin tinggi skor yang didapat menyatakan semakin berat gangguan depresi yang dialami.

g. Program Pelayanan Nifas

Menurut Kemenkes RI (2020), pelayanan kesehatan ibu masa nifas dilakukan paling sedikit empat kali yaitu pada 6 jam -2 hari, 3-7 hari, 8-28 hari dan 29-42 hari.⁴⁹ tujuan kunjungan nifas untuk:

- 1) Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi.
- 2) Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan-kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya.
- 3) Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas.
- 4) Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas maupun bayinya. Asuhan yang diberikan sewaktu melakukan kunjungan masa nifas:

Tabel 10. Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Asuhan
I	6-8 jam postpartum	Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri.
		Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut.
		Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri.
		Pemberian ASI awal.
		Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
		Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi.
		Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.
II	6 hari postpartum	Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal.
		Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan.
		Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.
		Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi

		dan cukup cairan.
		Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui.
		Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.
III	2 minggu postpartum	Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.
IV	6 minggu postpartum	Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.
		Memberikan konseling KB secara dini.

Sumber: (Elisabeth, 2015)

7. Keluarga Berencana (KB)

a. Definisi KB

Keluarga berencana merupakan usaha untuk mengukur jumlah anak dan jarak kelahiran anak yang diinginkan. Maka dari itu, pemerintah mencanangkan program atau cara untuk mencegah dan menunda kehamilan.³⁹

b. Tujuan Program KB

Tujuan dilaksanakan program KB yaitu untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya.³⁹

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

1) Fase Menunda

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

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

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

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

2) Fase Menjarangkan

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

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

Ciri – ciri Kontrasepsi yang Sesuai

- a) Reversibilitas cukup tinggi karena peserta masih mengharapkan punya anak lagi

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

3) Fase Menghentikan

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

Alasan mengakhiri kesuburan adalah:

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

Ciri – ciri kontrasepsi yang diperlukan:

- a) Efektifitas sangat tinggi. Kegagalan menyebabkan terjadinya kehamilan risiko tinggi bagi ibu dan bayi. Selain itu akseptor memang tidak mengharapkan punya anak lagi.
- b) Dapat dipakai dalam jangka panjang
- c) Tidak menambah kelainan yang sudah ada. Pada usia tua, kelainan seperti penyakit jantung, darah tinggi, keganasan dan metabolik biasanya meningkat. Oleh karena itu sebaiknya tidak diberikan cara kontrasepsi yang menambah kelainan jantung.⁴⁰

c. Kebutuhan Pada Calon Akseptor KB

1) Konseling

Konseling adalah suatu proses pemberian informasi objektif dan lengkap, dilakukan secara sistematis dengan panduan sistematis interpersonal, teknik bimbingan dan penguasaan pengetahuan klinik yang bertujuan untuk membantu seseorang mengenali kondisinya saat ini, masalah yang sedang dihadapinya dan menentukan jalan keluar atau upaya dalam mengatasi masalah tersebut.¹⁷

Proses konseling yang benar, obyektif dan lengkap akan meningkatkan kepuasan, kelangsungan dan keberhasilan penggunaan berbagai metode kontrasepsi (PPIBI,2016:120). Dalam memberikan konseling, khususnya bagi calon akseptor KB yang baru, hendaknya dapat diterapkan enam langkah yang sudah dikenal dengan kata kunci SATU TUJU. Penerapan SATU TUJU tersebut tidak perlu dilakukan secara berurutan karena petugas harus menyesuaikan diri dengan kebutuhan klien. Kata kunci SATU TUJU adalah sebagai berikut:

- (1) SA: SApa dan Salam kepada klien secara terbuka dan sopan. Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara di tempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinkan klien untuk membangun rasa percaya diri. Tanyakan kepada klien apa yang perlu dibantu serta jelaskan pelayanan apa yang dapat diperolehnya.
- (2) T: Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya. Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi (KR), tujuan, kepentingan, harapan, serta keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya. Tanyakan kontrasepsi yang diinginkan oleh klien. Berikan

perhatian kepada klien apa yang disampaikan klien sesuai dengan kata-kata, gerak isyarat dan caranya. Coba tempatkan diri kita di dalam hati klien. Perlihatkan bahwa kita memahami. Dengan memahami pengetahuan, kebutuhan dan keinginan klien, kita dapat membantunya.

- (3) U: Uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa kontrasepsi. Bantulah klien pada jenis kontrasepsi yang paling diinginkan, serta jelaskan pula jenis-jenis kontrasepsi lain yang ada. Uraikan juga mengenai risiko penularan *Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immune Deficiency Syndrome* (HIV/AIDS) dan pilihan metode ganda.
- (4) TU: Bantulah klien menentukan pilihannya. Bantulah klien berpikir mengenai apa yang paling sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.
- (5) J: Jelaskan secara lengkap kepada klien bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya. Setelah klien memilih jenis kontrasepsi, jika diperlukan perlihatkan alat kontrasepsinya.
- (6) U: Perlunya kunjungan Ulang. Diskusikan dan buat kontrak dengan klien untuk melakukan pemeriksaan lanjutan atau permintaan kontrasepsi apabila dibutuhkan.

2) Penapisan Klien

Tujuan utama penapisan klien sebelum pemberian suatu metode kontrasepsi, untuk menentukan apakah ada: Kehamilan, Klien tidak hamil apabila:

- (1) Tidak senggama sejak haid terakhir
- (2) Sedang memakai metode efektif secara baik dan benar
- (3) Sekarang di dalam 7 hari pertama haid terakhir
- (4) Di dalam 4 minggu pasca persalinan
- (5) Dalam 7 hari pasca keguguran
- (6) Menyusui dan tidak haid
- (7) Keadaan yang membutuhkan perhatian khusus
- (8) Masalah (misalnya: *diabetes*, tekanan darah tinggi) yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut
Apabila klien menyusui dan kurang dari 6 minggu pasca persalinan maka pil kombinasi adalah metode pilihan terakhir.
- (9) Tidak cocok untuk pil progestin (minipil), suntikan *Depo medroxyprogesterone asetat* (DMPA) atau Norethindrone enanthate (NET-EN) atau susuk. Tidak cocok untuk suntikan progestin (DMPA atau NET-EN).

d. Kontrasepsi

1) Definisi Kontrasepsi

Kontrasepsi merupakan usaha-usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan. Usaha-usaha itu dapat bersifat sementara dan permanen.¹⁰ Kontrasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim.⁵⁰

2) Macam-macam Kontrasepsi

a) Metode Kontrasepsi Sederhana

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

servik. Sedangkan metode kontrasepsi sederhana dengan alat yaitu kondom, diafragma, cup serviks dan spermisida.⁵¹

b) Metode Kontrasepsi Hormonal

Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi 2 yaitu kombinasi (mengandung hormon progesteron dan estrogen sintetis) dan yang hanya berisi progesteron saja. Kontrasepsi hormonal kombinasi terdapat pada pil dan suntikan/injeksi. Sedangkan kontrasepsi hormone yang berisi progesteron terdapat pada pil, suntik dan *implant*.⁵¹

c) Metode Kontrasepsi dengan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

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

d) Metode Kontrasepsi Mantap

Metode kontrasepsi mantap terdiri dari 2 macam yaitu Metode Operatif Wanita (MOW) dan Metode Operatif Pria (MOP). MOW sering dikenal dengan *tubektomi* karena prinsip metode ini adalah memotong atau mengikat saluran *tuba/tuba falopi* sehingga mencegah pertemuan antara ovum dan sperma. Sedangkan MOP sering dikenal dengan nama *vasektomi*, *vasektomi* yaitu memotong atau mengikat saluran *vas deferens* sehingga cairan sperma tidak dapat keluar atau ejakulasi.⁵¹

e. Kontrasepsi Suntik

1) Pengertian

Kontrasepsi suntik merupakan alat kontrasepsi berupa cairan yang disuntikan ke dalam tubuh wanita secara periodic dan mengandung hormonal, kemudian masuk ke dalam pembuluh darah diserap

sedikit demi sedikit oleh tubuh yang berguna untuk mencegah timbulnya kehamilan.

2) Jenis

a) Suntikan Kombinasi

Tersedia dua jenis kontrasepsi suntik kombinasi yang berisi kombinasi antara progestin dan estrogen yaitu, 25 mg depo medroksiprogesteron asetat dan estradiol sypionate (Cyclofem) disuntikkan IM dalam sebulan sekali dan 50 mg norethindrone anantat dan 5 mg estradiol disuntikkan IM dalam sebulan sekali.

(1) Cara Kerja

Pada suntikan kombinasi untuk mencegah kehamilan cara kerja yang dilakukan hormon yang disuntikkan ke dalam tubuh adalah dengan menekan ovulasi; membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu; atrofi endometrium sehingga implantasi terganggu; dan menghambat transportasi gamet oleh tuba

(2) Kelebihan

Kelebihan yang didapatkan oleh akseptor KB suntik kombinasi adalah risiko terhadap kesehatan kecil, tidak berpengaruh terhadap hubungan suami istri, tidak diperlukan pemeriksaan dalam, klien tidak perlu menyimpan pil kontrasepsi, dan mengurangi kejadian amenorea.

(3) Keterbatasan

Keterbatasan yang mungkin dapat dialami oleh akseptor KB suntik kombinasi yaitu terjadi perubahan pada pola haid, seperti tidak teratur, spotting, atau perdarahan selama lebih dari 10 hari; mual, sakit kepala, nyeri payudara, namun keluhan ini akan hilang setelah suntikan kedua atau ketiga; ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan, karena

setiap 28 hari sekali klien harus datang ke pelayanan kesehatan untuk mendapatkan suntikan; penambahan berat badan; dan kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian.

(4) Indikasi

Suntikan kombinasi dapat digunakan oleh WUS umur reproduksi sehat (20-35 tahun), tidak menyusui, sering lupa minum pil kontrasepsi, dan mengalami nyeri haid hebat.

(5) Kontraindikasi

Kriteria yang tidak diperbolehkan untuk menggunakan suntikan kombinasi adalah WUS yang hamil atau dicurigai hamil, menyusui, umur lebih dari 35 tahun dan merokok, perdarahan yang belum jelas penyebabnya, mempunyai riwayat stroke dan hipertensi, mempunyai kelainan pada pembuluh darah yang menyebabkan migraine, dan WUS dengan kanker payudara.

b) Suntikan Progestin

Suntikan progestin merupakan jenis suntikan yang mengandung sintesa progestin. Terdapat dua jenis, yaitu Depo Provera, mengandung 150 mg Depo MedroxyProgesterone Asetat yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik IM, dan Depo Noristerat, mengandung 200 mg Noretindron Enantat, yang diberikan setiap 2 bulan secara IM.

(1) Cara Kerja

Cara kerja suntikan progestin sama dengan suntikan kombinasi yang diberikan setiap bulan yaitu dengan menekan ovulasi; membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu; atrofi endometrium sehingga implantasi terganggu; dan menghambat transportasi gamet oleh tuba

(2) Waktu pemasangan

Waktu mulai penggunaan kontrasepsi suntikan progestin menurut (Pinem, 2014) adalah setiap saat selama siklus haid, asal ibu tersebut diyakini tidak hamil, mulai hari pertama sampai hari ke 7 siklus haid. Pada ibu yang tidak haid, asalkan ibu tersebut tidak hamil, suntikan pertama, suntikan pertama dapat diberikan setiap saat. Selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh bersenggama. Perempuan yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan. Bila kontrasepsi sebelumnya dipakai dengan benar dan ibu tidak hamil, suntikan pertama dapat segera diberikan. Tidak perlu menunggu haid berikutnya datang. Bila ibu sedang menggunakan kontrasepsi lain dan ingin menggantinya dengan kontrasepsi suntikan yang lain, kontrasepsi yang akan diberikan dimulai pada saat jadwal kontrasepsi suntikan sebelumnya. Ibu yang menggunakan kontrasepsi non hormonal dan ingin menggantinya dengan kontrasepsi hormonal, kontrasepsi suntik dapat diberikan segera. Asal ibu tidak hamil, pemberiannya tidak perlu menunggu haid berikutnya datang.

(3) Kelebihan

Kelebihan yang didapatkan oleh akseptor KB suntik progestin diantaranya adalah pencegahan kehamilan jangka panjang, tidak berpengaruh terhadap hubungan suami istri, tidak memiliki pengaruh terhadap produksi ASI sehingga tidak mengganggu proses menyusui bagi ibu post partum, klien tidak perlu menyimpan pil kontrasepsi, dan menurunkan krisis anemia bulan sabit.

(4) Keterbatasan

Hal-hal yang kurang menyenangkan yang mungkin dialami oleh akseptor KB suntik progestin adalah terjadi gangguan haid, ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan, karena klien harus datang ke pelayanan kesehatan untuk mendapatkan suntikan, penambahan berat badan, serta kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian

(5) Indikasi

Suntikan progestin dapat digunakan oleh WUS umur reproduksi sehat (20-35 tahun), setelah melahirkan, menyusui, setelah abortus, sering lupa minum pil kontrasepsi, anemia defisiensi besi, ada masalah pembekuan darah, dan dalam terapi epilepsi.

(6) Kontraindikasi

Kriteria yang tidak diperbolehkan untuk menggunakan suntikan progestin adalah WUS yang hamil atau dicurigai hamil, perdarahan vaginam yang belum diketahui jelas penyebabnya, tidak bisa menerima adanya gangguan haid terutama amenorea, dan menderita kanker payudara atau mempunyai riwayat dalam keluarga.