

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

1. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil

Kajian kasus dilaksanakan pada tanggal 13 Juli 2021 jam 09.00 WIB di Puskesmas Srandakan.

Identitas Ibu dan Suami

Ibu		Suami	
Nama	: Ny.D	Nama	: Tn. Y
Umur	: 27 Tahun	Umur	: 37
Suku	: Jawa	Suku	: Jawa
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMK
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Swasta
Alamat	Godegan 006 Srigading		

Asuhan pada ibu hamil pertama dilakukan pada tanggal 13 Juli 2021 di ruang KIA. Seorang ibu bernama Ny. D berumur 27 tahun G1P0A₀Ah0 datang ke Puskesmas Srandakan untuk memeriksakan kehamilannya, Usia kehamilan 38⁺² minggu. Ibu tidak memiliki riwayat penyakit dan tidak memiliki alergi. Ibu mengatakan makan teratur dan tidak ada keluhan pada BAB dan BAK. HPHT 19 Oktober 2020, dan HPL 26 Juli 2021. Ny. D mengatakan ini merupakan kehamilan pertamanya dan tidak pernah keguguran. Ny. D sebelumnya belum pernah menggunakan kontrasepsi jenis apapun. Hasil pemeriksaan didapatkan TD : 120/70 mmHg, N: 80x/m, R: 20x/m, SB: 36,5⁰C. Dilakukan pemeriksaan fisik, BB: 59,9 kg, pemeriksaan abdomen palpasi didapatkan TFU: 31 cm, DJJ 136x/m teratur, punggung sebelah kanan, dan presentasi kepala, belum masuk PAP. Ny. R diberikan tablet tambah darah sebanyak 10 tablet diminum 1x1 secara teratur.

2. Asuhan Kebidanan Ibu hamil II

Dilakukan pada tanggal 2 Agustus 2021 jam 09.20 WIB di Puskesmas Srandakan Poli KIA.

Pada pertemuan kali ini Ny. D datang untuk memeriksakan kehamilannya. Usia kehamilan 41 minggu ibu merasa cemas dengan kehamilannya. Ibu mengatakan 1 hari yang lalu melakukan USG dengan dokter kandungan dan dokter mengatakan bahwa ibu mengalami kehamilan dengan DKP. ibu mengatakan janinnya aktif bergerak. KU : Baik, Kesadaran : CM, Dilakukan pengukuran TD: 112/72mmHg, N: 81x/m, R: 20x/m, SB: 36,6⁰ C, Berat Badan 60,4 kg. Dilakukan pemeriksaan abdomen dengan palpasi didapatkan TFU 1 jari bawah Px, punggung sebelah kanan, dan presentasi kepala, belum masuk panggul (Covergen). DJJ 149x/m teratur, ekstremitas: tidak oedem, tidak varises, TFU Mc Donald 31 cm. Penatalaksanaan yang dilakukan adalah memberitahu ibu untuk tidak perlu cemas dan memberi KIE tentang perlunya mengelola stress dengan lebih mendekatkan diri kepada Allah SWT. Selanjutnya ibu diberikan rujukan ke Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul karena kehamilannya sudah lewat waktu dan kepala janin belum masuk panggul bisa berbahaya terutama pada janin jika tidak segera ditangani.

3. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru lahir

Pada pertemuan kali ini dilakukan pada tanggal 4 Agustus 2021 pada jam 13.10 WIB Via *Whatsapp* Ibu mengatakan ibu mulai dirawat inap di Rumah Sakit pada tanggal 2 Agustus 2021, sebelumnya pada tanggal 2 Agustus 2021 setelah mendapat rujukan dari puskesmas ibu diantar suami ke Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul. Pada saat pemeriksaan kondisi ibu baik dan pada pemeriksaan USG tafsiran janin 3100 gram. Dokter memberikan edukasi kepada ibu akan dilakukakan SC.

Sesuai dengan data yang diperoleh ibu direncanakan operasi *Caesar* atas indikasi Postterm dan DKP. Penatalaksanaan yang dilakukan menjelaskan kepada ibu dan keluarga tentang prosedur yang akan dilakukan yang akan dilakukan dan meminta persetujuan tindakan. Ibu dan keluarga mengerti dan telah menandatangani informed consent. Setelah itu dilakukan persiapan operasi sesuai *advice* dokter, seperti meminta ibu puasa sejak jam 12 malam, dilakukan pemasangan infus dan kateter, serta pemberian antibiotik secara IV. Dokter merencanakan operasi pada jam 08.00 WIB. Ibu diantar ke ruang operasi dan segera dilakukan anestesi dan SC. Pada pukul 09.00 WIB, bayi lahir menangis kuat, BBL: 3000 gram, Pb: 51, jenis kelamin

laki-laki. Bayi diberikan salep mata dan injeksi Vit. K. setelah itu dilakukan observasi pasca operasi selama 2 jam. Tidak terjadi perdarahan ibu dipindahkan ke ruangan nifas.

4. Asuhan Kebidanan Ibu Nifas hari ke 3

Kunjungan keempat dilakukan Via *Whatsapp* pada tanggal 6 Agustus 2021 pukul 10.00 WIB. Ibu mengatakan masih sedikit nyeri pada luka jahitan pasca operasi dan bayi mau menetek tetapi payudara terasa bengkak. Ibu belum ber KB. Pola makan dan minum ibu teratur. BAB dan BAK ibu sudah lancar, ibu tidak merasakan demam atau pusing. pada kaki atau tangan tidak ada bengkak. Ibu sudah menyusui bayinya. Ibu dan suami senang dengan kelahiran anaknya suami dan keluarga sering membantu dalam mengurus anak.

Ibu mengatakan ASI sudah keluar, ibu mengatakan tidak puting yang lecet, merasa penuh pada payudara bagian kanan, pengeluaran cairan dari genitalia masih kemerahan yaitu lochea rubra. Sehingga dapat disimpulkan bahwa keadaan ibu normal dengan masalah nyeri pada luka bekas operasi dan payudara terasa penuh.

Penatalaksanaan pada pertemuan kali ini adalah memberi ibu bahwa kondisinya normal dan sehat, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri, KIE mengajarkan ibu teknik menyusui dengan benar bisa melihat tutorial di youtube juga, KIE ASI eksklusif, memberikan motivasi ibu untuk memberikan ASI secara on demand, KIE cara mengatasi payudara bengkak dengan cara kompres air hangat dan dingin ASI bisa diperah secara manual. KIE mengenai personal hygiene ibu nifas (membersihkan payudara dengan air hanya sebelum menyusui, cuci tangan dengan sabun sebelum dan sesudah kontak dengan bayi dan memegang kemaluan) KIE pada ibu mengenai makanan ibu nifas tidak ada pantangan dan sebaiknya makan makanan yang mengandung protein dan mineral.

5. Asuhan kebidanan pada ibu nifas hari ke 8

Pertemuan ini dilakukan secara online yaitu dengan cara chat via *whatsapp* pada tanggal 11 Agustus 2021. Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ibu mengatakan sulit tidur malam hari karena terbangun oleh tangisan bayi. Ibu mengatakan tidur siang ± 1 jam tidur malam ± 4 jam karena terkadang bayinya rewel di malam hari. Ibu sudah menyusui kurang lebih 2-3 jam

sekali di kedua payudara. Ibu BAK teratur, kurang lebih 6-7 kali perhari, ibu sudah BAB 1 hari 1 kali. Secara umum ibu mengatakan tidak ada keluhan pada payudara tidak ada pembengkakan dan pada puting tidak lecet, pada pengeluaran cairan lochea ibu sudah merasa seperti mens biasa pada kaki tidak ada pembengkakan.

Penatalaksanaan pada saat ini memberikan KIE cara perawatan payudara untuk mencegah payudara bengkak, puting susu lecet dan melancarkan produksi ASI. Memberi dukungan ibu untuk menyusui dan mengajak keluarga ibu untuk memberi kepercayaan diri ibu untuk menyusui bayinya, ASI ibu sudah keluar, jumlahnya cukup dan merupakan makanan terbaik untuk bayi. Memberi KIE pada ibu jika mengalami salah satu tanda bahaya atau komplikasi pada masa nifas dan bayi untuk segera kontrol ke fasilitas pelayanan kesehatan.

6. Asuhan kebidanan pada Neonatus hari ke 8

Dilakukan pada tanggal 11 Agustus Via WhatsApp. Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada bayinya dan bayi masih diberikan ASI eksklusif. Tidak dilakukan pengkajian data objektif dikarenakan pengkajian via WA. Bayi Ny D berusia 8 hari normal. Penatalaksanaan pada saat ini Memberitahu ibu cara perawatan bayi sehari-hari yaitu dengan menjaga kehangatan bayi, menjaga kebersihan bayi, menjaga kelembaban bayi dengan mengganti popok segera setelah anak BAK dan BAB. Evaluasi : Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan, Memberikan KIE supaya ibu melanjutkan pemberian ASI Eksklusif (ASI saja) hingga anak berusia 6 bulan. Evaluasi : Ibu mengatakan mengerti dan bersedia. Mengajukan ibu untuk melakukan imunisasi BCG untuk anaknya yakni mencegah terjadinya penyakit TBC, Mengingatkan ibu dan keluarga agar segera memanggil petugas kesehatan atau ibu segera membawa bayi ke fasilitas kesehatan jika terjadi tanda bahaya seperti kejang, badan bayi kuning, tali pusat kemerahan, demam, tampak biru pada ujung jari tangan, kaki atau mulut. Evaluasi: ibu dan keluarga mengerti dan akan segera membawa bayi ke fasilitas kesehatan bila terjadi tanda bayi sakit berat. Mengajukan ibu untuk memberi rangsangan kepada bayi dengan mengajak bayi mengobrol.

7. Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Hari ke 29

Dilakukan pada Hari Selasa tanggal 1 September 2021 Via Whatsapp.

Ibu mengatakan tidak ada keluhan. Ibu mengatakan ingin berKB tetapi masih belum dapat menentukan KB apa yang digunakan. data objektif tidak dilakukan 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 berKb 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.

8. Asuhan kebidanan pada Keluarga Berencana

Pertemuan ini dilakukan via *Handphone* pada tanggal 7 September 2021 Ibu mengatakan sudah berdiskusi dengan suami dan ingin menggunakan KB IUD, riwayat penggunaan KB ibu sebelumnya belum pernah menggunakan kontrasepsi jenis apapun. 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.

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.¹⁰ 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 (Sunarti, 2013)

b. Perubahan Fisiologi Trimester III

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

1) Minggu ke-28/bulan ke-7

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

2) Minggu ke-32/ bulan ke-8

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

3) Minggu ke-38/ bulan ke-9

Penurunan bayi ke dalam pelvis/panggul ibu (*lightening*). Plasenta setebal hampir 4 kali waktu usia kehamilan 18 minggu dan beratnya 0,5-0,6 kg. Sakit punggung dan sering BAK meningkat. Braxton Hicks meningkat karena serviks dan segmen bawah rahim disiapkan untuk persalinan.

c. Perubahan Psikologi Trimester III

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

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

d. Tanda Bahaya Kehamilan

Menurut Prawirohardjo, deteksi dini gejala dan tanda bahaya selama kehamilan merupakan upaya terbaik untuk mencegah terjadinya gangguan yang serius terhadap kehamilan ataupun keselamatan ibu hamil.⁵

1) Perdarahan pervaginam

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

2) Pre-Eklamsia

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

- a) Hiperfleksia
- b) Sakit kepala atau sefalgia yang tidak membaik dengan pengobatan umum.
- c) Gangguan penglihatan seperti pandangan mata kabur, skotomata, silau atau berkunang – kunang.
- d) Nyeri epigastrik.
- e) Oliguria (luaran kurang dari 500 ml/jam).

- f) Tekanan darah sistolik 20 – 30 mmHg dan diastolik 10 – 20 mmHg di atas normal.
- g) Proteinuria (>+1)
- h) Edema menyeluruh.

3) Nyeri Hebat di Daerah Abdominopelvikum

Bila hal tersebut di atas terjadi pada kehamilan trimester kedua atau ketiga dan disertai dengan riwayat dan tanda dibawah ini, maka 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:

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

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

- a) Perdarahan pervaginam pada hamil mudah dan hamil tua.
- b) Sakit kepala yang hebat.
- c) Penglihatan kabur.
- d) Bengkak kaki, tangan dan wajah, atau sakit kepala disertai kejang.
- e) Keluar cairan pervaginam (Air ketuban keluar sebelum waktunya).
- f) Janin dirasakan kurang bergerak dibandingkan sebelumnya.
- g) Nyeri perut yang hebat
- h) Demam tinggi.
- i) Muntah terus dan tidak mau makan

e. *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.

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 stimulasidan 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 (Permenkes RI, 2014).

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. Dalam pemberian antenatal terpadu, diharapkan ibu hamil dapat melakukan kontak dengan dokter setidaknya minimal 1 kali, yaitu: a. Kontak dengan dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi (SpOG) b. Kontak dengan dokter gigi. c. Kontak dengan dokter umum. d. Kontak dengan dokter paru-paru. e. Kontak dengan ahli gizi.

f. 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.

Tabel 1. Rekomendasi rentang peningkatan berat badan total ibu hamil. (Kemenkes RI, 2014)

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 aerola 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*). (Wiknjosastro, 2014)

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 *carries* dan *gingivitis*. (Wiknjosastro, 2014)

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 di anjurkan 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.

g. Kehamilan Postterm

1) Pengertian

Definisi internasional dari kehamilan lewat waktu yang diresmikan American Collage of Obstertricians and Gynecologistsn (2004) adalah kehamilan yang melewati 42 minggu lengkap (294 hari) atau lebih terhitung dari hari pertama haid terakhir. Definisi standar untuk kehamilan lewat bulan adalah 294 hari setelah hari pertama menstruasi terakhir, atau 280 hari setelah ovulasi. Istilah lewat bulan (postdate) digunakan karena tidak menyatakan secara langsung pemahaman mengenai lama kehamilan dan maturitas janin.(Goncalves & de Jesus, 2015)

2) Etiologi

Penyebab terjadinya kehamilan postterm adalah:

a) Pengaruh hormon

Penurunan hormon progesteron dalam kehamilan dipercaya merupakan kejadian perubahan endokrin yang penting dalam memacu proses biomolekuler pada persalinan dan meningkatkan sensitivitas uterus terhadap oksitosin, sehingga beberapa penulis menduga terjadinya kehamilan postterm adalah karena masih berlangsungnya pengaruh progesteron.

b) Teori oksitosin

Pemakaian oksitosin untuk induksi persalinan pada kehamilan postterm memberi kesan atau dipercaya bahwa oksitosin secara fisiologis memegang peranan penting dalam menimbulkan persalinan dan pelepasan oksitosin dari neurohipofisis ibu hamil yang kurang pada usia kehamilan lanjut diduga sebagai salah satu faktor penyebab kehamilan postterm.

c) Teori kortisol/ACTH janin

Dalam teori ini diajukan bahwa sebagai pemberi tanda untuk dimulainya persalinan adalah janin, diduga akibat peningkatan tiba-tiba kadar kortisol plasma janin. Kortisol janin akan mempengaruhi plasenta sehingga produksi progesteron berkurang dan memperbesar sekresi estrogen, selanjutnya berpengaruh terhadap peningkatan

produksi prostaglandin. Pada cacat bawaan janin anensefalus, hipoplasia adrenal janin, dan tidak adanya kelenjar hipofisis pada janin akan menyebabkan kortisol janin tidak diproduksi dengan baik sehingga kehamilan dapat berlangsung lewat bulan.

d) Saraf uterus

Tekanan pada ganglion serviksialis dan pleksus frankenhauser akan membangkitkan kontraksi uterus. Pada keadaan di mana tidak ada tekanan pada pleksus ini, seperti pada kelalaian letak, tali pusat pendek, dan bagian bawah masih tinggi. Kesemuanya di duga sebagai penyebab terjadinya kehamilan postterm.

e) Teori prostaglandin

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

f) Heriditer

Beberapa penulis menyatakan bahwa seorang ibu mengalami kehamilan postterm mempunyai kecenderungan untuk melahirkan lewat bulan pada kehamilan berikutnya.

3) Diagnosis

Diagnosis kehamilan postterm ditegakkan melalui:

a) Riwayat haid (HPHT)

Diagnosis dapat ditegakkan bila HPHT diketahui dengan pasti. Untuk HPHT yang dapat dipercaya. Diperlukan beberapa kriteria antara lain:

(1) Penderita harus yakin betul dengan HPHT-nya.

(2) Siklus 28 hari dan teratur.

(3) Tidak minum pil anti hamil setidaknya 3 bulan terakhir

Selanjutnya diagnosis ditentukan dengan menghitung menurut rumus Naegele. Berdasarkan riwayat haid, seorang dapat ditetapkan sebagai kehamilan postterm kemungkinannya adalah sebagai berikut:

b) Pemeriksaan ultrasonografi (USG)

c) Pemeriksaan amnioskopi

d) Tinggi fundus uteri (TFU)

Dalam trimester pertama pemeriksaan TFU serial dalam sentimeter (cm) dapat bermanfaat bila dilakukan secara berulang setiap bulan. Lebih dari 20 minggu, TFU dapat menentukan umur kehamilan secara kasar.

e) Pemeriksaan laboratorium

(1) Kadar lesitin atau spingomielin

Bila lesitin atau spingomielin dalam cairan amnion kadarnya sama, maka umur kehamilan sekitar 22 – 28 minggu, lesitin 1,2 kali kadar spingomielin: 29 – 32 minggu, pada kehamilan genap bulan rasio menjadi 2: 1. Pemeriksaan ini tidak dapat dipakai untuk menentukan kehamilan postterm, tetapi hanya digunakan untuk menentukan apakah janin cukup umur atau matang untuk dilahirkan yang berkaitan dengan mencegah kesalahan dalam tindakan pengakhiran kehamilan.

(2) Aktivitas tromboplastin cairan amnion (ACTA)

Hastwell berhasil membuktikan bahwa cairan amnion mempercepat waktu pembekuan darah. Aktivitas ini meningkat dengan bertambahnya usia kehamilan. Pada usia kehamilan 41-42 minggu, ACTA berkisar antara 45-46 detik sedangkan pada usia kehamilan lebih dari 42 minggu didapatkan ACTA kurang dari 45 detik. Bila didapatkan ACTA antar 42-46 detik, ini menunjukkan bahwa kehamilan sudah postterm.

(3) Sitologi cairan amnion

Pencegahan Nile blue sulphate dapat melihat sel lemak dalam cairan amnion. Apabila jumlah sel yang mengandung lemak melebihi 10% maka kehamilan diperkirakan sudah berusia 36 minggu dan apabila jumlahnya mencapai 50% atau lebih, maka usia kehamilan 39 minggu atau lebih.

(4) Sitologi vagina

Pemeriksaan sitologi vagina (indeks kariopiknotik > 20%) mempunyai 8 sensitivitas 75%. Perlu diingat bahwa

kematangan serviks tidak dapat dipakai untuk menentukan usia gestasi.

4) Pengaruh Terhadap Ibu dan Janin

a) Terhadap ibu

(1) Persalinan postterm dapat menyebabkan distosia karena aksi uterus tidak terkoordinir, Janin besar, dan Moulding (moulage) kepala kurang.

(2) Partus Lama

Kehamilan postdate akan menyebabkan terjadinya partus lama. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kehamilan post date banyak yang mengalami persalinan lama, ditandai dengan hasil analisa uji chi square dengan $\alpha=0,05$ menunjukkan nilai signifikansi $0,023 < \alpha=0,05$, sehingga ada hubungan antara kehamilan post date dengan terjadinya persalinan lama. Pada kehamilan post date dipengaruhi oleh faktor hormonal yaitu kadar estrogen dan progesteron yang tidak cepat turun, sehingga kepekaan uterus terhadap oksitosin berkurang sehingga mengakibatkan tidak timbulnya kontraksi (Hayati, 2017).

b) Terhadap bayi

Fungsi plasenta mencapai puncak pada kehamilan 38 minggu dan mulai menurun terutama setelah kehamilan 42 minggu. Hal ini dibuktikan dengan penurunan kadar estriol dan placentar laktogen. Rendahnya fungsi plasenta berkaitan dengan peningkatan kejadian gawat darurat janin dengan risiko lebih besar. Akibat dari proses penuaan plasenta, pemasokan makanan dan oksigen akan menurun di samping adanya spasme arteri spiralis. Sirkulasi utero placentar akan berkurang sampai dengan 50%. Beberapa pengaruh postterm terhadap janin antara lain sebagai berikut:

(1) Berat janin.

Bila terjadi perubahan anatomik yang besar maka terjadi penurunan berat janin. Dari penelitian Vorher tampak bahwa sesudah umur kehamilan 36 minggu grafik rata-rata pertumbuhan janin mendatar dan tampak adanya penurunan

sesudah 42 minggu. Namun seringkali plasenta masih dapat berfungsi dengan baik sehingga berat janin bertambah terus sesuai dengan bertambahnya umur kehamilan.

Penelitian menunjukkan terdapat hubungan antara berat janin dengan kehamilan postdate. Hasil analisis hubungan antara usia kehamilan dengan kejadian makrosomia diperoleh bahwa dari 29 sampel bayi makrosomia, 26 (89,7%) dilahirkan ibu dengan usia kehamilan postterm dan 3 (10,3%) dilahirkan ibu dengan usia kehamilan aterm. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,017$ ($<0,05$) maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara kehamilan postterm dengan kejadian makrosomia. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR = 4,426$ artinya wanita dengan kehamilan postterm mempunyai peluang 4,426 kali melahirkan bayi makrosomia dibandingkan dengan kehamilan aterm.

(2) Sindroma postmaturitas.

Dapat dikenali dengan ditemukannya beberapa gangguan pertumbuhan, dehidrasi, kulit kering, keriput seperti kertas (hilangnya lemak subkutan)

(3) Gawat janin atau kematian perinatal menunjukkan angka yang meningkat setelah kehamilan 42 minggu atau lebih, sebagian besar terjadi intrapartum. Kematian janin akibat kehamilan postterm terjadi 30% sebelum persalinan, 55% dalam persalinan dan 15% pascapartus. Komplikasi yang dapat dialami oleh bayi baru ialah suhu yang tak stabil, hipoglikemi, polisitemi, dan kelainan neurologik.

Tingginya angka kejadian stillbirth, menunjukkan besarnya akibat dari kehamilan postterm ini, hal ini diperburuk dengan penyakit penyerta yang diderita oleh ibu. Selain itu seiring dengan peningkatan usia kehamilan, area yang mengalami infark juga bertambah luas sehingga berefek pada kemampuan oksigenasinya kepada fetus, sehingga memungkinkan untuk terjadi hipoksia janin. Penelitian menemukan adanya bayi yang mengalami stillbirth yaitu

sebanyak 3 orang (7,5%). Semuanya adalah pasien rujukan yang telah mengalami IUFD. Dua ibu diantaranya memiliki penyakit penyerta seperti PEB dan hipertensi gestasional. Salah satunya telah memasuki usia kehamilan 44-45 minggu. Satu orang lagi mengalami partus yang tidak maju selama penanganan di daerah dan saat sampai di rumah sakit.

h. Dukungan Suami

Dukungan adalah menyediakan sesuatu untuk memenuhi kebutuhan orang lain. Dukungan juga dapat diartikan sebagai memberikan dorongan / motivasi atau semangat dan nasihat kepada orang lain dalam situasi pembuat keputusan.²² Kuntjoro dalam Fithriany, mengatakan bahwa pengertian dari dukungan adalah informasi verbal atau non verbal, saran, bantuan, yang nyata atau tingkah laku diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek didalam lingkungan sosialnya atau yang berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau berpengaruh pada tingkah laku penerimanya atau dukungan adalah keberadaan, kesediaan, kepedulian dari orang-orang yang diandalkan, menghargai dan menyayangi kita.

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

i. Kehamilan dengan DKP

Disproporsi kepala panggul yaitu suatu keadaan yang timbul karena tidak adanya keseimbangan antara panggul ibu dengan kepala janin disebabkan oleh panggul sempit, janin yang besar sehingga tidak dapat melewati panggul ataupun kombinasi keduanya (Cunningham, 2014).⁸ Dalam kasus DKP, jika kepala janin belum masuk ke dalam pintu atas panggul pada saat aterm, mungkin akan dilakukan seksio Caesarea karena risiko terhadap janin semakin besar apabila persalinan tidak semakin maju.

Apabila kepala janin telah masuk ke dalam pintu panggul, pilihannya adalah seksio Caesarea elektif atau percobaan persalinan (Wiknjosastro, 2009).

Ibu hamil dengan risiko tinggi terjadinya disproporsi kepala panggul seharusnya dibawa ke rumah sakit yang memiliki fasilitas ruangan operasi sebelum proses persalinan dimulai (Manuaba, 2012).

1) Etiologi

Sebab-sebab yang dapat menimbulkan kelainan panggul dapat dibagi (Mochtar, 2012), sebagai berikut:

a) Kelainan karena gangguan pertumbuhan

- (1) Panggul sempit seluruh: semua ukuran kecil
- (2) Panggul picak: ukuran muka belakang sempit, ukuran melintang biasa
- (3) Panggul sempit picak : semua ukuran kecil tetapi terlebih ukuran muka belakang
- (4) Panggul corong : pintu atas panggul biasa, pintu bawah panggul sempit.
- (5) Panggul belah : symphyse terbuka

b) Kelainan karena penyakit tulang panggul atau sendi-sendinya

- (1) Panggul rachitis : panggul picak, panggul sempit, seluruh panggul sempit picak dan lain-lain
- (2) Panggul osteomalacci : panggul sempit melintang
- (3) Radang articulatio sacroiliaca : panggul sempit miring

c) Kelainan panggul disebabkan kelainan tulang belakang

- (1) Kyphose didaerah tulang pinggang menyebabkan panggul corong
- (2) Sciliose didaerah tulang punggung menyebabkan panggul sempit miring.

d) Kelainan panggul disebabkan kelainan anggota bawah panggul. Salah satu anggota menyebabkan panggul sempit miring fraktura dari tulang panggul yang menjadi penyebab kelainan panggul. Penyebab Disproporsi Kepala Panggul juga dilihat dari faktor janin (Mochtar, 2012), sebagai berikut:

- (1) Janin Besar

Rata-rata bayi baru lahir dengan usia cukup bulan (37 minggu-42 minggu) berkisar antara 2.500 gram hingga 4.000 gram. Janin besar apabila >4.000 gram. Janin dapat terlahir besar karena beberapa faktor, yaitu pada ibu dengan diabetes gestational, post term atau pascamaturitas, faktor herediter, multiparitas. Janin besar disebut juga makrosomia atau bila lingkar kepala janin 37-40 cm, dan untuk persalinan pervaginam dilakukan pada janin dengan lingkar kepala <37 cm.

(2) Malpresentasi Kepala

Sikap janin yang fisiologis adalah badan dalam keadaan kifose dan menghasilkan sikap fleksi. Pada sikap ini akan menghasilkan presentasi belakang kepala. Dengan adanya malpresentasi kepala, seperti presentasi puncak kepala (defleksi ringan), presentasi dahi (defleksi sedang), dan presentasi muka (defleksi maksimum), maka kemungkinan akan menimbulkan kemacetan dalam persalinan. Hal ini disebabkan karena kepala tidak dapat masuk pintu panggul karena diameter kepala pada malpresentasi lebih besar dari diameter panggul.

2) Patofisiologi

Tulang – tulang panggul terdiri dari os koksa, os sakrum, dan os koksigis. Os koksa dapat dibagi menjadi os ilium, os ishium, dan os pubis. Tulang – tulang ini satu dengan lainnya berhubungan. Di depan terdapat hubungan antara kedua os pubis kanan dan kiri, disebut simfisis. Dibelakang terdapat artikulasio sakro- iliaka yang menghubungkan os sakrum dengan os ilium. Dibawah terdapat artikulasio sakro-koksigea yang menghubungkan os sakrum (tl panggul) dan os koksigis (tl.tungging).

Pada wanita, di luar kehamilan artikulasio ini hanya memungkinkan pergeseran sedikit, tetapi pada kehamilan dan waktu persalinan dapat bergeser lebih jauh dan lebih longgar, misalnya ujung koksigis dapat bergerak kebelakang sampai sejauh lebih kurang 2,5 cm. Hal ini dapat dilakukan bila ujung os koksigis menonjol ke depan

pada saat partus, dan pada pengeluaran kepala janin dengan cunam ujung os koksigis itu dapat ditekan ke belakang (Mochtar, 2012).

Secara fungsional, panggul terdiri dari dua bagian yaitu pelvis mayor dan pelvis minor. Pelvis mayor adalah bagian pelvis yang terletak diatas linea terminalis, disebut juga dengan false pelvis. Bagian yang terletak dibawah linea terminalis disebut pelvis minor atau true pelvis. Pada ruang yang dibentuk oleh pelvis mayor terdapat organ – organ abdominal selain itu pelvis mayor merupakan tempat perlekatan otot – otot dan ligamen ke dinding tubuh. Sedangkan pada ruang yang dibentuk oleh pelvis minor terdapat bagian dari kolon, rektum, kandung kemih, dan pada wanita terdapat uterus dan ovarium. Pada ruang pelvis juga kita temui diafragma pelvis yang dibentuk oleh muskulus levatorani dan muskulus koksigeus.

2. Persalinan

a. Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar. Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam waktu 18 jam, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin(Prawirohardjo. 2010). Persalinan adalah bagian dari proses melahirkan sebagai respons terhadap kontraksi uterus, segmen bawah uterus teregang dan menipis, serviks berdilatasi, jalan lahir terbentuk dan bayi bergerak turun ke bawah melalui rongga panggul.

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

b. Tanda-tanda Persalinan

1) Tanda pendahuluan adalah:

- a) *Ligtening* atau *setting* atau *dropping*, yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul.
- b) Perut kelihatan lebih melebar dan fundus uteri turun.

- c) Sering buang air kecil atau sulit berkemih (*polakisuria*) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.
 - d) Perasaan nyeri di perut dan di pinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah uterus, kadang-kadang disebut “*false labor pains*”.
 - e) Serviks menjadi lembek; mulai mendatar; dan sekresinya bertambah, mungkin bercampur darah (*bloody show*).
- 2) Tanda Pasti Persalinan meliputi:
- a) Rasa nyeri oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur.
 - b) Keluar lendir bercampur darah yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks.
 - c) Kadang-kadang, ketuban pecah dengan sendirinya.
 - d) Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan telah ada pembukaan.
- 3) Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan, yaitu faktor *power*, faktor *passenger*, faktor *passage*, dan faktor *psyche*:
- a) Faktor *Power* (Kekuatan)

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

Faktor lain yang berpengaruh terhadap persalinan adalah faktor janin, yang meliputi sikap janin, letak janin, presentasi janin, bagian terbawah janin, dan posisi janin.
 - c) Faktor *Passage* (Jalan Lahir)

Passage atau faktor jalan lahir dibagi atas :
 - d) Bagian keras: tulang-tulang panggul (rangka panggul).
 - e) Bagian lunak: otot-otot, jaringan-jaringan, dan ligament-ligament.
 - f) Faktor *psyche* (Psikis)

Psikis ibu bersalin sangat berpengaruh dari dukungan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama bersalin dan kelahiran anjurkan merreka berperan aktif dalam mendukung dan mendampingi langkah-langkah yang mungkin akan sangat

membantu kenyamanan ibu, hargai keinginan ibu untuk didampingi, dapat membantu kenyamanan ibu, hargai keinginan ibu untuk didampingi.

g) Posisi Ibu (*Positioning*)

Posisi ibu dapat memengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Perubahan posisi yang diberikan pada ibu bertujuan untuk menghilangkan rasa letih, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi(Rukiah, 2010).

4) Tahap Persalinan

Tahapan persalinan dibagi menjadi 4 kala, yaitu:

a) Kala I

Pada kala I persalinan dimulainya proses persalinan yang ditandai dengan adanya kontraksi yang teratur, adekuat, dan menyebabkan perubahan pada serviks hingga mencapai pembukaan lengkap, fase Kala I Persalinan terdiri dari Fase laten yaitu dimulai dari awal kontraksi hingga pembukaan mendekati 4cm, kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih diantara 20-30 detik, tidak terlalu mules (Rukiah, 2010).

Fase aktif dengan tanda-tanda kontraksi diatas 3 kali dalam 10 menit, lamanya 40 detik atau lebih dan mules, pembukaan 4cm hingga lengkap, penurunan bagian terbawah janin, waktu pembukaan serviks sampai pembukaan lengkap 10 cm, fase pembukaan dibagi menjadi 2 fase, yaitu fase laten : berlangsung selama 8 jam, pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai pembukaan 3 cm. Fase aktif : dibagi dalam 3 fase yaitu fase akselerasi lamanya 2 jam dengan pembukaan 3 menjadi 4 cm, fase dilatasi maksimal lamanya 2 jam dengan pembukaan 4 menjadi 9 cm, fase deselerasi lamanya 2 jam pembukaan dari 9 sampai pembukaan lengkap.

Lama kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam dengan pembukaan 1 cm per jam, pada multigravida 8 jam dengan pembukaan 2 cm per jam. Komplikasi yang dapat timbul pada kala I yaitu : ketuban pecah dini, tali pusat menumbung, obstruksi plasenta, gawat janin, inersia uteri.²⁶

b) Kala II

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

Pada kala pengeluaran janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara *reflektoris* menimbulkan rasa mencedan, karena tekanan pada *rectum* ibu merasa seperti mau buang air besar dengan tanda anus membuka. Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, perinium membuka, perineum meregang. Dengan adanya his ibu dan dipimpin untuk mencedan, maka lahir kepala diikuti oleh seluruh badan janin. Komplikasi yang dapat timbul pada kala II yaitu : eklamsi, kegawatdaruratan janin, tali pusat menumbung, penurunan kepala terhenti, kelelahan ibu, persalinan lama, *ruptur uteri*, *distocia* karena kelainan letak, infeksi intra partum, *inersia uteri*, tanda-tanda lilitan tali pusat.²⁵

c) Kala III

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

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

d) Kala IV

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

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), (Yulia, 2017). 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. 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.

1) Kategori 1 atau emergency

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

2) Kategori 2 atau urgent

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

Menurut Impey dan Child. mengelompokkan 2 kategori, yaitu emergency dan elective caesarean section. Disebut emergency apabila adanya abnormalitas pada power atau tidak adekuatnya kontraksi

uterus. Passenger bila malaposisi ataupun malapresentasi. Serta Passage bila ukuran panggul sempit atau adanya kelainan anatomi.

Indikasi Ibu

- g) Panggul Sempit Absolut
- h) Tumor yang dapat mengakibatkan Obstruksi
- i) Plasenta Previa
- j) Ruptura Uteri
- k) Disfungsi Uterus
- l) Solutio Plasenta

Indikasi Janin

- 1) Letak Lintang
- 2) Presentasi Bokong
- 3) Presentasi Ganda atau Majemuk
- 4) Gawat Janin
- 5) Ukuran Janin

Indikasi Ibu dan Janin

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

c. Komplikasi

Kemungkinan komplikasi dilakukannya pembedahan SC menurut Wiknjosastro:¹⁷

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 arteria uterine 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 tranfusi darah bila terjadi perdarahan partum yang hebat.
- d) Pemberian antibiotik seperti Cefotaxim, Ceftriaxon 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 normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kelapa melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai APGAR >7 dan tanpa cacat bawaan (Wiknjosastro H, 2010).

b. Perawatan Neonatal Esensial Pada Saat Lahir

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

Sebelum menangani BBL, pastikan penolong persalinan telah melakukan upaya pencegahan infeksi berikut:

c. Persiapan Diri

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

d. Persiapan Alat

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

e. Persiapan Tempat

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

Untuk semua BBL, lakukan penilaian awal dengan menjawab 4 pertanyaan: Sebelum bayi lahir:

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

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

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

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

g. Klasifikasi Nilai APGAR

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

h. Asuhan Bayi Baru Lahir

1) Pencegahan infeksi

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

m) Menilai bayi baru lahir

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

1. Apakah bayi cukup bulan?
2. Apakah air ketuban jernih, tidak tercampur mekonium?
3. Apakah bayi menangis atau bernapas?
4. Apakah tonus otot baik?

2) Menjaga bayi tetap hangat

Mekanisme kehilangan panas tubuh bayi baru lahir adalah sebagai berikut :

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

- a) Saat bayi usia 6-48 jam
- b) Saat bayi usia 3-7 hari
- c) Saat bayi usia 8-28 hari

5. Nifas

a. Definisi

Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah keluarnya placenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung 6 minggu atau 40 hari. Dalam bahasa latin, waktu tertentu setelah melahirkan anak ini disebut puerperium, yaitu dari kata puer yang artinya bayi dan parous melahirkan. Puerperium berarti masa setelah melahirkan bayi. Nifas dibagi dalam tiga periode, yaitu:

1) *Immediated Puerperium*

Yaitu keadaan yang terjadi segera setelah persalinan sampai 24 jam sesudah persalinan (0-24 jam post partum).

2) *Early Puerperium*

Yaitu keadaan yang terjadi pada permulaan puerperium yaitu 1 hari sesudah melahirkan sampai 7 hari.

3) *Later Puerperium*

Yaitu keadaan setelah satu minggu post partum sampai enam minggu.

b. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Semua kegiatan yang dilakukan, baik dalam bidang kebidanan maupun di bidang lain selalu mempunyai tujuan agar kegiatan tersebut terarah dan diadakan evaluasi penilaian. Tujuan dari perawatan nifas ini adalah:

- 1) Memulihkan kesehatan umum penderita, menyediakan makanan sesuai kebutuhan, mengatasi anemia, mencegah infeksi dengan memperhatikan kebersihan dan sterilisasi, mengembalikan kesehatan umum dengan pergerakan otot untuk memperlancar peredaran darah.
- 2) Mempertahankan kesehatan psikologis, mencegah infeksi dan komplikasi, dan emperlancar pembentukan air susu ibu (ASI).

- 3) Mengajarakan ibu untuk melaksanakan perawatan mandiri sampai masa nifas selesai dan memelihara bayi dengan baik, sehingga bayi dapat mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang normal).

c. Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan dilakukan paling sedikit 3 kali selama ibu masa nifas. Kegiatan yang dilakukan selama kunjungan meliputi pemeriksaan untuk deteksi dini, pencegahan, intervensi, dan penanganan masalah-masalah yang terjadi pada saat nifas seperti dalam table berikut ini:

Tabel 2. Jadwal Kunjungan pada Ibu dalam Masa Nifas
(Kemenkes RI, 2013)

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

d. Perubahan Fisiologis Ibu Masa Nifas

Ibu dalam masa nifas mengalami perubahan fisiologis. Setelah keluarnya placenta, kadar sirkulasi hormone HCG (human chorionic gonadotropin), human plasental lactogen, estrogen dan progesterone menurun. Human plasental lactogen akan menghilang dari peredaran arah ibu dalam 2 hari dan HCG dalam 2 minggu setelah melahirkan. Kadar estrogen dan progesterone hampir sama dengan kadar yang ditemukan

pada fase folikuler dari siklus hormon steroid ini mengubah fungsi seluruh system sehingga efek kehamilan berbalik dan wanita dianggap sedang tidak hamil, sekalipun pada wanita(Anggraini, 2010).

Perubahan- perubahan yang terjadi yaitu:

1) Sistem Kardiovaskuler

Curah jantung meningkat selama persalinan dan berlangsung sampai kala tiga ketika volume darah uterus dikeluarkan. Penurunan terjadi pada beberapa hari pertama dan akan kembali normal pada akhir minggu ke-3 postpartum.

2) Sistem Haematologi

Leukositosis mungkin terjadi selama persalinan, sel darah merah berkisar 15.000 selama persalinan. Peningkatan sel darah putih berkisar antara 25.000-30.000 yang merupakan manifestasi adanya infeksi pada persalinan lama. Hal ini dapat meningkat pada awal nifas yang terjadi bersamaan dengan peningkatan tekanan darah serta volume plasma dan volume sel darah merah. Pada 2-3 hari postpartum, konsentrasi hematokrit menurun sekitar 2% atau lebih. Total kehilangan darah pada saat persalinan dan nifas kira-kira 700-1500 ml (200-200ml hilang pada saat persalinan, 500-800 ml hilang pada minggu pertama postpartum, dan 500 ml hilang pada masa nifas).

3) Sistem Reproduksi

a) Uterus

Involusi uterus adalah kembalinya uterus kepada keadaan sebelumhamil, baik dalam bentuk maupun posisi. Selain uterus, vagina, ligament uterus, dan otot dasar panggul juga kembali ke keadaan sebelum hamil. Bayi lahir fundus uterus setinggi pusat dengan berat uterus 1000 gr

- (1) Akhir kala III persalinan tinggi fundus uteri teraba 2 jari bawah pusat dengan berat uterus 750 gr
- (2) Satu minggu postpartum tinggi fundus uteri teraba pertengahan pusat simfisis dengan berat uterus 500 gr
- (3) Dua minggu postpartum tinggi fundus uteri tidak teraba diatas simfisis dengan berat uterus 350 gr

(4) Enam minggu postpartum fundus uteri bertambah kecil dengan berat uterus 50 gr

b) Lochea

Lochea adalah cairan sekret yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas. Lochea keluar dari uterus setelah bayi lahir sampai dengan 3 atau 4 minggu postpartum.

(1) Lochea rubra (cruenta) : berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo dan mekonium, selama 2 hari postpartum

(2) Lochea sanguinolenta : berwarna kuning berisi darah dan lendir 3-7 hari postpartum

(3) Lochea serosa : berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 postpartum

(4) Lochea alba : cairan putih, setelah 2 minggu

(5) Lochea purulenta : terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk

(6) Locheastasis : lochea tidak lancar keluarnya

c) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup.

d) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar saat 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.

e) Perineum

Segara setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya tergang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada postnatal hari ke-5, perineum sudah mendapatkan

kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur dari pada keadaan sebelum melahirkan.

f) Payudara

ASI yang dapat dihasilkan oleh ibu pada setiap harinya sekitar 150-300 ml, sehingga kebutuhan bayi setiap harinya. ASI dapat dihasilkan oleh kelenjar susu yang dipengaruhi oleh kerja hormon-hormon, di antaranya hormon laktogen. ASI yang akan pertama kali muncul pada masa nifas adalah ASI yang berwarna kekuningan yang biasa dikenal dengan sebutan kolostrum. Kolostrum sebenarnya telah terbentuk di dalam tubuh ibu pada usia kehamilan 12 minggu. Dan kolostrum merupakan ASI yang pertama yang sangat baik untuk diberikan karena banyak sekali manfaatnya, kolostrum ini menjadi imun bagi bayi karena mengandung sel darah putih.

Jadi, perubahan payudara meliputi:

- (1) Penurunan kadar progesterone secara tepat dengan peningkatan hormon prolaktin setelah persalinan
- (2) Kolostrum sudah ada saat persalinan produksi ASI terjadi pada hari ke-2 atau hari ke-3 setelah persalinan

Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi.

4) Sistem perkemihan

Urine dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan. Keadaan ini akan menyebabkan diuresis (Varney, 2014).

Diuresis dapat terjadi setelah 2-3 hari postpartum. Diuresis terjadi karena saluran urinaria mengalami dilatasi. Kondisi ini kan kembali normal setelah 4 minggu postpartum. Pada awal postpartum, kandung kemih mengalami edema, kongesti dan hipotonik. Hal ini disebabkan oleh adanya overdistensi pada saat kala dua persalinan dan pengeluaran urine yang tertahan selama proses persalinan. Sumbatan pada uretra disebabkan oleh adanya trauma saat persalinan

berlangsung dan trauma ini dapat berkurang selama 24 jam postpartum (Varney, 2014).

5) Sistem gastrointestinal

Konstipasi mungkin menjadi masalah pada puerperium awal karena kurangnya makanan padat selama persalinan dan karena wanita menahan defekasi. Wanita mungkin menahan defekasi karena perineumnya mengalami perlukaan atau karena ia kurang pengetahuan dan takut akan merobek atau merusak jahitan jika melakukan defekasi.³⁶

6) Sistem endokrin

Saat plasenta terlepas dari dinding uterus, kadar HCG dan HPL secara berangsur turun dan normal kembali setelah 7 hari postpartum. HCG tidak terdapat dalam urine ibu setelah 2 hari postpartum. HPL tidak lagi terdapat dalam plasma.

e. Adaptasi Psikologis Pada Masa Nifas

Wanita hamil mengalami perubahan psikologis yang nyata sehingga memerlukan adaptasi. Perubahan mood seperti sering menangis, lekas marah, dan sering sedih atau cepat berubah menjadi senang merupakan manifestasi dari emosi yang labil. Proses adaptasi berbeda-beda antara satu ibu dengan ibu yang lain. Pada awal kehamilan ibu beradaptasi menerima bayi yang dikandungannya sebagai bagian dari dirinya. Perasaan gembira bercampur dengan kekhawatiran dan kecemasan menghadapi perubahan peran yang sebentar lagi akan dijalani.

Periode ini terjadi dalam tiga tahap:

1) Taking in

- a) Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.
- b) Ibu akan mengulang-ulang pengalamannya waktu bersalin dan melahirkan
- c) Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mencegah gangguan tidur.

- d) Peningkatan nutrisi mungkin dibutuhkan karena selera makan ibu biasanya bertambah. Nafsu makan yang kurang menandakan proses pengembaian kondisi ibu tidak berlangsung normal.

2) Taking hold

- a) Berlangsung 2-4 hari postpartum, ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi.
- b) Perhatian terhadap fungsi-fungsi tubuh
Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan untuk merawat bayi, misalnya menggendong dan menyusui. Ibu agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal tersebut, sehingga cenderung menerima nasihat dari bidan karena ia terbuka untuk menerima pengetahuan dan kritikan yang bersifat pribadi.

3) Letting go

- a) Terjadi setelah ibu pulang kerumah dan sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga
- b) Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi. Ia harus beradaptasi dengan kebutuhan bayi yang sangat tergantung, yang menyebabkan berkurangnya hak ibu dalam kebebasan dan berhubungan sosial
- c) Pada periode ini umumnya terjadi depresi postpartum.³³
- d) Depresi Postpartum
Banyak ibu mengalami let down setelah melahirkan sehubungan dengan seriusnya pengalaman waktu melahirkan dan keraguan akan kemampuan mengatasi secara efektif
- e) dalam membesarkan anak. Umumnya, depresi ini sedang dan mudah berubah dimulai 2-3 hari setelah melahirkan dan dapat diatasi 1-2 minggu kemudian.³³
- f) Postpartum Blues/Baby Blues
Kondisi ini adalah periode emosional stress yang terjadi antara hari ke-3 dan ke-10 setelah persalinan yang terjadi 80% pada ibu postpartum. Karakteristik kondisi ini adalah iritabilitas meningkat, perubahan mood, cemas, pusing, serta perasaan sedih

dan sendiri. Ada beberapa faktor yang berperan menyebabkan kondisi ini, seperti perubahan kadar hormon yang terjadi secara cepat, ketidaknyamanan yang tidak diharapkan (payudara bengkak, nyeri persalinan), kecemasan setelah pulang dari rumah sakit atau tempat bersalin, menyusui ASI dan perubahan pola tidur.

f. Deteksi Dini Komplikasi Masa Nifas

Beberapa bahaya ibu nifas meliputi:

1) Perdarahan per vaginam

Perdarahan pervaginam yang melebihi 500 ml setelah persalinan didefinisikan sebagai perdarahan pascapersalinan. Terhadap beberapa masalah mengenai definisi, yaitu:

- a) Perkiraan kehilangan darah biasanya tidak sebanyak yang sebenarnya, kadang-kadang hanya setengah dari biasanya. Darah tersebut bercampur cairan amnion atau urine. Darah tersebar pada spon, handuk dan kain dalam ember dan lantai.
- b) Volume darah yang hilang bervariasi. Kekurangan darah dapat diketahui dari kadar hemoglobin ibu. Seorang ibu dengan kadar Hb normal dapat menyesuaikan diri terhadap kehilangan darah yang mungkin dapat menyebabkan anemia. Seorang ibu yang sehat dan tidak anemia pun dapat mengalami akibat fatal dari kehilangan darah.
- c) Perdarahan dapat terjadi secara lambat dan dalam jangka waktu beberapa jam dan kondisi ini mungkin tidak dikenali sampai terjadi syok.

Penilaian risiko pada saat antenatal tidak dapat diperkirakan terjadinya perdarahan pascapersalinan. Penanganan aktif kala III sebaik-baiknya dilakukan pada semua wanita yang bersalin. Hal ini dapat menurunkan insiden perdarahan pascapersalinan akibat atonia uteri. Semua ibu pascapersalinan harus dipantau dengan ketat untuk kemungkinan perdarahan fase persalinan.

2) Infeksi masa nifas

Ibu beresiko infeksi postpartum karena adanya luka pada bekas pelepasan plasenta, laserasi pada saluran genital, termasuk episiotomi

pada perineum, dinding vagina, dan serviks. Infeksi pasca seksio sesaria mungkin terjadi. Penyebab infeksi adalah bakteri endogen dan eksogen. Faktor predisposisi meliputi nutrisi yang buruk, defisiensi zat besi, persalinan lama, rupture membrane, episotomi dan seksio sesarea. Gejala klinis endometritis tampak pada hari ke-3 postpartum disertai suhu yang mencapai 39⁰C dan takikardia, sakit kepala kadang terdapat uterus yang lembek.

3) Sakit Kepala, Nyeri Epigastrik, dan Penglihatan Kabur

Wanita yang baru melahirkan sering mengeluh sakit kepala hebat atau penglihatan kabur. Penanganan terhadap gangguan ini, meliputi:

- a) Jika ibu sadar, periksa nadi, tekanan darah, dan pernapasan
- b) Jika ibu tidak bernapas, periksa dan lakukan ventilasi dengan masker dan balon. Lakukan intubasi jika perlu. Dan jika pernapasan dangkal, periksa dan bebaskan jalan napas serta beri oksigen 4-6 liter per menit
- c) Jika pasien tidak sadar/koma, bebaskan jalan napas, baringkan miring, ukur suhu, periksa apakah ada kaku tengkuk.

4) Pembengkakan Wajah atau Ekstremitas

Bila terjadi gejala ini, periksa adanya varises, periksa kemerahan pada betis, dan periksa apakah tulang kering, pergelangan kaki, atau kaki mengalami edema (perhatikan adanya edema puting, jika ada).

5) Demam, Muntah dan Nyeri Berkemih

Pada masa nifas dini, sensitivitas kandung kemih terhadap tegangan air kemih didalam vesika sering menurun akibat trauma persalinan atau analgesia epidural atau spinal. Setelah melahirkan, terutama saat infuse oksitosin dihentikan, terjadi diuresis yang disertai peningkatan produksi urine dan distensi kandung kemih. Overdistensi yang disertai kateterisasi untuk mengeluarkan air kemih sering menyebabkan infeksi saluran kemih.

6) Payudara bengkak

Payudara bengkak yang tidak disusui secara adekuat dapat menyebabkan payudara menjadi merah, panas, terasa sakit, dan akhirnya terjadi mastitis. Puting lecet akan memudahkan masuknya

kuman dan terjadinya payudara bengkak. BH/bra yang terlalu ketat mengakibatkan engorgement segmental. Bila payudara ini tidak disusukan dengan adekuat, dapat terjadi mastitis (Varney, 2014).

7) Kehilangan Nafsu Makan yang Lama

Sesudah bayi lahir, ibu akan merasakan lelah dan mungkin juga lemas karena kehabisan tenaga. Hendaknya ibu lekas diberi minuman hangat, susu, kopi, atau teh yang bergula. Apabila ibu menghendaki makanan, berikan makanan yang bersifat ringan. Organ pencernaan memerlukan waktu istirahat untuk memulihkan keadaannya. Oleh karena itu, tidak benar bila ibu diberi makan terlalu banyak, walaupun ibu menginginkannya. Akan tetapi, biasanya disebabkan oleh adanya kelelahan yang amat berat, nafsu makan terganggu, sehingga ibu tidak ingin makan sampai kelelahannya hilang.

g. Posisi yang Benar dalam menyusui

Dalam menyusui yang benar ada beberapa macam posisi menyusui, antara lain (Sulistyawati, 2009):

1) Posisi berbaring miring

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

2) Posisi duduk

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

h. Peran dan Tanggung jawab Bidan Pada Masa Nifas

Menurut Marni, peran dan tanggung jawab bidan pada masa nifas antara lain:³⁸

1) Mendukung dan memantau kesehatan fisik ibu dan bayi.

2) Mendukung dan memantau kesehatan psikologis, emosi, sosial, serta memberikan semangat pada ibu.

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

6. 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.

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 (Pinem, 2012).

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.

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.

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.¹

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:

- a) 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 dipeolehnya.
- b) 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. Perhatikan bahwa kita memahami. Dengan memahami pengetahuan, kebutuhan dan keinginan klien, kita dapat membantunya.
- c) 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 ImmunodeficiencyVirus/ Acquired Immune Deficiency Syndrome* (HIV/AIDS) dan pilihan metode ganda.
- d) TU: Bantulah klien menentukan pilihannya. Bantulah klien berpikir mengenai apa yang paling sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.
- e) J: Jelaskan secara lengkap kepada klien bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya. Setelah klien memilih jenis kontrasepsi, jika diperlukan perlihatkan alat kontrasepsinya.
- f) U: Perlunya kunjungan Ulang. Diskusikan dan buat kontrak dengan klien untuk melakukan pemeriksaan lanjutan atau

permintaan kontrasepsi apabila dibutuhkan.

2) Penapisan Klien

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

- a) Tidak senggama sejak haid terakhir
- b) Sedang memakai metode efektif secara baik dan benar
- c) Sekarang didalam 7 hari pertama haid terakhir
- d) Di dalam 4 minggu pasca persalinan
- e) Dalam 7 hari pasca keguguran
- f) Menyusui dan tidak haid
- g) Keadaan yang membutuhkan perhatian khusus
- h) 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.
- i) Tidak cocok untuk pil progestin (minipil), suntikan *Depo medroxy progesterone 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.¹⁷ Kontrasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim.

2) Macam-macam Kontrasepsi

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 Amenorrhoe 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 (Oberg, A, 2013).

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*.

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

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

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 falopii* sehingga mencegah pertemuan antara ovum dan sperma. Sedangkan MOP sering dikenal dengan nama *vasektomi*, *vasektomi* yaitu memotong atau mengikat saluran *vas deferens* sehingga cairan sperma tidak dapat keluar atau ejakulasi.

e. Kewenang Bidan

Dalam PERMENKES No 28 Tahun 2017 pasal 19 menerangkan bahwa pada persalinan Bidan berwenang melakukan: a. episiotomi; b. pertolongan persalinan normal; c. penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II; d. penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan rujukan; e. pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil; f. pemberian vitamin A

dosis tinggi pada ibu nifas; g. fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif; h. pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum; i. penyuluhan dan konseling; j. bimbingan pada kelompok ibu hamil dan k. pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran .

Sebagai seorang bidan kita harus mampu memberikan dukungan baik secara fisik maupun emosional kepada ibu dan keluarga selama masa persalinan dan kelahiran, memberikan asuhan yang tepat saat persalinan, memberikan asuhan sayang ibu dan memberikan asuhan yang tepat untuk bayi. Tugas penting yang dilaksanakan bidan mencakup KIE (komunikasi, informasi, dan edukasi) dan KIPK (komunikasi, interpersonal/konseling) untuk ibu, keluarga dan masyarakat, pendidikan antenatal dan persiapan menjadi orang tua, kesehatan reproduksi perempuan, keluarga berencana, dan pemeliharaan kesehatan anak. Pemberian konseling keluarga berencana dan metode kontrasepsi selama masa pasca persalinan dapat meningkatkan kesadaran ibu untuk menggunakan kontrasepsi.

Berdasarkan SDKI 2017, keputusan di antara wanita menikah yang ingin KB mendapatkan sumber informasi utama adalah perawat/bidan (24%), PKK/kader (12%), serta petugas KB dan dokter (masing-masing 7%). Hal tersebut menunjukkan pentingnya edukasi seorang bidan terhadap KB sehingga membantu ibu untuk menentukan dan mengambil keputusan memilih alat kontrasepsi yang dipakai.