

TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA
NY. E USIA 26 TAHUN G1P0AB0AH0
DI PUSKESMAS PANJATAN II**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Profesi Bidan



ENI NURHIDAYATI ARTATI

NIM. P07124521131

**PRODI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
JURUSAN KEBIDANAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN YOGYAKARTA
TAHUN 2022**

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

**“Asuhan Kebidanan Berkesinambungan pada Ny. E Usia 26 tahun
G1P0Ab0Ah0 di Puskesmas Panjatan II”**

Di susun Oleh:

ENI NURHIDAYATI ARTATI

NIM. P07124521131

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Penguji

Pada tanggal 25 April 2022

SUSUNAN PENGUJI

Penguji Akademik

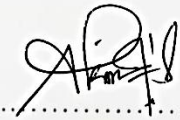
Ana Kurniati, SST., M.Keb

NIP. 198104012003122001

Pennguji Klinik

Aryuni Sita Heny Astuti, S.Tr. Keb

NIP. 197306301992032001

(.....)

(.....)

Yogyakarta, 21 Juni 2022

Ketua Jurusan Kebidanan



Dr Yuni Nurhidayati, S.Tr. Keb, Bdn.MPH

PERSETUJUAN PEMBIMBING

TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY. E USIA 26
TAHUN G1P0AB0A1H0 DI PUSKESMAS PANJATAN II**

Disusun Oleh :

ENI NURHIDAYATI ARTATI

NIM. P07124521131

Telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal : 25 April 2022

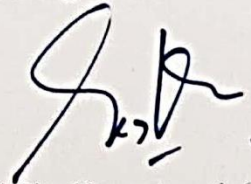
Menyetujui.

Pembimbing Akademik,



Ana Kurniati, SST., M.Keb
NIP. 198104012003122001

Pembimbing Klinik,



Aryuni Sita Heny Astuti, S.Tr. Keb
NIP. 197306301992032001

Yogyakarta, 29 Juni 2022

Ketua Ilmu Kebidanan



Dr Yuni Kusmiyati, SST., Bdn, MPH
NIP. 197106012002122001

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tugas Akhir ini adalah karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar.

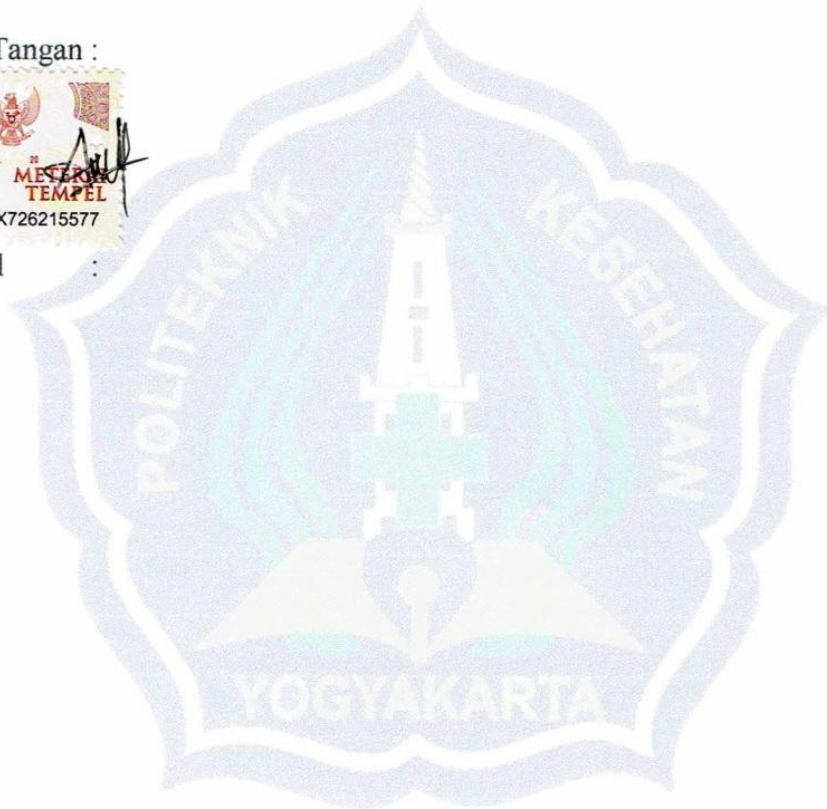
Nama : ENI NURHIDAYATI ARTATI

NIM : P07124521131

Tanda Tangan :



Tanggal :



KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena berkat rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan tugas akhir Asuhan Kebidanan Berkesinambungan pada Ny. E Usia 26 Tahun G1P0AB0AH0 di Puskesmas Panjatan II tepat pada waktunya.

Tersusunnya tugas akhir ini tentunya tidak lepas dari dukungan berbagai pihak. Oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dr. Yuni Kusmiyati, SST., MPH, selaku ketua jurusan kebidanan yang telah memberikan kesempatan atas terlaksananya praktik kebidanan komunitas dalam konteks *Continuity of Care* (COC).
2. Hesty Widyasih, SST., M.Keb, selaku ketua prodi pendidikan profesi bidan yang telah memberikan kesempatan atas terlaksananya praktik kebidanan komunitas dalam konteks *Continuity of Care* (COC).
3. Ana Kuniati, SST., M.Keb selaku pembimbing akademik yang telah memberikan arahan dan bimbingan pada praktik kebidanan komunitas dalam konteks *Continuity of Care* (COC).
4. Aryuni Sita Heny Astuti, S.Tr. Keb selaku pembimbing lahan yang telah memberikan arahan dan bimbingan pada praktik kebidanan komunitas dalam konteks *Continuity of Care* (COC).

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa masih banyak kekurangan dalam penulisan tugas akhir ini. Oleh sebab itu, menerima segala kritik dan saran yang membangun dari pembaca. Demikian yang bisa penulis sampaikan, semoga tugas akhir ini dapat menambah ilmu pengetahuan dan memberikan manfaat nyata untuk masyarakat luas.

Yogyakarta, April 2022

Penulis

SINOPSIS

ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY. E USIA 26 TAHUN G1P0AB0AH0 DI PUSKESMAS PANJATAN II

Berdasarkan Profil Kesehatan DIY tahun 2019, Angka Kematian Ibu di DIY pada tahun 2019 sebanyak 36 kasus, sedangkan AKB Provinsi DIY pada tahun 2019 sebanyak 315 kasus. Penyebab umum kematian bayi dan neonatal di DIY salah satunya adalah panggul sempit. Kematian ibu dan bayi merupakan ukuran terpenting dalam menilai indikator keberhasilan pelayanan kesehatan di Indonesia. Salah satu upaya dalam mengurangi AKI dan AKB yaitu dengan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh dan bermutu kepada ibu dan bayi dalam lingkup kebidanan adalah melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif (*continuity of care*).

Ny. E usia 26 tahun G₁P₀Ab₀Ah₀ selama kehamilannya melakukan pemeriksaan ANC sebanyak 6 kali, pendampingan pada Ny. E dilakukan pada saat usia kehamilan 39 minggu 1 hari di Puskesmas Panjatan II. Saat usia kehamilan aterm ditemukan kondisi dimana kepala janin belum masuk panggul, sehingga Ny. E memerlukan tindakan lebih lanjut untuk melakukan persalinan di rumah sakit. Ny. E bersalin di RSUD Wates dengan tindakan *Sectio Caesarea* atas indikasi *Cephalopelvic Disproportion* (CPD). Bayi lahir tidak langsung menangis dan ekstermitas kebiruan dilakukan tindakan mengeringkan dan membersihkan jalan nafas hingga bayi dapat menangis spontan. By. Ny. E lahir dengan berat 2820 gram dan panjang badan 48 cm. Pada masa neonatus, tidak mengalami masalah, setiap kontrol bayi mengalami kenaikan berat badan. Pada masa nifas di hari ke-9 Ny. E mengalami infeksi luka jahitan operasi dan melakukan kontrol di rumah sakit. Setelah dilakukan tindakan dan rutin minum obat keluhan berangsur hilang. Ny. E masih belum ingin menggunakan kontrasepsi karena belum mendapat persetujuan dari suami, namun ibu dan suami sepakat untuk menggunakan kontrasepsi alami yaitu metode kalender.

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iv
KATA PENGANTAR	v
SINOPSIS	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	3
C. Ruang Lingkup.....	3
D. Manfaat	4
BAB II KAJIAN KASUS DAN TEORI	5
A. Kajian Masalah Kasus.....	5
B. Kajian Teori	13
BAB III PEMBAHASAN	68
A. Asuhan Kebidanan pada Kehamilan	68
B. Asuhan Kebidanan pada Persalinan	70
C. Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir.....	71
D. Asuhan Kebidanan pada Nifas.....	74
E. Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana	79
BAB IV PENUTUP	82
A. Kesimpulan	82
B. Saran.....	83
DAFTAR PUSTAKA	84

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Tinggi Fundus Uteri Sesuai Usia Kehamilan.....	15
Tabel 2. Rekomendasi Penambahan Berat Badan Selama Hamil.....	16
Tabel 3. Scoring APGAR Bayi Baru Lahir.....	50
Tabel 4. Perubahan Bentuk Uterus	55
Tabel 5. Jenis-jenis Lochea	55

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Komprehensif	88
Lampiran 2. Lembar <i>Inform Consent</i>	109
Lampiran 3. Surat Keterangan Selesai Melakukan Asuhan Berkesinambungan	110
Lampiran 4. Dokumentasi Kegiatan Pendampingan.....	111
Lampiran 5. Referensi Jurnal Penelitian	112

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Indonesia merupakan salah satu negara berkembang. Angka kematian ibu di Indonesia sampai saat ini masih tinggi hal tersebut merupakan masalah kesehatan yang belum dapat diatasi secara tuntas. Berdasarkan Survei Penduduk Antar Sensus dalam Profil Kesehatan Indonesia (2017), kematian ibu mengalami penurunan dari 359 pada tahun 2012 menjadi 305 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Angka ini jauh dari target *Millenium Development Goals* (MDGs) pada tahun 2015 yaitu angka kematian ibu sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup.¹

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator pembangunan kesehatan suatu negara. Menurut *World Health Organization* (WHO) AKI sangat tinggi sekitar 830 wanita meninggal akibat komplikasi terkait kehamilan atau persalinan di seluruh dunia setiap hari. Sekitar 303.000 wanita meninggal selama dan setelah kehamilan dan persalinan. Angka kematian ibu di negara berkembang adalah 239 per 100.000 kelahiran hidup dibandingkan 12 per 100.000 kelahiran hidup di negara maju. AKI menjadi indikator dalam pencapaian *Sustainable Development Goals* (SDGs) dan masih fokus dalam upaya menurunkan AKI. Komitmen global menyepakati dalam SDGs untuk mengurangi rasio angka kematian ibu hingga kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup tahun 2030.²

Berdasarkan Profil Kesehatan DIY tahun 2019, Angka Kematian Ibu di DIY pada tahun 2017 berjumlah 34 kasus namun mengalami kenaikan pada tahun 2018 menjadi 36 kasus, sedangkan pada tahun 2019 angka kematian ibu sama dengan tahun 2018 yaitu 36 kasus. Kasus terbanyak terjadi di Kabupaten Bantul dengan 13 kasus dan terendah di Kota Yogyakarta dengan jumlah 4 kasus. Penyebab kematian ibu yang paling banyak ditemukan di DIY adalah karena Penyakit lain-lain (18), perdarahan (8), hipertensi dalam kehamilan (2), infeksi (2), dan gangguan sistem peredaran darah (6). Hasil SDKI 2012 menunjukkan

bahwa AKB DIY menduduki peringkat lima besar terbaik secara nasional.³ AKB di DIY berdasarkan data Profil Kesehatan DIY pada tahun 2017 terdapat 313 kasus kematian bayi, pada tahun 2018 mengalami kenaikan menjadi 318, sedangkan pada tahun 2019 ini mengalami penurunan menjadi 315 kasus. Kasus kematian bayi tertinggi terletak di Kabupaten Bantul dengan jumlah 110 kasus dan terendah di Kota Yogyakarta dengan jumlah 25 kasus. Penyebab umum kematian bayi dan neonatal di DIY adalah asfiksia pada saat lahir karena lama di jalan kelahiran, letak melintang, serta panggul sempit. Selain itu, penyebab lain kematian bayi yang sering dijumpai di DIY antara lain kelainan bawaan.⁴

Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh dan bermutu kepada ibu dan bayi dalam lingkup kebidanan adalah melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif (*continuity of care*). Asuhan kebidanan komprehensif merupakan asuhan kebidanan yang diberikan secara menyeluruh di mulai dari ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana. Dalam program pemerintah yaitu mengurangi kemungkinan seorang perempuan menjadi hamil dengan upaya keluarga berencana, mengurangi kemungkinan seorang perempuan hamil mengalami komplikasi dalam kehamilan, persalinan atau masa nifas dengan melakukan asuhan antenatal dan persalinan dengan prinsip bersih dan aman, mengurangi kemungkinan komplikasi persalinan yang berakhir dengan kematian atau kesakitan melalui pelayanan obstetrik, neonatal esensial dasar dan komprehensif.⁵

Berdasarkan latar belakang tersebut maka penulis tertarik untuk mengambil kasus dengan judul “Asuhan Kebidanan Berkesinambungan pada Ny. E usia 26 tahun G₁P₀Ab₀Ah₀ usia kehamilan 39 minggu 1 hari di Puskesmas Panjatan II”. Asuhan ini diberikan kepada Ny. E mulai dari hamil trimester III, bersalin, nifas, bayi baru lahir, neonatus, dan pelayanan KB sehingga diharapkan tidak terjadi komplikasi selama masa tersebut.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu menjelaskan dan memberikan asuhan kebidanan secara berkesinambungan (*continuity of care*) pada ibu hamil di masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan keluarga berencana dengan menggunakan pola pikir manajemen kebidanan serta mendokumentasikan hasil asuhannya.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian kasus pada Ny. E dari masa hamil, bersalin, BBL, Nifas dan Keluarga Berencana secara *Continuity of Care*.
- b. Melakukan identifikasi diagnosa kebidanan, diagnosa potensial, masalah kebidanan, masalah potensial serta menentukan kebutuhan segera berdasarkan kasus pada Ny. E dari masa hamil, bersalin, BBL, Nifas dan Keluarga Berencana secara *Continuity of Care*.
- c. Melakukan penyusunan rencana asuhan kebidanan berdasarkan analisa kebidanan, diagnosa kebidanan, diagnosa potensial, dan masalah kebidanan yang telah ditetapkan pada kasus Ny. E dari masa hamil, bersalin, BBL, Nifas dan Keluarga Berencana secara *Continuity of Care*.
- d. Melakukan asuhan kebidanan berdasarkan rencana asuhan yang telah disusun pada kasus Ny. E dari masa hamil, bersalin, BBL, Nifas dan Keluarga Berencana secara *Continuity of Care*.
- e. Melakukan evaluasi berdasarkan penatalaksanaan yang telah dilakukan pada kasus Ny. E dari masa hamil, bersalin, BBL, Nifas dan Keluarga Berencana secara *Continuity of Care*.
- f. Melakukan pendokumentasi kasus pada Ny. E dari masa hamil, bersalin, BBL, Nifas dan Keluarga Berencana secara *Continuity of Care*.

C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup asuhan ini adalah pelaksanaan asuhan kebidanan berkesinambungan yang berfokus pada masalah kesehatan pada masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana.

D. Manfaat

1. Bagi institusi Pendidikan

Laporan studi kasus ini dapat menjadi tambahan bahan pustaka sebagai sumber bacaan sehingga dapat bermanfaat dan menambah wawasan bagi mahasiswa terhadap tata laksana kasus secara *Continuity of Care*.

2. Bagi Bidan Puskesmas Panjatan II

Dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk meningkatkan dan mempertahankan kualitas pelayanan kesehatan ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan keluarga berencana berupa pemberian pendidikan kesehatan serta sebagai skrining awal untuk menentukan asuhan kebidanan berkesinambungan yang sehat.

3. Bagi Pasien

Dapat menambah pengetahuan tentang asuhan berkesinambungan serta melakukan pemantauan kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan keluarga berencana dengan baik.

4. Bagi Mahasiswa Kebidanan

Dapat Menambah pengetahuan, pengalaman, dan wawasan, serta bahan dalam penerapan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* terhadap ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, dan keluarga berencana.

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Masalah Kasus

1. Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

Pengkajian dilakukan di Puskesmas Panjatan II dimulai sejak pengambilan data awal pada tanggal 19 Januari 2022. Pengkajian tidak hanya dilakukan di Puskesmas Panjatan II tetapi juga dilakukan melalui kunjungan rumah, dan juga secara *online* menggunakan *Whatsapp*. Jenis data yaitu data primer dari anamnesa dan pemeriksaan, serta data sekunder yang diperoleh melalui rekam medis dan buku KIA pasien.

a. Pengkajian tanggal 19 Januari 2022

Asuhan kebidanan kehamilan pada Ny. E pertama kali dilakukan pada tanggal 19 Januari 2022 di Puskesmas Panjatan II diperoleh Ny. E berusia 26 tahun datang ke puskesmas ingin memeriksakan kehamilannya dan saat ini tidak ada keluhan. Berdasarkan riwayat menstruasi, menarche 13 tahun, siklus 28 hari, teratur, lama menstruasi 5-6 hari, tidak mengalami disminore, ganti pembalut 3-4 kali/hari serta tidak mengalami keputihan. Ny. E dan suami sudah menikah selama 1 tahun. HPHT 18 April 2021 HPL 25 Januari 2022, saat ini umur kehamilan 39 minggu 1 hari. Kehamilan ini merupakan kehamilan pertama bagi Ny. E dan belum pernah mengalami abortus. Ny. E mulai memeriksakan kehamilannya saat umur kehamilan 11 minggu. Selama kehamilan ini Ny. E periksa kehamilan pada trimester I sebanyak 1 kali, trimester II sebanyak 5 kali, dan trimester III sebanyak 5 kali.

Pemeriksaan ANC terpadu dilakukan saat usia kehamilan 19 minggu datang ke puskesmas tidak ada keluhan hasil pemeriksaan objektif menunjukkan tekanan darah 131/74 mmHg, nadi 82 kali/menit, respirasi 20 kali/menit, berat badan 64,3 kg, usia kehamilan 19⁺⁴ minggu, TFU 2 jari bawah pusat, presentasi bokong, DJJ 142 kali/menit, teratur dan hasil pemeriksaan penunjang tanggal 02 September 2021 yaitu Hb 10,3 gr%;

gds 115; PITC non reaktif; sifilis non reaktif; HBsAg non reaktif; protein urine negative; dan reduksi negative. Pada pemeriksaan K4 Ny. E mengalami kenaikan Hb menjadi 11,2 gr%. Keluhan yang dirasakan Ny. E selama kehamilan ini pada trimester I adalah mual, trimester II tidak ada keluhan, dan trimester III adalah pinggang dan perutnya sering terasa kencang. Riwayat kenaikan berat badan selama hamil yang dialami oleh Ny. E yaitu pada trimester I meningkat sebanyak 2 kg (berat sebelum hamil 58 kg dan saat ini 60 kg), trimester II meningkat sebanyak 8 kg (berat TM I 60 kg dan saat ini 68 kg), dan trimester III meningkat lagi sebanyak 6 kg (berat TM II 68 kg dan saat ini 74 kg). Jumlah kenaikan berat badan yang dialami Ny. P selama kehamilan adalah 16 kg dan IMT $26,1 \text{ kg/m}^2$. Sehingga dapat disimpulkan bahwa IMT dan kenaikan berat badan selama hamil pada Ny. E dalam batas normal.

Ny. E melakukan pemeriksaan kehamilan di Rumah Sakit Wates. Hasil pemeriksaan yang dilakukan dokter yaitu untuk direncanakan melakukan operasi *Sectio Caesarea* pada tanggal 21 Januari 2022, serta Ny. E sudah membawa rujukan dari puskesmas.

Selama kehamilan ini Ny. E hanya mengonsumsi obat yang diberikan oleh bidan/dokter yaitu asam folat, tablet tambah darah, kalsium, dan vitamin C. Ny. E belum pernah menggunakan kontrasepsi sebelumnya karena ingin segera memiliki anak. Berdasarkan riwayat kesehatan, Ny. E tidak pernah dan tidak sedang menderita penyakit hipertensi, DM, asma, jantung, HIV dan Hepatitis B. Keluarga Ny. E juga tidak pernah atau tidak sedang menderita penyakit hipertensi, DM, asma, jantung, TBC, HIV, hepatitis B, dan tidak ada keturunan kembar.

Berdasarkan pengkajian data objektif, keadaan umum ibu baik, TD 132/82 mmHg, Nadi 80 kali/menit, Respirasi 20 kali/menit, suhu $36,6^{\circ}\text{C}$, BB sebelum hamil 58 kg, BB saat ini 74 kg, TB 149 cm, Lila 28 cm, IMT $26,1 \text{ kg/m}^2$. Berdasarkan palpasi leopold TFU 33 cm, punggung kiri, presentasi kepala, dan kepala belum masuk panggul, DJJ 130 kali/menit, teratur. TBJ 3255 gram, tidak ada oedem di ekstermitas. Berdasarkan

pemeriksaan laboratorium tanggal 19 Januari 2022 diperoleh Hb 11,2 gr/dl dan protein urine negatif. Berdasarkan data subjektif dan objektif diperoleh diagnosa Ny. E usia 26 tahun G₁P₀Ab₀Ah₀ usia kehamilan 39 minggu 1 hari, janin tunggal hidup, presentasi kepala dengan *Cephalopelvic Disproportion* (CPD). Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberikan edukasi kepada ibu terkait keadaan yang dialaminya saat ini, menganjurkan ibu untuk dirujuk ke Rumah Sakit atas indikasi Disproporsi Kepala Panggul (DKP) sehingga perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut untuk dilakukan tindakan *section caesarea* secara terencana, melakukan rujukan ke rumah sakit dengan diagnosa Ny. E usia 26 tahun G₁P₀Ab₀Ah₀ usia kehamilan 39 minggu 1 hari dengan *Cephalopelvic Disproportion* (CPD), memberikan KIE tanda-tanda persalinan dan persiapan persalinan di rumah sakit mulai dari biaya, jaminan kesehatan, pakaian ibu dan bayi, transportasi yang digunakan, rumah sakit yang dituju, pendonor yaitu suami, serta menganjurkan ibu untuk mulai mendiskusikan dengan suami terkait penggunaan metode kontrasepsi setelah lahiran dikarenakan ibu akan melahirkan secara operasi sehingga perlu memberikan waktu untuk pulih sempurna sebelum mengalami kehamilan selanjutnya.

b. Pengkajian tanggal 20 Januari 2022

Ibu datang ke Rumah Sakit pukul 09.00 WIB ingin melakukan pemeriksaan kehamilan dan melakukan saran bidan untuk dilakukan operasi SC terencana, setelah dilakukan pemeriksaan dokter Obsgyn ibu disarankan masuk untuk direncanakan operasi SC tgl 21 Januari 2022 karena usia kehamilan sudah aterm. Ibu mengatakan gerakan janin aktif. Saat ini umur kehamilan 39 minggu 2 hari. Berdasarkan hasil pemeriksaan keadaan umum baik, palpasi leopold TFU 33 cm, punggung kiri, presentasi kepala, dan kepala masuk panggul. Sehingga diperoleh diagnosa Ny. E usia 26 tahun G₁P₀Ab₀Ah₀ usia kehamilan 39⁺² minggu, janin tunggal hidup, presentasi kepala umur kehamilan aterm dengan *Cephalopelvic Disproportion* (CPD). Penatalaksanaan yang dilakukan

yaitu mengatur dan menjadwalkan operasi *Sectio Caesarea* (SC) terencana atas indikasi *Cephalopelvic Disproportion* (CPD) di tanggal 21 Januari 2022

2. Asuhan Kebidanan pada Persalinan (melalui *WhatsApp*)

Ibu datang ke RSUD Wates tanggal 20 Januari 2022 pukul 09.00 WIB melalui poliklinik Obsgyn untuk masuk ruangan perawatan guna persiapan tindakan SC direncanakan tanggal 21 Januari 2022 pukul 08.00 WIB.. Saat ini ibu sudah membawa rujukan dari Puskesmas. Ibu makan terakhir pada 20 Januari 2022 pukul 18.00 WIB, BAB terakhir 20 Januari 2022 pukul 07.00 WIB, BAK terakhir 21 Januari 2022 pukul 07.00 WIB. Ibu merasa cemas akan melakukan persalinan secara SC. Saat ini umur kehamilan 39 minggu 2 hari. Berdasarkan pengkajian data objektif, keadaan umum ibu baik . dilakukan serangkaian pemeriksaan syarat operasi SC, pemeriksaan Laboratorium, EKG, Foto thorax . Persalinan SC atas indikasi *Cephalopelvic Disproportion* (CPD) dilakukan tanggal 21 Januari 2022 pukul 08.00 WIB dan bayi lahir pukul 08.40 WIB dengan jenis kelamin laki-laki, bayi tidak langsung menangis dan ekstermitas agak kebiruan pucat. Setelah dilakukan tindakan mengeringkan bayi, membersihkan jalan nafas bayi menangis kuat.

3. Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir dan Neonatus

a. Pengkajian melalui *WhatsApp* tanggal 21 Januari 2022

Bayi Ny. E lahir tanggal 21 Januari 2022 pukul 08.40 WIB secara *Sectio Caesarea* atas indikasi *Cephalopelvic Disproportion* (CPD). Bayi Ny. E lahir tidak langsung menangis dan ekstermitas agak kebiruan pucat sehingga dilakukan tindakan mengeringkan tubuh bayi dan membersihkan jalan nafas sampai akhirnya bayi bisa kuat. Bayi dilakukan inisiasi menyusui dini (IMD). Hasil pemeriksaan berdasarkan buku KIA diperoleh berat badan lahir 2820 gram, panjang badan 48 cm, dan lingkar kepala 30,5 cm. Pemeriksaan fisik bayi menunjukkan bayi dalam keadaan normal, tidak ada kelainan maupun kecacatan. Langkah awal resusitasi telah dilakukan, pemberian salep mata pada mata kanan dan mata kiri serta injeksi vitamin K 1 mg secara IM pada paha kiri 1/3 bagian luar atas sudah

dilakukan, selanjutnya dilakukan perawatan bayi baru lahir pasca resusitasi. Bayi Ny. E dilakukan perawatan dan observasi di ruang perinatal selama kurang lebih 6 jam, setelah bayi dalam kondisi stabil dilakukan rawat gabung bersama Ny. E di ruangan nifas.

b. Pengkajian melalui *WhatsApp* tanggal 23 Januari 2022 (KN I)

Ibu mengatakan bayinya sudah buang air besar dan buang air kecil, bayi tidak rewel, bayi mau menyusui. Hasil pemeriksaan bayi dalam keadaan sehat dan tidak ada keluhan, tali pusat dalam kondisi bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi. Diperoleh diagnosa By. Ny. E usia 2 hari cukup bulan sesuai masa kehamilan normal. Penatalaksanaan yang dilakukan adalah memberi konseling ibu untuk menjaga kehangatan bayinya, menganjurkan ibu dianjurkan lebih sering menyusui anaknya, menyusui dengan ASI agar kekebalan bayi terus bertambah, memberikan konseling ibu tentang perawatan tali pusat, memberitahu ibu tanda bahaya bayi baru lahir. Memberitahu ibu untuk melakukan kontrol ulang 27 Januari 2022.

c. Pengkajian melalui *WhatsApp* tanggal 26 Januari 2022(KN II)

Ibu mengatakan melakukan kontrol bayinya di rumah sakit, saat ini bayinya tidak ada keluhan, menyusui dengan baik, hisapan bayi kuat, terdengar suara menelan, dan payudara terasa kosong setelah menyusui. Hasil pemeriksaan di rumah sakit menunjukkan berat badan bayi mengalami peningkatan yaitu 2945 gram, tali pusat sudah puput, dan bayi tidak kuning. Sehingga diperoleh diagnosa By. Ny. E usia 5 hari cukup bulan sesuai masa kehamilan normal. Penatalaksanaan yang dilakukan memberikan KIE terkait ASI eksklusif, *personal hygiene* bayi, dan melakukan kontrol ulang jika ada keluhan.

d. Pengkajian melalui *WhatsApp* tanggal 16 Februari 2022 (KN III)

Ibu mengatakan saat ini bayinya dalam kondisi sehat dan tidak ada keluhan, menyusui dengan baik namun disambung dengan susu formula karena bayi tidak ingin menyusui pada payudara yang sebelah karena putting tenggelam, bayi sudah melakukan imunisasi BCG pada tanggal 16 Februari 2022. Hasil pemeriksaan saat imunisasi BCG yaitu berat badan

3400 gram, suhu badan 36,3°C. Diperoleh diagnosa By. Ny. E usia 26 hari cukup bulan sesuai masa kehamilan normal. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberi KIE pemenuhan nutrisi bayi dengan menganjurkan untuk ASI saja selama 6 bulan tanpa tambahan makanan apapun dan menganjurkan untuk memompa ASI pada payudara yang putingnya tenggelam agar dapat diberikan kepada bayi menggunakan sendok.

4. Asuhan Kebidanan pada Nifas

a. Pengkajian melalui *WhatsApp* tanggal 21 Januari 2022 (KF I)

Ibu mengatakan saat ini sudah mulai mencoba miring kiri dan kanan serta mencoba duduk, luka jahitan masih terasa nyeri. Hasil pemeriksaan di rumah sakit menunjukkan bahwa ibu dalam kondisi baik dan sehat, ASI sudah keluar namun pada payudara kiri putting susu tenggelam, perut teraba keras, dan pengeluaran darah dirasa normal. Diperoleh diagnosa Ny. E usia 26 tahun P₁A₀Ah₁ post *sectio caesarea* hari ke-1 normal. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberikan KIE tentang mobilisasi dini post operasi, perawatan luka jahitan, kebersihan diri dan daerah kewanitaannya, menjaga kehangatan bayi, memberikan ASI eksklusif agar tercipta bonding yang baik antara ibu dan bayi, menganjurkan ibu untuk rutin memompa atau menarik secara halus menggunakan tangan maupun spuit tanpa jarum pada putting susu yang tenggelam, tanda-tanda bahaya nifas, serta pemenuhan nutrisi.

b. Pengkajian melalui *WhatsApp* tanggal 23 Januari 2022 (KF II)

Ibu mengatakan saat ini sudah bisa duduk sendiri dan berjalan, luka bekas jahitan operasi masih terasa nyeri dan hari ini sudah boleh pulang. Hasil pemeriksaan di rumah sakit menunjukkan ibu dalam kondisi baik dan sehat, ASI keluar lancar, perut teraba keras, dan pengeluaran darah normal. Sehingga diperoleh diagnosa Ny. E usia 26 tahun P₁A₀Ah₁ post *sectio caesarea* hari ke-3 normal. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberikan KIE tentang perawatan luka jahitan operasi, perawatan dan kebersihan bayi baru lahir, kebersihan daerah kewanitaannya dengan rajin

mengganti pembalut ketika sudah tidak nyaman, teknik menyusui yang baik dan benar, tanda-tanda bahaya nifas, pemberian ASI *on demand*, serta pemenuhan nutrisi dan istirahat untuk pemulihan, memberikan terapi obat berupa tablet tambah darah 1x1 dan vitamin A 1x1 (diminum selama 2 hari).

c. Pengkajian melalui *WhatsApp* tanggal 02 Februari 2022 (KF III)

Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan, sudah dapat beraktifitas seperti semula, darah nifas saat ini berwarna kuning kecoklatan, ASI keluar lancar, BAB dan BAK seperti biasa, istirahat sedikit berkurang karena sering bangun tengah malam untuk menyusui bayinya, dalam pola makan tidak ada pantangan, namun pada tanggal 30 Januari 2022 melakukan kontrol ke rumah sakit dan mengeluh demam sejak tanggal 26 Januari 2022, merasa nyeri di luka jahitan operasi, dan badan menggigil, namun saat ini demam sudah mulai menurun dan nyeri jahitan sedikit berkurang. Saat kontrol diberikan obat pereda nyeri dan antibiotic. Hasil pemeriksaan tanggal 30 Januari 2022 yang diperoleh dari rumah sakit yaitu suhu tinggi dan luka jahitan operasi tampak pengeluaran nanah. Diperoleh diagnosa Ny. E usia 26 tahun P₁A₀Ah₁ post *sectio caesarea* hari ke-12 normal. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberikan KIE pada ibu tentang kebersihan jahitan operasi, menganjurkan ibu untuk memperbanyak makan-makanan yang mengandung protein tinggi agar mempercepat pemulihan luka jahitan operasi, menganjurkan ibu untuk istirahat ketika bayi juga dalam kondisi istirahat sehingga tidak mudah lelah, dan memberitahu ibu untuk melakukan kunjungan ke fasilitas kesehatan jika ada keluhan.

d. Pengkajian melalui *WhatsApp* tanggal 16 Februari 2022 (KF IV)

Ibu mengatakan saat ini sudah tidak ada keluhan, luka jahitan operasi sudah membaik kering dan tidak nyeri, darah nifas sudah tidak keluar hanya keluar seperti keputihan, pemberian ASI masih berlanjut namun saat ini juga menggunakan susu formula karena bayi malas menyusu pada puting yang tenggelam. Diagnosa yang diperoleh yaitu Ny. E usia 26

tahun P₁A₀Ah₁ post *sectio caesarea* hari ke-26 normal. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memotivasi ibu untuk selalu memberikan ASI eksklusif pada bayinya dengan telaten karena nutrisi yang terbaik untuk baik ada pada ASI serta untuk tumbuh kembang bayi mengingat panjang badan bayi saat lahir tergolong kurang sehingga dengan diberikannya ASI eksklusif dapat menyeimbangkan pertumbuhan dan perkembangan bayi, menganjurkan ibu untuk rajin memompa ASI pada puting yang tenggelem, menganjurkan ibu untuk tetap menyusui bayinya pada payudara kanan yang putingnya normal, mengingatkan ibu untuk imunisasi bayinya, menganjurkan ibu mulai mendiskusikan dengan suami mengenai alat kontrasepsi yang akan digunakan, memberikan KIE mengenai alat kontrasepsi yang aman digunakan untuk ibu menyusui.

5. Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana

Pengkajian pada tanggal 23 Februari 2022 melalui *WhatsApp*, ibu mengatakan setelah berdiskusi dengan suami, ibu belum berniat menggunakan kontrasepsi karena belum mendapat persetujuan dari suami untuk menggunakan kontrasepsi jenis pil, suntik, IUD maupun implant. Namun ibu menggunakan metode kontrasepsi jenis kalender untuk mencegah dan mengatur jarak kehamilan. Ibu saat ini memberikan ASI eksklusif kepada bayinya. Ibu belum mendapatkan haid kembali. Ibu tidak pernah menderita atau sedang menderita penyakit hipertensi, jantung, DM, kanker payudara, tumor payudara, miom. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberikan KIE pada ibu terkait jenis-jenis kontrasepsi yang aman untuk ibu menyusui, menganjurkan ibu untuk mengkombinasikan metode kalender dengan kondom supaya memperkecil kemungkinan kegagalan kontrasepsi, menganjurkan ibu jika sudah berkeinginan untuk menggunakan KB maka disegerakan agar dapat mengatur jarak kehamilan.

B. Kajian Teori

1. Asuhan Berkesinambungan (*Continuity of Care*)

Continuity of care dalam kebidanan merupakan serangkaian kegiatan pelayanan berkesinambungan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, serta keluarga berencana.⁶ Kemenkes RI menyatakan bahwa asuhan kebidanan berkelanjutan terdiri dari pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan, dan masa sesudah melahirkan, penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi, serta pelayanan kesehatan seksual diselenggarakan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara menyeluruh terpadu dan berkesinambungan. *Continuity of care* yang dilakukan oleh bidan pada umumnya berorientasi untuk meningkatkan kesinambungan pelayanan dalam suatu periode.

Continuity of care memiliki 3 jenis pelayanan yaitu manajemen, informasi dan hubungan. Kesinambungan manajemen melibatkan komunikasi antar perempuan dan bidan. Kesinambungan informasi menyangkut ketersediaan waktu yang relevan. Kedua hal tersebut penting untuk mengatur dan memberikan pelayanan kebidanan.⁶ Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan dari bidan hampir 8 kali lipat lebih besar untuk melakukan persalinan di bidan yang sama. Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan oleh bidan melaporkan kepuasan lebih tinggi terkait informasi, saran, penjelasan, tempat persalinan, persiapan persalinan, pilihan untuk menghilangkan rasa sakit dan pengawasan oleh bidan. Penelitian di Denmark memiliki kesamaan hasil penelitian bahwa dengan *Continuity of care* mendapatkan pengalaman yang membaik, mengurangi morbiditas maternal, mengurangi penggunaan intervensi pada saat persalinan termasuk operasi *Caesar*, meningkatkan jumlah persalinan normal dibandingkan dengan perempuan yang merencanakan persalinan dengan tindakan. Hasil yang signifikan secara *continuity of care* secara *women center* meliputi dukungan, partisipasi dalam pengambilan keputusan, perhatian

terhadap psikologis, kebutuhan dan harapan pada saat akan melahirkan, informasi dan menghargai perempuan.⁷

2. Kehamilan

a. Definisi Kehamilan

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterin mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan. Lamanya kehamilan normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 periode yaitu triwulan pertama dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan. Kehamilan melibatkan perubahan fisik maupun emosional dari ibu serta perubahan sosial dalam keluarga, pada umumnya kehamilan berkembang dengan normal dan menghasilkan kelahiran bayi sehat cukup bulan melalui jalan lahir namun kadang-kadang tidak sesuai dengan yang diharapkan.⁸

b. Perubahan anatomi dan fisiologis

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

Pada kehamilan cukup bulan ketebalan dinding uterus awalnya 5 mm dan beratnya 2 ons menjadi lebih dari 2 pon. Kapasitas awal kurang dari 10 ml meningkat menjadi 5000 ml atau lebih.⁹

Tabel 1. Tinggi Fundus Uteri Sesuai Usia Kehamilan

Tinggi Fundus Uteri	Usia Kehamilan
1/3 di atas simfisis	12 minggu
½ di atas simfisis – pusat	16 minggu
2/3 di atas simfisis	20 minggu
Setinggi pusat	22 minggu
1/3 di atas pusat	28 minggu
½ pusat – prosesus xifoideus	34 minggu
Setinggi prosesus xifoideus	36 minggu
Dua jari di bawah prosesus Xifoideus	40 minggu

Sumber: Manuaba dkk, 2010

Memantau tumbuh kembang janin dengan mengukur Tinggi Fundus Uteri (TFU) satuan cm dengan alat pengukur metlin bahwa TFU ± 2 cm dari usia kehamilan saat itu.⁸

b) Vagina dan Vulva

Akibat peningkatan hormon estrogen, vagina dan vulva mengalami hipervaskularisasi sehingga tampak lebih cerah, agak kebiruan.⁸

2) Mammae

Mammae akan membesar, tegang, memiliki unsur laktogenik, dan memengaruhi sejumlah perubahan metabolik akibat adanya hormon somatomamotropin korionik (*human placental lactogen*). Progesteron dan estrogen juga menstimulasi melanosit sehingga puting dan areola mammae menjadi gelap. Pada kehamilan 12 minggu ke atas keluar cairan berwarna putih jernih dari puting yang disebut kolostrum.⁹

3) Sistem Muskuloskeletal

Ligamen pelvis mengalami relaksasi dalam pengaruh relaksin dan esterogen, memungkinkan pelvis meningkat kemampuan mengakomodasi bagian presentasi selama akhir kehamilan dan persalinan. Simfisis pubis melebar dan sendi sakro-koksigeal menjadi longgar, memungkinkan koksigs tergeser. Perubahan ini menyebabkan rasa tidak nyaman di punggung bawah seperti nyeri punggung bawah dan nyeri ligamen.¹⁰

4) Traktus Urinaria

Pada akhir kehamilan, akan terjadi poliuria akibat kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul menekan kandung kemih dan disebabkan oleh adanya peningkatan sirkulasi darah di ginjal pada kehamilan, sehingga filtrasi di glomerulus juga meningkat.¹¹

5) Sistem Metabolisme

Pada ibu hamil *Basal Metabolic Rate* (BMR) bertambah tinggi hingga 15-20 % yang umumnya ditemui pada trimester ketiga dan membutuhkan banyak kalori untuk dipenuhi sesuai kebutuhannya.¹¹ Pada trimester ke-2 dan ke-3 perempuan dengan gizi baik dianjurkan

menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sedangkan pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing 0,5 kg dan 0,3 kg.⁵

Tabel 2. Rekomendasi Penambahan Berat Badan Selama Hamil

Kategori	Indeks Masa Tubuh (IMT)	Rekomendasi Kenaikan BB (kg)
Rendah	< 19,8	12, 5 – 18
Normal	19,8 – 26	11,5 – 16
Tinggi	26 – 29	7 – 11, 5
Obesitas	> 29	≥ 7
Gemelli		16 – 20, 5

Sumber: Saifuddin dkk, 2009

6) Sistem Integumen

Pigmentasi kulit dipengaruhi oleh meningkatnya *Melanophore Stimulating Hormone* (MSH) yang dikeluarkan oleh hipofisis anterior. Deposit pigmen ini dapat terjadi pada muka yang disebut kloasma gravidarum, areola mammae, linea alba, linea nigra dan pada perut seperti retak-retak yang disebut striae livide.¹¹

c. Faktor Risiko

Kehamilan dan persalinan selalu mempunyai risiko, dengan kemungkinan bahaya yang terjadi komplikasi dalam kehamilan, persalinan, dan nifas.¹² Faktor risiko adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan risiko/bahaya terjadinya komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan atau bayinya.¹³

1) Kelompok I (Ada Potensi Gawat Obstetrik/APGO)

Terdapat 10 faktor risiko yaitu 7 Terlalu dan 3 Pernah. Kelompok ini pada kehamilan yang mempunyai masalah yang perlu diwaspadai. Selama kehamilan, Ibu hamil sehat tanpa ada keluhan yang membahayakan tetapi harus waspada karena ada kemungkinan dapat terjadi penyulit atau komplikasi dalam persalinan.

2) Kelompok II (Ada Gawat Obstetrik/AGO)

Terdapat 8 faktor risiko yaitu tanda bahaya pada saat kehamilan, ada keluhan tetapi tidak darurat.

3) Kelompok III (Ada Gawat Darurat Obstetrik/AGDO)

Terdapat 2 faktor risiko, ada ancaman nyawa ibu dan bayi.

d. Antenatal care

Pelayanan kesehatan ibu hamil diwujudkan melalui pemberian pelayanan antenatal sekurang-kurangnya empat kali selama masa kehamilan, dengan distribusi waktu minimal satu kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan dua kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24 minggu sampai persalinan). Pelayanan antenatal yang dilakukan diupayakan memenuhi standar kualitas:

- 1) Penimbangan berat badan;
- 2) Pengukuran LILA;
- 3) Pengukuran tekanan darah
- 4) Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri);
- 5) Penentuan denyut jantung janin (DJJ);
- 6) Penentuan presentasi janin;
- 7) Penentuan dan pemberian status imunisasi tetanus toksoid sesuai status imunisasi;
- 8) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan;
- 9) Pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein urin dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya);
- 10) Tatalaksana kasus;
- 11) KIE efektif.¹⁴

3. Kehamilan dengan *Cephalopelvic Disproportion* (CPD)

a. Definisi *Cephalopelvic Disproportion* (CPD)

Cephalopelvic Disproportion 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. Dalam kasus CPD, jika kepala janin belum masuk ke dalam pintu atas panggul pada saat term, mungkin akan dilakukan *section caesarea* karena risiko terhadap janin semakin besar apabila persalinan tidak semakin maju. Apabila kepala janin telah masuk ke dalam pintu panggul, pilihannya adalah *section caesarea* elektif atau percobaan persalinan.¹⁵

b. Tipe/Karakteristik Panggul¹⁶

1) Tipe *gynaecoid*

Tipe *gynecoid* merupakan tipe panggul paling ideal, bulat. Bentuk pintu atas panggul seperti elips melintang kiri-kanan, hampir mirip lingkaran. Diameter anteroposterior kira-kira sama dengan diameter transversal. Diameter transversal terbesar terletak ditengah. Dinding samping panggul lurus. Ditemukan pada 45% perempuan, merupakan jenis panggul tipikal wanita (*female type*).

2) Tipe *anthropoid*

Bentuk pintu atas panggul seperti elips membujur anteroposterior. Diameter anteroposterior lebih panjang daripada diameter transversal. Dinding samping panggul lurus. Ditemukan pada 35% perempuan, merupakan jenis panggul tipikal golongan kera (*ape type*).

3) Tipe *android*

Bentuk pintu atas panggul seperti segitiga. Diameter transversal terbesar terletak di posterior dekat sakrum. Dinding samping panggul membentuk sudut yang makin sempit ke arah bawah. Bagian belakangnya pendek dan gepeng, bagian depannya menyempit ke depan. Ditemukan pada 15% perempuan, merupakan jenis panggul tipikal pria (*male type*).

4) Tipe *platypelloid*

Bentuk pintu atas panggul seperti "kacang" atau "ginjal". Dinding samping panggul membentuk sudut yang makin lebar ke arah bawah. Jenis ini ditemukan pada 5% perempuan.

c. Ukuran Panggul

Ukuran panggul penting diketahui terutama pada kehamilan pertama, sehingga ramalan terhadap jalannya persalinan dapat ditentukan. Ukuran-ukuran panggul luar yaitu:¹⁷

- 1) Distansia spinarum: jarak antara kedua spina iliaka anterior superior (24-26 cm).
- 2) Distansia kristarum: jarak antara kedua krista iliaka sinistra dekstra (28-30 cm).
- 3) Konjugata eksterna (distansia boudeloque): diameter antara lumbal ke-5 dengan tepi atas simpisis pubis (18-20 cm).
- 4) Lingkar panggul: jarak antara tepi atas simpisis pubis ke pertengahan antara trokanter dan spinailika anterior superior kemudian ke lumbal ke-5 kembali ke sisi sebelahnya sampai kembali ke tepi atas simpisis pubis (80-90 cm).

Pada panggul ukuran normal, kelahiran pervaginam janin dengan berat badan yang normal tidak akan mengalami kesulitan dalam kelahiran. Karena pengaruh gizi, lingkungan atau hal-hal lain, ukuran-ukuran panggul dapat menjadi lebih kecil dari pada standar normal sehingga bisa terjadi kesulitan dalam persalinan pervaginam. Panggul yang sempit membuat kala II menjadi lama karena di perlukan waktu untuk turunnya kepala dan untuk moulage. Terutama kelainan pada panggul android dengan pintu atas panggul yang berbentuk segitiga berhubungan dengan penyempitan di depan dengan spina iskiadika menonjol kedalam dan dengan arkus pubis menyempit. Salah satu jenis panggul ini menimbulkan distosia yang sukar diatasi.¹⁸ Kesempitan panggul menurut dibagi menjadi:¹⁷

- 1) Kesempitan pintu atas panggul (konjugata vera $\leq$ 10 cm / diameter transversa $<$ 12 cm).
- 2) Kesempitan bidang tengah panggul (jumlah diameter transversa dan diameter sagitalis posterior 13,5 cm, diameter antara spina $<$ 9cm).

- 3) Kesempitan pintu bawah panggul (jarak antara os ischii ≤ 8 cm, arkus pubis dengan sendirinya akan meruncing).

Kombinasi kesempitan pintu atas panggul, bidang tengah panggul, dan pintu bawah panggul. Pengaruh pada persalinan adalah persalinan menjadi lebih lama dari biasa, menyebabkan kelainan presentasi atau posisi janin, dapat terjadi rupture uteri sedangkan pengaruh pada anak adalah kematian maternal meningkat pada partus lama atau kala II yang lebih dari 1 jam. Panggul sempit atau janin besar, terdapat gangguan daya dorong akibat anestesi regional atau sedasi kuat kala II dapat menjadi sangat lama. Persangkaan panggul sempit diantaranya:¹⁷

- 1) Pada primipara kepala anak belum turun setelah minggu ke-36
- 2) Pada primipara ada perut menggantung
- 3) Pada multipara persalinan yang dulu-dulu sulit
- 4) Ada kelainan letak pada hamil tua
- 5) Terdapat kelainan bentuk badan ibu (cebol, skoliosis, pincang)
- 6) Osborn positif

d. Epidemiologi

Disproporsi kepala panggul atau *Cephalopelvic Disproportion* (CPD) umumnya terjadi di negara berkembang dan akibatnya berupa partus macet dan komplikasi persalinannya menjadi salah satu penyebab penting kematian ibu. Kejadian ini lebih sering terjadi di Asia, karena orang-orang Asia cenderung memiliki tinggi badan yang lebih rendah dari orang barat. Hal ini meningkatkan risiko untuk terjadinya CPD.¹⁵

e. Faktor Risiko¹⁷

- 1) Taksiran berat janin yang besar
- 2) Tinggi badan ibu < 145 cm
- 3) BMI sebelum kehamilan dan sebelum kelahiran ≥ 25 kg/m²
- 4) Kenaikan berat badan selama kehamilan ≥ 16 kg
- 5) Nullipara
- 6) Tidak ada pelvimetri yang memadai

f. Faktor Penyebab

1) Faktor Panggul Ibu

a) Defek nutrisi dan lingkungan

- (1) Defek minor: tepi paggul berbentuk segitiga (android), tepi paggul datar (platipeloid).
- (2) Defek mayor: rakitis, osteomalasia.

b) Penyakit atau cidera

- (1) Spinal (kifosis, skoliosis, spondilolistesis).
- (2) Pelvik (tumor, fraktur, karies).
- (3) Anggota gerak (atrofi, poliomyelitis pada masa kanak-kanak, dislokasi paggul kongenital).

c) Malformasi kongenital

- (1) Pelvis naegel dan pelvis robert.
- (2) Pelvis asimilasi.

Pintu paggul dapat dikatakan sempit jika diameternya lebih kecil 1-2 cm atau lebih. Kesempitan paggul bisa pada pintu atas paggul, ruang tengah paggul atau pintu bawah paggul, ataupun kombinasi dari ketiganya. Pembagian tingkatan paggul sempit:¹⁷

a) Tingkat I: CV = 9 – 10 cm = borderline

b) Tingkat II: CV = 8 – 9 cm = relatif

c) Tingkat III: CV = 6 – 8 cm = ekstrim

d) Tingkat IV: CV = 6 cm = mutlak (absolut)

Pembagian tingkatan kesempitan paggul menurut tindakan:¹⁷

a) CV = 8 – 10 cm = partus percobaan

b) CV = 6 – 8 cm = SC primer

c) CV = 6 cm = SC mutlak (absolut)

d) Inlet dianggap sempit bila CV <10>

2) Faktor Janin

a) 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 hereditas, multiparitas. Janin besar disebut juga makrosomia atau bila lingkaran kepala janin 37-40 cm, dan untuk persalinan pervaginam dilakukan pada janin dengan lingkaran kepala <37 cm.¹⁵

b) 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.¹⁵

g. Pemeriksaan Adanya *Cephalopelvic Disproportion* (CPD)

Dalam usaha menentukan apakah seorang bayi akan dapat dilahirkan pervaginam tanpa menimbulkan perlukaan pada dirinya maupun pada ibunya, cara-cara pemeriksaan perlu dilaksanakan:¹⁷

1) Anamnesis

Informasi yang dicari tergantung pada paritas penderita. Kalau ada riwayat kehamilan dan persalinan sebelumnya maka perincian mengenai kehamilan dan persalinan tersebut sangat membantu dalam menetapkan prognosisnya. Saat anamnesis dapat ditanyakan riwayat persalinan dengan makrosomia atau kontraktur pelvis pada pasien maupun keluarga pasien. Riwayat penyakit seperti diabetes gestasional perlu ditanyakan karena dapat mengakibatkan makrosomia.¹⁶ Riwayat penyakit lain yang dapat mempengaruhi kondisi panggul seperti skoliosis, fraktur pelvis, dan rakitis juga harus ditanyakan karena akan menjadi pertimbangan untuk dilakukan pelvimetri radiologi. Tanyakan

juga pada pasien metode persalinan sebelumnya. Pada proses kehamilan, terutama saat usia kehamilan lanjut >36 minggu, PAP yang sempit membuat janin tidak dapat turun, sehingga fundus uteri tetap tinggi dan ibu mengeluhkan sesak, sulit bernapas, rasa penuh di ulu hati, dan perut yang besar membentuk abdomen pendulum (perut gantung).¹⁹ Umumnya pada primigravida dengan panggul normal kepala akan masuk panggul kurang lebih 3 minggu sebelum aterm. Sebaliknya pada presentasi bokong seringkali bokong baru turun setelah dalam persalinan.¹⁹

2) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik CPD dapat dilakukan saat antenatal atau melalui pemeriksaan panggul saat inpartu. Pemeriksaan panggul dapat dilakukan dengan pelvimetri klinis baik eksternal maupun internal.¹⁷

a) Pemeriksaan Antropometri

Selain ukuran panggul yang sempit, kriteria lain yang perlu dinilai pada antropometri adalah tinggi badan ≤ 145 cm dapat digunakan untuk mendiagnosis tinggi badan rendah dan berisiko untuk terjadinya partus macet. Ibu terlihat pendek, skoliosis, kifosis, kelainan panggul, dan lain-lain. Pertambahan berat badan ibu >15 kg (biasanya berhubungan dengan ukuran janin yang besar), dan BMI ibu >30.¹⁷

b) Palpasi

Menentukan bagian terbawah janin, pemeriksaan panggul luar dan dalam. Ketiganya digunakan untuk perhitungan pelvimetri klinis.¹⁷

c) *Pelvimetri Eksternal*

Pemeriksaan pelvimetri eksternal dilakukan menggunakan instrumen yang disebut Berisky pelvimeter. Pada pelvimetri eksternal dilakukan pengukuran jarak antara krista iliaka, jarak antara spina iliaka anterosuperior, jarak intertrokanter, jarak diagonal transversal area Michaelis-sakrum, dan intertuberositas. Di daerah terpencil, di mana pelvimetri radiologi tidak tersedia, pelvimetri

eksternal dapat menjadi alternatif yang murah dan mudah digunakan untuk memprediksi risiko distosia akibat CPD.¹⁷

d) *Pelvimetri Internal*

Pemeriksaan fisik lain untuk memprediksi CPD adalah melalui *pelvimetri internal*. *Pelvimetri internal* dilakukan dengan cara *vaginal toucher* (VT)/pemeriksaan dalam menggunakan jari telunjuk dan tengah untuk mengevaluasi kapasitas panggul, yakni bagian pintu atas panggul (PAP), ruang tengah panggul (RTP), dan pintu bawah panggul (PBP). Pelvimetri internal berbeda dengan VT biasa yang rutin dikerjakan pada persalinan yang bertujuan mengevaluasi bukaan serviks, kantong amnion, penurunan, dan posisi janin. Menurut WHO, *pelvimetri internal* tidak dianjurkan untuk dilakukan secara rutin pada ibu hamil yang sehat dengan kemajuan persalinan yang normal. *Pelvimetri internal* umumnya dilakukan saat pasien mengalami inpartu. Pemeriksaan ini dapat menimbulkan rasa tidak nyaman pada pasien. *Pelvimetri internal* dapat digunakan untuk mendapatkan gambaran kualitatif struktur panggul dan mengidentifikasi risiko distosia pada pasien. Hasil pemeriksaan pelvimetri internal yang normal adalah:

- (1) Bagian tepi atas tulang panggul bulat
- (2) Konjugata diagonalis $\geq 12,5$ cm
- (3) Ketebalan simfisis pubis cukup, sejajar dengan sakrum
- (4) Sakrum berongga, kelengkungan cukup
- (5) Dinding tepi panggul lurus
- (6) Spina ischiadika tumpul
- (7) Diameter interspinarum ≥ 10 cm
- (8) Lebar tonjolan sakroskiatik 2,5-3 jari
- (9) Sudut suprapubik >90 derajat (lebar 2 jari)
- (10) Diameter antara tuberositas >8 cm (sekepalan tangan)
- (11) Coccyx mobile
- (12) Diameter anteroposterior PBP ≥ 11 cm

h. Komplikasi *Cephalopelvic Disproportion* (CPD)¹⁶

1) Komplikasi pada kehamilan

- a) Pada kehamilan lanjut inlet yang sempit tidak dapat dimasuki oleh bagian terbawah janin, menyebabkan fundus tetap tinggi, keluhan sesak, sulit bernapas, terasa penuh diulu hati dan perut besar.
- b) Bagian terbawah janin masih bisa digoyangkan
- c) Perut seperti abdomen pendulus.
- d) Dijumpai kesalahan-kesalahan letak.
- e) Fiksasi kepala tidak ada bahkan setelah persalinan dimulai.
- f) Sering dijumpai tali pusat menumbung

2) Komplikasi pada persalinan

a) Pada ibu

Persalinan akan berlangsung lama, sering dijumpai KPD, karena kepala tidak mau turun dan sering terjadi tali pusat menumbung, sering terjadi inertia uteri sekunder, pada panggul sempit menyeluruh bahkan sering didapati inertia uteri sekunder, partus yang lama akan menyebabkan peregangan segmen bawah rahim dan bila berlarut-larut menyebabkan rupture uteri, dapat terjaddi simfiolisis, partus lama mengakibatkan oedema dan hematoma jalan lahir yang kelak dapat menjadi nekrotik dan terjadilah fistula.¹³

b) Pada bayi

Infeksi intrapartal, kematian janin intrapartal, moulage kepala berlangsung lama, prolaps funipuli, perdarahan intracarnial, caput succedaneum sefalo-hematoma yang besar, robekan pada tentorium selebri dan perdarahan otak karena moulage yang hebat dan lama.¹³

i. Penatalaksanaan *Cephalopelvic Disproportion* (CPD)

1) Partus Percobaan

Untuk menilai kemajuan persalinan dan memperoleh bukti ada atau tidaknya disproporsi kepala panggul, dapat dilakukan dengan partus percobaan. Pada panggul sempit berdasarkan pemeriksaan pada hamil tua diadakan penilaian tentang bentuk serta ukuranukuran

panggul dalam semua bidang dan hubungan antara kepala janin dan panggul, dan setelah dicapai kesimpulan bahwa ada harapan bahwa persalinan dapat berlangsung pervaginam dengan selamat, dapat diambil keputusan untuk dilakukan persalinan percobaan. Persalinan ini merupakan suatu tes terhadap kekuatan his dan daya akomodasi, termasuk molase kepala janin.²⁰

Partus dikatakan maju apabila partus berjalan fisiologis, terjadi perubahan pada pembukaan serviks, tingkat turunnya kepala, dan posisi kepala (rotasi). Jika tidak terjadi perubahan tersebut maka disebut partus tidak maju. Apabila terjadi kegagalan, partus dihentikan dengan indikasi dan harus dilakukan seksio sesarea.²⁰

2) *Sectio Caesarea*

Sectio caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina, atau *sectio caesarea* adalah suatu histerotomia melahirkan janin dari dalam rahim.³ *Sectio caesarea* dilakukan untuk mencegah hal-hal yang membahayakan nyawa ibu. Panggul sempit apabila ukurannya 1-2 cm kurang dari ukuran yang normal.

Sectio caesarea elektif direncanakan lebih dulu dan dilakukan pada kehamilan cukup bulan karena kesempitan panggul yang cukup berat/absolut atau karena terdapat disproporsi kepala panggul yang cukup nyata. *Sectio caesarea* sekunder dilakukan karena partus percobaan dianggap gagal atau karena timbul indikasi untuk menyelesaikan persalinan selekas mungkin, sedang syarat-syarat untuk persalianan pervaginam tidak atau belum terpenuhi.

Menurut Ramadanty (2019), penatalaksanaan *Sectio Caesarea* adalah sebagai berikut:²¹

- a) Pemberian Cairan Karena 24 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan per intra vena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa

diberikan biasanya DS 10%, garam fisiologi dan RL secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan.

- b) Diet Pemberian cairan per infus biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan per oral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 sampai 8 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh.
- c) Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi : Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 sampai 10 jam setelah operasi, Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar, Hari kedua post operasi, penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya, Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (*semi fowler*), Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke-3 sampai hari ke-5 pasca operasi.
- d) Katerisasi Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan rasa tidak enak pada penderita, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan perdarahan. Kateter biasanya terpasang 24 – 48 jam/lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita.
- e) Pemberian Obat-Obatan Antibiotik cara pemilihan dan pemberian antibiotik sangat berbeda-beda sesuai indikasi.
- f) Analgetik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan Obat yang dapat diberikan melalui suppositoria obat yang diberikan ketoprofen 100 mg sup 2x/24 jam, atau dapat diberikan tramadol atau paracetamol 500 mg tiap 6 jam, melalui injeksi ranitidin 50 mg diberikan setiap 6 jam bila perlu.
- g) Obat-obatan lain untuk meningkatkan vitalitas dan keadaan umum penderita dapat diberikan caboransia seperti neurobian I vit C.

- h) Perawatan luka dapat dilakukan dengan melihat kondisi balutan luka pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti.
- i) Pemeriksaan rutin seperti suhu, tekanan darah, nadi, dan pernafasan.
- j) Perawatan Payudara meliputi pemberian ASI dapat dimulai pada hari pertama post operasi jika ibu memutuskan tidak menyusui, pemasangan pembalut payudara yang mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi, biasanya mengurangi nyeri.

Menurut NANDA NIC-NOC (2015) komplikasi pada pasien *Sectio Caesarea* adalah:²²

- a) Komplikasi pada ibu Infeksi puerperalis, bisa bersifat ringan seperti kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas, atau bersifat berat seperti peritonitis, sepsis dan sebagainya. Infeksi postoperatif terjadi apabila sebelum pembedahan sudah ada gejala-gejala yang merupakan predisposisi terhadap kelainan itu (partus lama khususnya setelah ketuban pecah, tindakan vaginal sebelumnya). Perdarahan, bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang cabang arteri uterina ikut terbuka atau karena atonia uteri. Komplikasi-komplikasi lain seperti luka kandung kencing dan embolisme paru. suatu komplikasi yang baru kemudian tampak ialah kuatnya perut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa ruptur uteri. Kemungkinan hal ini lebih banyak ditemukan sesudah *Sectio Caesarea*.
- b) Komplikasi-komplikasi lain seperti luka kandung kemih, dan embolisme paru.
- c) Komplikasi baru yang kemudian tampak ialah kurang kuatnya perut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptur uteri. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah *Sectio Caesarea* Klasik.

3) Simfisiotomi

Simfisiotomi adalah sebuah operasi untuk memperbesar kapasitas pelvis dengan memotong jaringan ikat tulang pubis di bagian depan pelvis.

4. Persalinan

a. Definisi

Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37–42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.⁸ Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu yang dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks, dan diakhiri dengan kelahiran plasenta.

b. Jenis-jenis

1) Persalinan Normal

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin.²³ Persalinan normal dimulai dengan kala I persalinan yang didefinisikan sebagai pemulaan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks yang progresif, dan diakhiri dengan pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan normal disebut juga sebagai persalinan spontan, yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri dan melalui jalan lahir.²⁴

2) Persalinan Buatan

Persalinan buatan adalah proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar, misalnya ekstraksi dengan forceps atau dilakukan operasi *section caesarea*.²⁴

3) Persalinan Anjuran

Persalinan anjuran adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan misalnya pemberian pitocin dan prostaglandin.²⁴

c. Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi.²⁵

d. Etiologi

Beberapa teori yang menyebabkan mulainya persalinan adalah sebagai berikut:¹⁷

1) Penurunan Kadar Progesterone

Progesterone menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his. Produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu.

2) Teori Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar *hipofisis pars posterior*. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Di akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga oksitosin bertambah dan meningkatkan aktivitas otot-otot rahim yang memicu terjadinya kontraksi sehingga terdapat tanda-tanda persalinan.

3) Keregangan otot-otot

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Seperti halnya dengan Bladder dan Lambung, bila dindingnya teregang oleh isi yang bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot dan otot-otot rahim makin rentan.

4) Pengaruh Janin

Hipofise dan kelenjar suprarenal janin juga memegang peranan karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasa, karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturasi janin, dan induksi (mulainya) persalinan.

5) Teori Prostaglandin

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

6) Teori Iritasi Mekanis

Pada area belakang serviks terletak ganglion servikalis (fleksus frankenhauser), bila ganglion ini digeser dan ditekan (misalnya oleh kepala janin), maka akan timbul kontraksi uterus.

e. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Tiga faktor utama yang menentukan prognosis persalinan adalah kekuatan (*power*), jalan lahir (*passage*), janin (*passanger*), dan ada dua faktor lain yang juga sangat berpengaruh terhadap keberhasilan asuhan persalinan yaitu faktor posisi dan psikologi.²⁶

1) Kekuatan (*power*)

Power adalah kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, dengan kerja sama yang baik dan sempurna. Kekuatan terdiri dari kemampuan

ibu melakukan kontraksi involunter dan volunteer secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi involunter disebut juga kekuatan primer, menandai dimulainya persalinan. Apabila serviks dilatasi, usaha volunteer dimulai untuk mendorong, yang disebut kekuatan sekunder, dimana kekuatan ini memperbesar kekuatan kontraksi involunter.²⁵

2) Jalan lahir (*Passage*)

Jalan lahir terdiri atas panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relative kaku, oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai. Jalan lahir dibagi atas bagian keras yang terdiri dari tulang-tulang panggul dan bagian lunak yang terdiri dari uterus, otot dasar panggul dan perineum.⁸

3) Janin, Plasenta dan Air Ketuban (*Passanger*)

Passanger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, plasenta, letak, sikap, dan posisi janin.

a) Janin

Hubungan janin dengan jalan lahir:

- (1) Sikap: Menunjukkan hubungan bagian-bagian janin satu sama lain. Biasanya tubuh janin berbentuk lonjong (*avoid*) kira-kira sesuai dengan kavum uterus.
- (2) Letak (situs): Menunjukkan hubungan sumbu janin dengan sumbu jalan lahir. Bila kedua sumbu sejajar disebut letak memanjang, namun bila tegak lurus satu sama lain disebut letak lintang.
- (3) Presentasi dan bagian bawah: Presentasi menunjukkan bagian janin yang berada di bagian terbawah jalan lahir.
- (4) Posisi dan Penyebutnya: Posisi menunjukan hubungan bagian janin tertentu (penyebut, umpamanya ubun-ubun kecil, dagu atau

sacrum) dengan bagian kiri, kanan, depan, lintang (lateral) dan belakang dari jalan lahir.²⁷

b) Plasenta²⁵

Plasenta juga harus melalui jalan lahir, sehingga ia juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada persalinan normal. Dimana plasenta memiliki peranan berupa transport zat dari ibu ke janin, penghasil hormon yang berguna selama kehamilan, serta sebagai barier. Melihat pentingnya peranan dari plasenta maka bila terjadi kelainan pada plasenta akan menyebabkan kelaianan pada janin ataupun mengganggu proses persalinan.

c) Air ketuban

Air ketuban dapat dijadikan acuan dalam menentukan diagnosa kesejahteraan janin.²⁷

4) Posisi

Ganti posisi secara teratur kala II persalinaan karena dapat mempercepat kemajuan persalinan. Bantu ibu memperoleh posisi yang paling nyaman sesuai dengan keinginannya.

5) Psikologi ibu

Melibatkan psikologi ibu, emosi dan persiapan intelektual, pengalaman bayi sebelumnya, kebiasaan adat, dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.²⁸ Kehadiran pendamping pada saat persalinan dapat menimbulkan efek positif terhadap persalinan, dalam arti dapat menurunkan morbiditas, mengurangi rasa sakit, mempersingkat persalinan, dan menurunkan angka persalinan dengan operasi termasuk bedah besar. Selain itu, kehadiran pendamping persalinan dapat memberikan rasa nyaman, semangat, dukungan emosional, dan dapat membesarkan hati ibu.

6) Penolong persalinan

Kehadiran penolong yang berkesinambungan dengan memelihara kontak mata seperlunya, memberi rasa nyaman, sentuhan pijatan dan

dorongan verbal, pujian serta penjelasan mengenai apa yang terjadi dan beri berbagai informasi.

7) Pendamping persalinan

Pendamping persalinan merupakan faktor pendukung dalam lancarnya persalinan. Dorong dukungan berkesinambungan, harus ada seseorang yang menunggu setiap saat, memegang tangannya dan memberikan kenyamanan.

f. Tanda dan Gejala Persalinan

1) Tanda-tanda persalinan sudah dekat¹⁷

a) *Lightening*

Lightening yang mulai dirasa kira-kira dua minggu sebelum persalinan, adalah penurunan bagian presentasi janin kedalam pelvis minor. Pada minggu ke 36 pada primigravida terjadi penurunan fundus karena kepala bayi sudah memasuki pintu atas panggul yang disebabkan oleh: Kontraksi *braxton hicks*, ketegangan otot, ketegangan ligamentum rotundum dan gaya berat janin kepala kearah bawah.¹⁷

b) Terjadinya his permulaan

Makin tua usia kehamilan pengeluaran progesterone dan estrogen semakin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi, yang lebih sering yang disebut his palsu, sifat his palsu yaitu rasa nyeri ringan dibagian bawah, datangnya tidak teratur, tidak ada perubahan serviks, durasinya pendek, tidak bertambah jika beraktivitas.²⁹

2) Tanda-tanda persalinan¹⁷

a) Timbulnya kontraksi uterus

Timbulnya his persalinan dengan sifat-sifat sebagai berikut: Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan, pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin lama makin pendek dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan serviks,

makin beraktifitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi, kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit), kontraksi yang terjadi dapat menyebabkan pendataran, penipisan dan pembukaan serviks.¹⁷

b) Penipisan dan pembukaan serviks

Penipisan dan pembukaan serviks ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula.²⁹ Pada akhir bulan ke-IX hasil pemeriksaan serviks menunjukkan bahwa serviks yang tadinya tertutup, panjang dan kurang lunak, kemudian menjadi lebih lembut, dan beberapa menunjukkan telah terjadi pembukaan dan penipisan. Perubahan ini berbeda untuk masing-masing ibu, misalnya pada multipara sudah terjadi pembukaan 2 cm namun pada primipara sebagian besar masih dalam keadaan tertutup.

c) *Bloody show* (lendir disertai darah dari jalan lahir)

Plak lender disekresi serviks sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Plak ini menjadi sawar pelindung dan menutup jalan lahir selama kehamilan. Pengeluaran plak inilah yang dimaksud sebagai *bloody show*. *Bloody show* paling sering terlihat sebagai rabas lendir bercampur darah yang lengket dan harus dibedakan dengan cermat dari perdarahan murni. *Bloody show* merupakan tanda persalinan yang akan terjadi, biasanya dalam 24 sampai 48 jam. 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.³⁰

d) Ketuban Pecah

Pada kondisi normal, ketuban pecah pada akhir kala I persalinan. Apabila terjadi sebelum awitan persalinan (sebelum umur kehamilan 37 minggu) dan terjadi saat sudah memasuki waktunya tetapi dalam 24 jam tidak terjadi persalinan, keadaan tersebut adalah ketuban

pecah dini (KPD). Kurang lebih 80% wanita yang mendekati usia kehamilan cukup bulan dan mengalami KPD mulai mengalami persalinan spontan mereka dalam waktu 24 jam.³¹

g. Tahapan Persalinan

1) Kala I

Persalinan kala I meliputi fase pembukaan 1-10 cm, yang ditandai dengan penipisan dan pembukaan serviks, kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit), cairan lendir bercampur darah (*show*) melalui vagina. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler serta kanalis servikalis karena pergeseran serviks mendatar dan terbuka.²⁹

Kala I dibagi atas 2 fase yaitu:

- a) Fase laten, dimana pembukaan serviks berlangsung lambat, dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai 3 cm, berlangsung dalam 7-8 jam. Hal yang perlu dicatat di lembar observasi pada kala I fase laten, yaitu: denyut jantung janin (DJJ) diperiksa setiap 1 jam, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus diperiksa setiap 1 jam, nadi diperiksa setiap 30-60 menit, suhu tubuh diperiksa setiap 4 jam, tekanan darah diperiksa setiap 4 jam, pembukaan serviks dan penurunan kepala diperiksa setiap 4 jam sekali.
- b) Fase aktif (pembukaan serviks 4-10 cm), pada fase aktif frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/ memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan bagian terbawah janin. Dari pembukaan 4 hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata per jam (*primipara*) atau lebih 1 cm hingga 2 cm (*multipara*).²⁹ Fase aktif berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase, yaitu:³²

- (1) Periode akselerasi: berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
- (2) Periode dilatasi maksimal: berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
- (3) Periode deselerasi: berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan jadi 10 cm atau lengkap.

2) Kala II

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi. Tanda dan gejala kala II yaitu: his semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50-100 detik, menjelang akhir kala I ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.³¹ Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan/ atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka.⁸ Pada waktu his kepala janin mulai terlihat, vulva membuka dan perineum meregang. Dengan his mendedan yang terpimpin akan lahirlah kepala dengan diikuti seluruh badan janin. Kala II pada primi 1½ – 2 jam, pada multi ½ – 1 jam. Pada saat kala II, pendamping persalinan harus menjaga kenyamanan ibu, memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan ibu, mengatur posisi sesuai kenyamanan ibu, menjaga kandung kemih tetap kosong, memberikan minum yang cukup, memimpin persalinan, memantau DJJ, melahirkan bayi, merangsang bayi.

3) Kala III

Kala III dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Partus kala III disebut juga kala uri. Seluruh prosesnya biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir.⁸ Kala III merupakan periode waktu dimana penyusutan volume rongga uterus setelah kelahiran bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan

berkurangnya ukuran tempat perlengketan plasenta. Setelah bayi lahir kontraksi rahim istirahat sebentar. Uterus teraba keras dengan fundus uterus setinggi pusat, dan berisi plasenta yang menjadi tebal 2 kali sebelumnya. Beberapa saat kemudian timbul his pelepasan dan pengeluaran uri. Dalam waktu 5-10 menit plasenta terlepas, terdorong ke dalam vagina akan lahir spontan atau sedikit dorongan dari atas simfisis atau fundus uteri.¹⁷

Penatalaksanaan kala III yaitu dengan manajemen aktif kala III. Manajemen aktif kala III berupa jepit potong tali pusat, sedini mungkin, pemberian oksitosin 10 IU sesegera mungkin dengan mengecek janin tunggal, melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT) dan masase fundus setelah plasenta lahir.

4) Kala IV

Dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu. Paling kritis karena proses perdarahan yang berlangsung. Masa 1 jam setelah plasenta lahir. Pemantauan 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran plasenta, 30 menit pada jam kedua setelah persalinan, jika kondisi ibu tidak stabil, perlu dipantau lebih sering. Observasi intensif karena perdarahan yang terjadi pada masa ini. Observasi yang dilakukan yaitu: tingkat kesadaran penderita, pemeriksaan tanda vital, kontraksi uterus, perdarahan, dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc.¹⁷

Asuhan dan pemantauan pada kala IV:³¹

- a) Kesadaran ibu, mencerminkan kebahagiaan karena tugasnya untuk mengeluarkan bayi telah selesai.
- b) Pemeriksaan: tekanan darah, nadi, dan pernapasan dan suhu; kontraksi rahim yang keras; perdarahan yang mungkin terjadi dari plasenta rest, luka episiotomi, perlukaan pada serviks; kandung kemih dikosongkan karena dapat mengganggu kontraksi rahim.
- c) Bayi yang telah dibersihkan diletakkan disamping ibunya agar dapat memulai pemberian ASI.

d) Observasi selama 2 jam dengan interval pemeriksaan setiap jam.

h. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan normal adalah gerakan janin menyesuaikan ukuran dirinya dengan ukuran panggul ibu saat kepala melawati panggul yang meliputi gerakan:

1) Engagement

Peristiwa ketika diameter biparietal melewati pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang/oblig di dalam jalan lahir dan sedikit fleksi. Penurunan dimulai sebelum inpartu. Penurunan kepala terjadi bersamaan dengan mekanisme lainnya. Kekuatan yang mendukung antara lain tekanan cairan amnion, tekanan langsung fundus pada bokong janin, dan kontraksi otot abdomen.

2) Fleksi

Pada permulaan persalinan kepala janin biasanya berada dalam sikap fleksi. Dengan adanya his dan tahanan dari dasar panggul yang makin besar, maka kepala janin makin turun dan semakin fleksi sehingga dagu janin menekan pada dada dan belakang kepala (oksiput) menjadi bagian bawah. Keadaan ini dinamakan fleksi maksimal. Dengan fleksi maksimal kepala janin dapat menyesuaikan diri dengan ukuran panggul ibu.

3) Rotasi dalam atau putaran paksi dalam

Makin turunnya kepala janin dalam jalan lahir, kepala janin akan berputar sedemikian rupa sehingga diameter terpanjang rongga panggul atau diameter antero-posterior kepala janin akan bersesuaian dengan diameter terkecil antero-posterior pintu bawah panggul. Hal ini karena kepala janin bergerak spiral sewaktu turun dalam jalan lahir. Bahu tidak berputar bersama-sama dengan kepala akan membentuk sudut 45 derajat. Keadaan demikian disebut putaran paksi dalam dan ubun-ubun kecil berada dibawah simpisis.

4) Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai didasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir dari pintu bawah panggul mengarah ke depan dan ke atas.

5) Rotasi luar/putaran paksi luar

Setelah ekstensi kemudian diikuti dengan putaran paksi luar yang pada hakikatnya kepala janin menyesuaikan kembali dengan sumbu panjang bahu, sehingga sumbu panjang bahu dengan sumbu kepala janin berada pada satu garis lurus.

6) Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai di bawah symphysis dan menjadi sumbu putar untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu belakang menyusul dan selanjutnya seluruh tubuh bayi lahir searah dengan paksi jalan lahir.³³

i. Penatalaksanaan

1) Asuhan Persalinan Kala I

a) Dukungan emosional

Dukungan serta anjurkan suami dan anggota keluarga mendampingi ibu selama persalinan dan minta untuk berperan aktif dalam mendukung dan mengenali berbagai upaya yang mungkin sangat membantu kenyamanan ibu.

b) Mengatur posisi nyaman

Anjurkan ibu untuk mencoba posisi-posisi yang nyaman selama persalinan dan melahirkan bayi dan anjurkan suami atau keluarga untuk mendampingi, seperti berjalan, berdiri, duduk, jongkok, berbaring miring, merangkak. Beri tahu ibu untuk tidak berbaring telentang lebih 10 menit (posisi ini dapat menimbulkan tekanan uterus dan isinya menekan vena cava inferior yang berakibat turunnya aliran darah dari sirkulasi ibu ke plasenta dan menyebabkan hipoksia).

c) Memberikan cairan dan nutrisi

Anjurkan ibu mendapatkan asupan (makanan ringan dan minum) selama persalinan dan kelahiran bayi, karena hal ini akan memberikan banyak energi dan mencegah dehidrasi.

d) Monitoring kemajuan persalinan

Monitoring kemajuan persalinan kala I dilakukan dengan lembar observasi untuk fase laten, sedangkan untuk fase aktif menggunakan partograf. Yang perlu dilakukan pencatatannya adalah:

- (1) DJJ, Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus, Nadi setiap 30 menit.
- (2) Pembukaan servik, penurunan bagian terbawah janin, Tekanan Darah setiap 4 jam.
- (3) Produksi urin, aseton dan protein setiap 2 sampai 4 jam.
- (4) Persiapan Pertolongan (jika sudah masuk fase aktif)

2) Asuhan persalinan kala II

a) Mengenali tanda gejala kala II seperti: Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran (doran), tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina (teknus), *Perineum* tampak menonjol (perjol), *Vulva* dan *singter ani* membuka (vulva).

b) Menyiapkan pertolongan persalinan

- (1) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksanakan komplikasi ibu dan BBL.
- (2) Pakai celemek plastik
- (3) Mencuci tangan (sekitar 15 detik) dan keringkan dengan *tissue*/handuk.
- (4) Pakai sarung tangan DDT pada tangan yang digunakan untuk periksa dalam

- (5) Masukkan oksitosin kedalam *sput* (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT/steril, pastikan tidak terjadi kontaminasi pada *sput*).
- c) Memastikan Pembukaan Lengkap dan Keadaan Janin Baik
- (1) Membersihkan vulva dan perineum, mengusap dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas DTT.
 - (2) Lakukan pemeriksaan dalam (PD) untuk memastikan pembukaan lengkap (bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap, lakukan *amniotomi*).
 - (3) Periksa DJJ setelah kontraksi/ saat relaksasi *uterus* bahwa DJJ dalam batas normal (120-160x/menit).
- d) Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk Membantu Proses Meneran
- (1) Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
 - (2) Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran (Bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu keposisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).
 - (3) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran
 - (4) Memberikan dukungan dan semangat kepada ibu
 - (5) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai; Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit meneran (primigravida) atau 60 menit meneran (multigravida).
- e) Membantu Pertolongan Kelahiran Bayi
- (1) Jika kepala bayi telah terlihat di vulva 5-6 cm letakkan handuk bersih di atas perut dan letakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
 - (2) Membantu melahirkan kepala dan badan bayi sesuai dengan langkah APN

- (3) Setelah bayi lahir, lakukan pemotongan tali pusat dan melakukan pertolongan bayi baru lahir

3) Asuhan Persalinan Kala III

- a) Pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir
- b) Melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT), dengan langkah berikut ini:
 - (1) Pindahkan klem pada tali pusat sekitar 5-10 cm dari vulva, satu tangan ditempatkan di abdomen ibu untuk mendeteksi kontraksi dan tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat.
 - (2) Bila uterus berkontraksi maka tegangkan tali pusat ke arah bawah, lakukan tekanan dorso-kranial hingga tali pusat makin menjulur dan korpus uteri bergerak ke atas menandakan plasenta telah lepas dan dapat dilahirkan.
 - (3) Setelah plasenta lepas anjurkan ibu untuk meneran agar plasenta terdorong keluar melalui introitus vagina.
 - (4) Lahirkan plasenta dengan mengangkat tali pusat ke atas dan menopang plasenta dengan tangan lainnya untuk meletakkan dalam wadah penampung.
 - (5) Pegang plasenta dengan kedua tangan dan secara lembut putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil menjadi satu.
 - (6) Lakukan penarikan dengan lembut dan perlahan-lahan untuk melahirkan selaput ketuban.
- c) Melakukan massase fundus uteri, dengan meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan massase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus terasa keras) untuk mencegah perdarahan.

4) Asuhan Persalinan Kala IV

Melakukan pemantauan tekanan darah, nadi, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan 30 menit pada 1 jam kedua. Tujuan dari pemantauan ini adalah untuk

memastikan ibu dan bayi berada dalam kondisi stabil serta mendeteksi dini komplikasi pasca bersalin dan mengambil tindakan yang tepat untuk melakukan stabilisasi.

5. Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Bayi baru lahir (Neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstrasuterine) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik.³⁴ Bayi baru lahir atau neonatus adalah masa kehidupan neonatus pertama di luar rahim sampai dengan usia 28 hari dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim menjadi di luar rahim. Pada masa ini terjadi pematangan organ hampir di semua sistem.³⁵ Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram.²³

b. Klasifikasi

Bayi baru lahir atau neonatus di bagi dalam beberapa kasifikasi yaitu :³⁶

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 (*postterm 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) Nenonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
- b) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)

c. Karakteristik Bayi Baru Lahir

Ciri-ciri bayi baru lahir normal adalah lahir aterm antara 37 – 42 minggu, berat badan 2500 – 4000 gram, panjang lahir 48 – 52 cm. lingkara dada 30 – 38 cm, lingkara kepala 33 – 35 cm, lingkara lengan 11 – 12 cm, frekuensi denyut jantung 120 – 160 kali/menit, kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup, rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai APGAR >7, gerakan aktif, bayi langsung menangis kuat, genetalia pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang sedangkan genetalia pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uterus yang berlubang labia mayora menutup labia minora, refleks *rooting* (mencari puting susu) terbentuk dengan baik, refleks *sucking* sudah terbentuk dengan baik, refleks *grasping* sudah baik, eliminasi baik, urin dan mekonium keluar dalam 24 jam pertama berwarna hitam kecoklatan.²³

d. Penatalaksanaan

Semua bayi diperiksa segera setelah lahir untuk mengetahui apakah transisi dari kehidupan intrauterine ke ekstrauterine berjalan dengan lancar dan tidak ada kelainan. Pemeriksaan medis komprehensif dilakukan dalam 24 jam pertama kehidupan. Pemeriksaan rutin pada bayi baru lahir harus dilakukan, tujuannya untuk mendeteksi kelainan atau anomali kongenital yang muncul pada setiap kelahiran dalam 10-20 per 1000 kelahiran, pengelolaan lebih lanjut dari setiap kelainan yang terdeteksi pada saat antenatal, mempertimbangkan masalah potensial terkait riwayat kehamilan ibu dan kelainan yang diturunkan, dan memberikan promosi kesehatan, terutama pencegahan terhadap *sudden infant death syndrome* (SIDS).³⁷ Tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir adalah untuk membersihkan jalan napas, memotong dan merawat tali pusat, mempertahankan suhu tubuh bayi, identifikasi, dan pencegahan infeksi. Asuhan bayi baru lahir meliputi:

- 1) Pencegahan Infeksi (PI)
- 2) Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi untuk menilai apakah bayi mengalami asfiksia atau tidak dilakukan penilaian sepiantas setelah seluruh tubuh bayi lahir dengan tiga pertanyaan:
 - a) Apakah kehamilan cukup bulan?
 - b) Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?
 - c) Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

Jika ada jawaban “tidak” kemungkinan bayi mengalami asfiksia sehingga harus segera dilakukan resusitasi. Penghisapan lendir pada jalan napas bayi tidak dilakukan secara rutin.³⁸

- 3) Pemotongan dan perawatan tali pusat

Setelah penilaian sepiantas dan tidak ada tanda asfiksia pada bayi, dilakukan manajemen bayi baru lahir normal dengan mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, kemudian bayi diletakkan di atas dada atau perut ibu. Setelah pemberian oksitosin pada ibu, lakukan pemotongan tali pusat dengan satu tangan melindungi perut bayi. Perawatan tali pusat adalah dengan tidak membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apa pun pada tali pusat. Perawatan rutin untuk tali pusat adalah selalu cuci tangan sebelum memegangnya, menjaga tali pusat tetap kering dan terpapar udara, membersihkan dengan air, menghindari dengan alkohol karena menghambat pelepasan tali pusat, dan melipat popok di bawah umbilicus.³⁷

- 4) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusu. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusu pertama biasanya berlangsung pada menit ke- 45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusu dari satu payudara.³⁸ 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 menyusui.

- 5) Pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama 6 jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi.
- 6) Pemberian salep mata/tetes mata

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

- 7) Pencegahan perdarahan melalui penyuntikan vitamin K1 dosis tunggal di paha kiri

Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (Phytomenadione) 1 mg intramuskuler di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir. Pemberian vitamin K sebagai profilaksis melawan *hemorrhagic disease of the newborn* dapat diberikan dalam suntikan yang memberikan pencegahan lebih terpercaya, atau secara oral yang membutuhkan beberapa dosis untuk mengatasi absorpsi yang bervariasi dan proteksi yang kurang pasti pada bayi.³⁷ Vitamin K dapat diberikan dalam waktu 6 jam setelah lahir

- 8) Pemberian imunisasi Hepatitis B (HB 0) dosis tunggal di paha kanan
Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan Hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati

9) Pemeriksaan Bayi Baru Lahir (BBL)

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

10) 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, ASI Eksklusif, dan imunisasi serta pengamanan dan perlindungan bayi baru lahir dari upaya penculikan dan perdagangan bayi.

6. Asfiksia

a. Definisi

Menurut WHO asfiksia neonatorum adalah kegagalan bayi untuk mulai bernafas segera setelah lahir dan mempertahankannya beberapa saat setelah lahir. Asfiksia Neonatorum merupakan sebuah emergensi neonatal yang dapat mengakibatkan hipoksia (rendahnya suplai oksigen ke otak dan jaringan) dan kemungkinan kerusakan otak atau kematian jika tidak ditangani dengan benar.³⁹

b. Penilaian Asfiksia

Menentukan keadaan bayi baru lahir dengan nilai Apgar. Menentukan tingkatan bayi baru lahir dengan nilai 0, 1, atau 2 untuk masing-masing dari lima tanda.⁴⁰

Tabel 3. Scoring APGAR Bayi Baru Lahir

Tanda	Angka 0	Angka 1	Angka 2
Warna kulit (<i>Appearance</i>)	Tidak ada	Badan merah muda, ekstremitas	Seluruh tubuh berwarna merah muda
Denyut jantung (<i>Pulse</i>)	Tidak ada	Di bawah 100	Di atas 100
Refleks terhadap rangsang (<i>Grimace</i>)	Tidak ada	Menyeringai	Batuk atau bersin
Tonus otot (<i>Activity</i>)	Tidak ada	Fleksi ekstremitas	Gerak aktif
Upaya respirasi (<i>Respiration</i>)	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Baik, menangis kuat

Sumber: Ilmu Kebidanan: Fisiologi dan Patologi Persalinan

c. Faktor risiko

1) Faktor antepartum

- a) Hipertensi dalam kehamilan
- b) Perdarahan Antepartum
- c) Umur ibu
- d) Paritas

2) Faktor janin

- a) Berat lahir
- b) Prematuritas

3) Faktor intrapartum

- a) Jenis Persalinan
- b) Ketuban dengan meconium
- c) Masalah tali pusat
- d) Presentasi janin
- e) Ketuban Pecah Dini

7. Neonatus

a. Definisi

Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 28 hari. Neonatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 8-28 hari.³⁴

b. Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu Kunjungan neonatal I (KN 1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir, Kunjungan neonatal II (KN 2) pada hari ke 3 s/d 7 hari, dan Kunjungan neonatal III (KN 3) pada hari ke 8 – 28 hari. Asuhan bayi baru lahir pada 0 – 6 jam yaitu asuhan bayi baru lahir normal, dilaksanakan segera setelah lahir, dan diletakkan di dekat ibunya dalam ruangan yang sama.⁴¹

Asuhan bayi baru lahir dengan komplikasi dilaksanakan satu ruangan dengan ibunya atau di ruangan khusus. Pemeriksaan neonatus pada 6 jam sampai 28 hari pada periode ini dapat dilaksanakan di puskesmas/pustu/polindes/poskesdes dan/atau melalui kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan. Pemeriksaan neonatus dilaksanakan di dekat ibu, bayi didampingi ibu atau keluarga pada saat diperiksa atau saat diberikan pelayanan kesehatan. Pada setiap kunjungan neonatus dilakukan pemeriksaan antropometri seperti berat badan, panjang badan, lingkar kepala, dan suhu bayi. Bayi yang disusui dapat meningkat berat badannya sedikit kurang 1 ons (100 gram) per hari.⁴²

c. Kebutuhan Dasar Neonatus

1) Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua energy berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6. Kebutuhan energy bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energy sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari.³⁴

2) Eliminasi

Pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa.³⁴ Feses pertama ini berwarna hijau kehitaman, lengket serta mengandung

empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ketiga hingga ke lima kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan. Urin pertama dikeluarkan dalam 24 jam pertama dan setelahnya dengan frekuensi yang sering seiring meningkatnya asupan cairan. Urin encer, berwarna kuning dan tidak berbau.⁵

3) Istirahat dan Tidur

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari, paling sering blog waktu 45 menit sampai 2 jam. Bayi dapat menangis setidaknya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari.

4) Personal Hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mongering. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urin dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah.

5) Aktifitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut.⁵ Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari, bergantung pada temperamen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah, suhu ekstrim, dan stimulasi berlebihan.

6) Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga didapat pola tidur yang lebih baik. Bayi baru lahir waspada dan sadar

terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsang dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya.⁴¹

8. Nifas

a. Definisi

Masa nifas berasal dari bahasa latin, yaitu *puer* artinya bayi dan *parous* artinya melahirkan atau masa sesudah melahirkan. Masa Nifas dimulai setelah 2 jam postpartum dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, biasanya berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, namun baik secara fisiologi maupun psikologis akan pulih dalam waktu 3 bulan.⁴³

Masa nifas dibagi dalam beberapa tahap, yaitu:

1) Puerperium dini (*immediate postpartum*)

Puerperium dini merupakan masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam atau masa pemulihan di mana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan (waktu 0-24 jam postpartum). Pada masa ini merupakan fase kritis, sering terjadi insiden perdarahan postpartum karena atonia uteri. Oleh karena itu, bidan perlu melakukan pemantauan secara kontinu, yang meliputi; kontraksi uterus, pengeluaran lochea, kandung kemih, tekanan darah dan suhu.

2) Puerperium intermedial (*early postpartum*)

Puerperium intermedial merupakan suatu masa dimana pemulihan dari organ-organ reproduksi secara menyeluruh selama kurang lebih 6-8 minggu. Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lokia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3) Periode *late postpartum* (>1 minggu-6 minggu)

Pada periode ini bidan tetap melakukan asuhan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling perencanaan KB.

4) *Remote puerperium*

Remote puerperium adalah waktu yang diperlukan ibu untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan yang sempurna secara bertahap terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki penyulit atau komplikasi.

b. Perubahan Fisiologis Nifas

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil. Setelah persalinan, kondisi tubuh ibu secara anatomi akan mengalami perubahan, salah satunya adalah kembalinya rahim pada ukuran semula. Proses ini disebut dengan involusi uterus. Ketika involusi berlangsung, pada tempat implantasi plasenta ditemukan banyak pembuluh darah yang terbuka sehingga resiko perdarahan postpartum sangat besar.⁴⁴ Bekas luka perlekatan plasenta membutuhkan waktu 8 minggu untuk sembuh sepenuhnya. Selama 1 sampai 2 jam pertama postpartum intensitas kontraksi uterus dapat berkurang dan menjadi teratur.

Tabel 4. Perubahan Bentuk Uterus

Involusi	TFU	Berat uterus (gr)
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000
Plasenta lahir	2 jari bawah pusat	750
1 minggu (7 hari) postpartum	Pertengahan pusat simpisis	500
2 minggu (14 hari) postpartum	Tidak teraba diatas simpisis	350
6 minggu postpartum	Bertambah kecil	50-60
8 minggu postpartum	Normal	30

b) Lochea

Lochea berasal dari bahasa Latin, artinya adalah cairan secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas.

Tabel 5. Jenis-jenis Lochea

Jenis Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra (cruenta)	1-3 hari	Merah	Berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo dan meconium
Sanguinolenta	3-7 hari	Merah kekuningan	Berisi darah dan lender
Serosa	7-14 hari	Merah jambu kemudian kuning	Cairan serum, jaringan desidua, leukosit, dan eritrosit
Alba	2-6 minggu	Putih	Cairan berwarna putih seperti krim terdiri dari leukosit dan sel-sel desidua

Selain lochea diatas, ada jenis lochea yang tidak normal yaitu:

- (1) Lochea purulenta, terjadi karena adanya infeksi. Biasanya ditandai dengan keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
- (2) Locheastasis, lochea yang pengeluarannya tidak lancar

c) Serviks

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi lahir, tangan pemeriksa masih dapat dimasukkan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk. Namun demikian, selesai involusi, ostium eksternum tidak sama seperti sebelum hamil.⁴⁵

d) 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.²⁸ Perubahan pada perineum postpartum terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada masa nifas dengan latihan atau senam nifas.⁴⁶ Robekan perineum umumnya terjadi di garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin melewati pintu bawah panggul dengan ukuran yang lebih besar. Dalam penyembuhan luka memiliki fase-fase pada keluhan yang dirasakan ibu pada hari pertama sampai hari ke-3 ini merupakan fase inflamasi, dimana pada fase ini ibu akan merasakan nyeri pada luka jahitan di perineum, hal ini akan terjadi sampai 4 hari postpartum.⁴⁷

e) Payudara

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis, yaitu produksi susu dan sekresi susu (*let down*). Selama sembilan bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi untuk menghambat kelenjar *pituitary* akan mengeluarkan prolaktin (hormon laktogenik). Ketika bayi menghisap puting, reflek saraf merangsang *lobus posterior pituitary* untuk menyekresi hormon oksitosin. Oksitosin merangsang reflek *let down* (mengalirkan),

sehingga menyebabkan ejeksi ASI melalui *sinus aktiferus* payudara ke duktus yang terdapat pada puting. Ketika ASI dialirkan karena isapan bayi atau dengan dipompa sel-sel acini terangsang untuk menghasilkan ASI lebih banyak.⁴³

2) Tanda-tanda Vital

Perubahan tanda-tanda vital diantaranya, yaitu:⁴⁸

a) Suhu Badan

Satu hari (24 jam) postpartum suhu badan akan naik sedikit (37,5-38°C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan karena adanya bendungan vaskuler dan limfatik. Apabila keadaan normal, maka suhu badan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga postpartum suhu badan naik lagi karena adanya pembentukan ASI, payudara menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI. Bila suhu tidak turun kemungkinan adanya infeksi endometrium, mastitis, tractus genitalis atau sistem lain.

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa antara 60-80 kali per menit atau 50-70 kali per menit. Sesudah melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan postpartum. Frekuensi dan intensitas nadi merupakan tanda vital yang sensitif terhadap adanya perubahan keadaan umum ibu.

c) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat pada persalinan 15 mmHg pada systole dan 10 mmHg pada diastole. Biasanya setelah bersalin tidak berubah (normal), kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi menandakan terjadinya preeklamsi pada masa postpartum.

d) Pernafasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal, pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran napas contohnya penyakit asma. Bila pernapasan pada masa nifas menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

3) Sistem Kardiovaskuler

Perubahan volume darah bergantung pada beberapa faktor, misalnya kehilangan darah selama melahirkan dan mobilisasi, serta pengeluaran cairan ekstrasvaskular (edema fisiologis). Kehilangan darah merupakan akibat penurunan volume darah total yang cepat, tetapi terbatas. Setelah itu terjadi perpindahan normal cairan tubuh yang menyebabkan volume darah menurun dengan lambat. Pada minggu ke-3 dan ke-4 setelah bayi lahir, volume darah biasanya menurun sampai mencapai volume darah sebelum hamil.⁴⁹ Pada persalinan pervaginam, ibu kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Pada persalinan dengan tindakan SC, maka kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan pada sistem kardiovaskuler terdiri atas volume darah (*blood volume*) dan hematokrit (*haemoconcentration*). Pada persalinan pervaginam, hematokrit akan naik sedangkan pada persalinan dengan SC, hematokrit cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu postpartum.⁴⁹

4) Sistem Hematologi

Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas, dan juga terjadi peningkatan faktor pembekuan darah serta terjadi Leukositosis dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa postpartum. Jumlah sel darah putih tersebut masih bisa naik lagi sampai 25.000-30.000, terutama pada ibu dengan riwayat persalinan lama. Kadar hemoglobin, hemotokrit, dan eritrosit akan sangat bervariasi pada awal-awal masa postpartum sebagai akibat dari

volume placenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Semua tingkatan ini akan dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi ibu. Kira-kira selama persalinan normal dan masa postpartum terjadi kehilangan darah sekitar 250-500 ml. penurunan volume dan peningkatan sel darah merah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke-3 sampai 7 postpartum dan akan kembali normal dalam 4 sampai 5 minggu postpartum.⁵⁰

5) Sistem Pencernaan

Sistem pencernaan selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolestrol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal.⁵¹

6) Sistem Perkemihan

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. Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli ureter, karena bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12–36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air mengalami penurunan mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Ureter yang berdilatasi, kembali normal dalam 6 minggu. Diuresis dapat terjadi setelah 2-3 hari nifas.⁵¹

7) Sistem Muskuloskeletal

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 kembali jaringan-jaringan penunjang alat genitalia, serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, dibantu dengan latihan atau senam nifas, bisa dilakukan sejak 2 hari postpartum.⁵⁰

8) Sistem Endokrin

a) Oksitosin

Oksitosin disekresikan dari kelenjar hipofisis posterior. Pada tahap kala III persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan meningkatkan sekresi oksitosin, sehingga dapat membantu uterus kembali ke bentuk normal.

b) Prolaktin

Menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar hipofisis posterior untuk mengeluarkan prolaktin. Hormon ini berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi ASI. Pada ibu yang menyusui bayinya, kadar prolaktin tetap tinggi sehingga memberikan umpan balik negatif, yaitu pematangan folikel dalam ovarium yang ditekan. Pada wanita yang tidak menyusui tingkat sirkulasi prolaktin menurun dalam 14 sampai 21 hari setelah persalinan, sehingga merangsang kelenjar gonad pada otak yang mengontrol ovarium untuk memproduksi estrogen dan progesteron yang normal, pertumbuhan folikel, maka terjadilah ovulasi dan menstruasi.

c) Estrogen dan progesterone

Selama hamil volume darah normal meningkat, diperkirakan bahwa tingkat kenaikan hormon estrogen yang tinggi memperbesar hormon antidiuretik yang meningkatkan volume darah. Disamping itu,

progesteron mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah yang sangat mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva, serta vagina.

d) Hormon plasenta

Human Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat setelah persalinan dan menetap sampai 10% dalam 3 jam-hari ke 7 postpartum. Enzim insulinasi berlawanan efek diabetogenik pada saat enurunan hormon *Human Placenta Lactogen* (HPL), estrogen dan kortisol, serta placenta kehamilan, sehingga pada masa postpartum kadar gula darah menurun secara yang bermakna. Kadar estrogen dan progesteron juga menurun secara bermakna setelah plasenta lahir, kadar terendahnya dicapai kira-kira satu minggu postpartum. Penurunan kadar estrogen berkaitan dengan dieresis ekstraseluler berlebih yang terakumulasi selama masa hamil. Pada wanita yang tidak menyusui, kadar estrogen mulai meningkat pada minggu ke 2 setelah melahirkan dan lebih tinggi dari ibu yang menyusui pada postpartum hari ke 17.

e) Hormon hipofisis dan fungsi ovarium

Waktu mulainya ovulasi dan menstruasi pada ibu menyusui dan tidak menyusui berbeda. Kadar prolaktin serum yang tinggi pada wanita menyusui berperan dalam menekan ovulasi karena kadar hormon FSH terbukti sama pada ibu menyusui dan tidak menyusui, di simpulkan bahwa ovarium tidak berespon terhadap stimulasi FSH ketika kadar prolaktin meningkat. Kadar prolaktin meningkat secara pogresif sepanjang masa hamil. Pada ibu menyusui kadar prolaktin tetap meningkat sampai minggu ke 6 setelah melahirkan. Kadar prolaktin serum dipengaruhi oleh intensitas menyusui, durasi menyusui dan seberapa banyak makanan tambahan yang diberikan pada bayi, karena menunjukkan efektifitas menyusui. Untuk ibu yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ia

mendapatkan menstruasi. Sering kali menstruasi pertama itu bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar estrogen dan progesteron.

c. Perubahan Psikologis Nifas

Periode kehamilan, persalinan, dan pascanatal merupakan masa terjadinya stress yang hebat, kecemasan, gangguan emosi, dan penyesuaian diri. Periode postpartum menyebabkan stress emosional terhadap ibu baru, bahkan lebih menyulitkan bila terjadi perubahan fisik yang hebat. Dalam menjalani adaptasi psikososial menurut Rubin setelah melahirkan, ibu akan melalui fase-fase sebagai berikut:⁵²

1) Masa *Taking In*

Masa ini terjadi 1-3 hari pasca-persalinan, ibu yang baru melahirkan akan bersikap pasif dan sangat tergantung pada dirinya (trauma), segala energinya difokuskan pada kekhawatiran tentang badannya. Dia akan bercerita tentang persalinannya secara berulang-ulang.

2) Masa *Taking On*

Masa ini terjadi 3-10 hari pasca-persalinan, ibu menjadi khawatir tentang kemampuannya merawat bayi dan menerima tanggung jawabnya sebagai ibu dalam merawat bayi semakin besar. Perasaan yang sangat sensitive sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati.

3) Masa *Letting Go*

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

d. Asuhan Masa Nifas

Asuhan ibu masa nifas adalah asuhan yang diberikan kepada ibu segera setelah kelahiran sampai 6 minggu setelah kelahiran. Tujuan dari

masa nifas adalah untuk memberikan asuhan yang adekuat dan terstandar pada ibu segera setelah melahirkan dengan memperhatikan riwayat selama kehanilan, dalam persalinan dan keadaan segera setelah melahirkan. Adapun hasil yang diharapkan adalah terlaksanakannya asuhan segera atau rutin pada ibu postpartum termasuk melakukan pengkajian, membuat diagnose, mengidentifikasi masalah dan kebutuhan ibu, mengidentifikasi diagnose dan masalah potensial, tindakan segera serta merencanakan asuhan.⁴³ Adapun jadwal kunjungan pada masa nifas adalah sebagai berikut.⁵³

1) Kunjungan I (6 -8 jam *postpartum*)

- a) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
- b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut.
- c) Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri.
- d) Pemberian ASI awal.
- e) Mengajarkan cara mempererat hubungan ibu dan bayi baru lahir.
- f) Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi.

2) Kunjungan II (6 hari *postpartum*)

- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal.
- b) Menilai adanya tanda -tanda demam, infeksi dan perdarahan.
- c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, ciaran, dan istirahat
- d) Memastikan ibu menyusui dengan baik, dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
- e) Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.

3) Kunjungan III (2 minggu *postpartum*)

Asuhan pada 2 minggu *postpartum* sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari *postpartum*.

4) Kunjungan IV (6 minggu *postpartum*)

- a) Menanyakan penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.
- b) Memberikan konseling KB secara dini
- c) Menganjurkan/mengajak ibu membawa bayinya ke posyandu atau puskesmas untuk penimbangan dan imunisasi.

e. Penatalaksanaan Nifas

- 1) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan
- 2) Mengajarkan ibu cara mengurangi ketidaknyamanan masa nifas
- 3) Demonstrasi pada ibu cara menilai kontraksi dan masase uterus
- 4) Memberitahu ibu tanda bahaya pada masa nifas
- 5) Bantu ibu melakukan mobilisasi dini secara bertahap
- 6) Mengingatkan ibu untuk tidak menahan BAK dan BAB
- 7) Memberi ibu KIE mengenai istirahat
- 8) Memberi KIE mengenai nutrisi ibu nifas
- 9) Memberi KIE mengenai personal hygiene
- 10) Memberi KIE ASI Eksklusif dan teknik menyusui yang benar
- 11) Jelaskan pada ibu tentang kunjungan berkelanjutan, diskusikan dengan ibu dalam menentukan kunjungan berikutnya.

9. Keluarga Berencana (KB)

a. Definisi Keluarga Berencana

Keluarga Berencana adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan umur ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas.⁵⁴ Pelayanan KB merupakan salah satu strategi untuk mendukung percepatan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) melalui mengatur waktu, jarak dan jumlah kehamilan, kemudian untuk mencegah atau memperkecil kemungkinan seorang perempuan hamil mengalami komplikasi yang membahayakan jiwa atau janin selama kehamilan, persalinan dan nifas, dan mencegah atau memperkecil terjadinya kematian pada seorang perempuan yang mengalami komplikasi selama kehamilan, persalinan dan nifas.⁵⁵

b. Sasaran Keluarga Berencana

Sasaran Keluarga Berencana dibagi menjadi dua yaitu sasaran secara langsung dan sasaran tidak langsung. Adapun sasaran secara langsung adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang wanitanya berusia antara 15-49 tahun, bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan. Sedangkan untuk sasaran tidak langsungnya adalah pelaksana dan pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran hidup melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera.⁵⁵

Sedangkan sasaran strategis BKKBN tahun 2015-2019 yang tertera pada Renstra BKKBN 2015-2019 adalah sebagai berikut:⁵⁶

- a. Menurunnya Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP)
 - b. Menurunnya angka kelahiran total (TFR) per WUS (15-49 tahun)
 - c. Meningkatnya pemakaian kontrasepsi (CPR)
 - d. Menurunnya *unmet need*
 - e. Menurunnya angka kelahiran pada remaja usia 15-19 tahun
 - f. Menurunnya kehamilan yang tidak diinginkan dari WUS
- c. Definisi Kontrasepsi

Kontrasepsi berasal dari kata kontra dan konsepsi. Kontra yang berarti "melawan atau mencegah", sedangkan konsepsi adalah pertemuan sel telur yang matang dengan sperma yang mengakibatkan kehamilan. Jadi kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan akibat adanya pertemuan antara sel telur.⁵⁷

d. Prinsip Kerja Kontrasepsi

Cara kerja kontrasepsi pada dasarnya adalah meniadakan pertemuan antara sel telur (ovum) dengan sel mani (sperma). Ada tiga cara untuk mencapai tujuan tersebut diantaranya adalah menekan keluarnya sel telur (ovulasi), menahan masuknya sperma ke dalam saluran kelamin wanita sampai mencapai ovum dan yang ketiga adalah menghalangi nidasi.⁵⁸

e. Macam-macam Metode Kontrasepsi

1) Metode Tradisional

Metode yang sudah lama digunakan akan tetapi memiliki tingkat keberhasilan yang rendah. Metode tradisional ini antara lain penggunaan semprot vagina, senggama terputus dan penggunaan agens pembersih vagina.

2) 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), Coitus 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.⁵⁹

3) Metode kontrasepsi Hormonal

Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi 2 yaitu kombinasi (mengandung hormone progesteron dan estrogen sintetis) dan yang hanya berisi progesteron saja. Kontrasepsi hormonal kombinasi terdapat pada pil dan suntikan/injeksi. Sedangkan kontrasepsi hormon yang berisi progesteron terdapat pada pil, suntik dan implant.⁵⁹

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

Metode kontrasepsi ini secara garis besar dibagi menjadi 2 yaitu AKDR yang mengandung hormon sintetis (sintetik progesteron) dan yang tidak mengandung hormone. AKDR yang mengandung hormon Progesterone atau Levonorgestrel yaitu Progestasert (Alza-T dengan daya kerja 1 tahun, LNG-20 mengandung Levonorgestrel.⁵⁹

5) Metode Kontrasepsi Mantap

a) Kontrasepsi mantap pada wanita

Penyinaran, penyumbatan tuba falopi secara mekanis dan penyumbatan tuba falopi secara kimiawi, serta Medis Operatif

Wanita (MOW). MOW dikenal dengan tubektomi karena prinsip metode ini adalah memotong atau mengikat saluran tuba/tuba falopii sehingga mencegah pertemuan antara ovum dan sperma.

b) Kontrasepsi mantap pada pria

Medis Operatif Pria (MOP) atau vasektomi yaitu penyumbatan vas deferens secara mekanis dan penyumbatan vas deferens secara kimiawi sehingga cairan sperma tidak dapat keluar atau ejakulasi.^{59,57}

f. Fase dalam Penggunaan Kontrasepsi pada Program Keluarga Berencana

1) Fase menunda/mencegah kehamilan

Pada PUS dengan istri umur kurang dari 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilannya karena berbagai alasan. Untuk itu perlu penggunaan kontrasepsi untuk mencegah adanya kehamilan yang tidak direncanakan. Adapun syarat alat kontrasepsi yang diperlukan untuk fase ini adalah reversibilitas yang tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat terjamin hampir 100%, karena pada masa ini akseptor belum mempunyai anak; efektivitas yang tinggi, karena kegagalan akan menyebabkan terjadinya kehamilan dengan risiko tinggi dan kegagalan ini merupakan kegagalan program. Alat kontrasepsi yang direkomendasikan pada fase ini berturut-turut adalah pil, IUD mini, dan kontrasepsi sederhana.⁵⁴

2) Fase menjarangkan kehamilan

Periode umur istri antara 20-35 tahun merupakan periode umur paling baik untuk melahirkan dengan jumlah anak 2 orang dan jarak kelahiran adalah 2-4 tahun. Adapun ciri-ciri kontrasepsi yang sesuai pada fase ini adalah efektivitas cukup tinggi; reversibilitas cukup tinggi karena akseptor masih mengharapkan punya anak lagi; dapat dipakai 2-4 tahun yaitu sesuai dengan jarak kehamilan yang disarankan; tidak menghambat ASI, karena ASI merupakan makanan terbaik untuk anak sampai umur 2 tahun dan akan mempengaruhi angka kesakitan serta kematian anak. Alat kontrasepsi yang direkomendasikan pada fase ini

berturut-turut adalah IUD, suntik, pil, implant, dan kontrasepsi sederhana.⁵⁴

3) Fase menghentikan/mengakhiri kehamilan

Periode istri berumur lebih dari 35 tahun sangat dianjurkan untuk mengakhiri kesuburan setelah mempunyai anak lebih dari 2 orang dengan alasan medis yaitu akan timbul berbagai komplikasi pada masa kehamilan maupun persalinannya. Adapun syarat kontrasepsi yang disarankan digunakan pada fase ini adalah efektivitas sangat tinggi karena kegagalan menyebabkan terjadinya kehamilan dengan risiko tinggi bagi ibu maupun bayi, terlebih lagi akseptor tidak mengharapkan punya anak lagi; dapat dipakai untuk jangka panjang; tidak menambah kelainan yang sudah/mungkin ada karena pada masa 14 umur ini risiko terjadi kelainan seperti penyakit jantung, hipertensi, keganasan dan metabolik meningkat. Alat kontrasepsi yang direkomendasikan pada fase ini berturut-turut adalah kontrasepsi mantap, IUD, implant, suntikan, sederhana, dan pil.⁵⁴

BAB III

PEMBAHASAN

A. Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

1. Pengkajian

Asuhan kebidanan kehamilan pada Ny. E pertama kali dilakukan pada tanggal 19 Januari 2022 di Puskesmas Panjatan II diperoleh Ny. E berusia 26 tahun datang ke puskesmas ingin memeriksakan kehamilannya dan saat ini tidak ada keluhan. Berdasarkan riwayat menstruasi HPHT 18 April 2021 HPL 25 Januari 2022, saat ini umur kehamilan 39 minggu 1 hari. Berdasarkan pengkajian data objektif, keadaan umum ibu baik, palpasi Leopold TFU 33 cm, punggung kiri, presentasi kepala, dan kepala belum masuk panggul, DJJ 130 kali/menit, teratur. Teori menunjukkan bahwa jika kepala janin belum masuk ke dalam pintu atas panggul pada saat aterm merupakan salah satu tanda dari *Cephalopelvic Disproportion* (CPD) yang merupakan 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.¹⁵

Dalam kasus tersebut kemungkinan Ny. E memiliki panggul sempit. Berdasarkan teori dugaan panggul sempit dapat ditunjukkan melalui kehamilan anak pertama (primigravida) kepala bayi belum turun setelah minggu ke-36.¹⁷ Pintu atas panggul yang sempit membuat janin tidak dapat turun, sehingga fundus uteri tetap tinggi dan ibu mengeluhkan sesak, sulit bernapas, rasa penuh di ulu hati, dan perut yang besar membentuk abdomen pendulum (perut gantung).¹⁹ Umumnya primigravida dengan panggul normal kepala akan masuk panggul kurang lebih 3 minggu sebelum aterm.¹⁹

2. Analisa

Berdasarkan data subjektif dan data objektif yang diperoleh dapat ditegakkan diagnosa Ny. E usia 26 tahun G₁P₀Ab₀Ah₀ usia kehamilan 39 minggu 1 hari, janin tunggal hidup, presentasi kepala dengan *Cephalopelvic Disproportion* (CPD).

Cephalopelvic Disproportion (CPD) yang merupakan 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. Dalam kasus CPD, jika kepala janin belum masuk ke dalam pintu atas panggul pada saat term, mungkin akan dilakukan *sectio caesarea* karena risiko terhadap janin semakin besar apabila persalinan tidak semakin maju.¹⁵

3. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang diberikan pada Ny. E memberikan edukasi kepada ibu terkait keadaan yang dialaminya saat ini yaitu kepala janin belum masuk ke dalam pintu atas panggul pada saat aterm, dimana hal tersebut merupakan salah satu tanda dari *Cephalopelvic Disproportion* (CPD) yang merupakan 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.¹⁵

Memberikan KIE kepada ibu tentang persiapan persalinan. Menganjurkan ibu untuk mempersiapkan perencanaan persalinan meliputi tempat persalinan, penolong persalinan, pendamping persalinan, kendaraan, biaya, dokumen, pendonor darah, baju ibu dan janin serta menganjurkan ibu untuk mulai mendiskusikan dengan suami terkait penggunaan metode kontrasepsi setelah lahiran dikarenakan ibu akan melahirkan secara operasi sehingga perlu memberikan waktu untuk pulih sempurna sebelum mengalami kehamilan selanjutnya. Dengan kondisi kehamilan dengan CPD maka perlu diberikan pengertian kepada ibu bahwa persalinan sebaiknya dilakukan di rumah sakit secara *sectio caesarea* (SC) agar mendapatkan penanganan yang intensif sehingga aman bagi ibu dan bayi. *Sectio caesarea* elektif direncanakan lebih dulu dan dilakukan pada kehamilan cukup bulan karena kesempitan panggul yang cukup berat/absolut atau karena terdapat disproporsi kepala panggul yang cukup nyata. *Sectio caesarea* sekunder dilakukan karena partus percobaan dianggap gagal atau karena timbul

indikasi untuk menyelesaikan persalinan selekas mungkin, sedang syarat-syarat untuk persalinan pervaginam tidak atau belum terpenuhi.

Memberikan KIE kepada ibu tentang tanda-tanda persalinan yaitu nyeri pinggang menjalar keperut bagian bawah, perut mulas-mulas yang teratur, timbulnya semakin sering dan semakin lama, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir atau keluar cairan ketuban dari jalan lahir. Apabila ibu merasakan salah satu tanda persalinan segera datang ke fasilitas kesehatan.

B. Asuhan Kebidanan pada Persalinan

1. Pengkajian

Ibu datang ke RSUD Wates tanggal 20 Januari 2022 pukul 09.00 WIB di Poliklinik Obsgyn dengan membawa rujukan, setelah pemeriksaan dokter obsgyn disarankan masuk ruangan perawatan guna persiapan tindakan SC tanggal 21 Januari 2022. Saat ini umur kehamilan 39 minggu 2 hari. Berdasarkan pengkajian data objektif, keadaan umum ibu baik. Persalinan SC atas indikasi *Cephalopelvic Disproportion* (CPD) dilakukan tanggal 21 Januari 2022 pukul 08.00 WIB dan bayi lahir pukul 08.40 WIB.

Sectio Caesarea adalah suatu pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus, sehingga janin di lahirkan melalui perut dan dinding perut dan dinding rahim agar anak lahir dengan keadaan utuh dan sehat.⁶⁰ *Sectio caesarea* elektif direncanakan lebih dulu dan dilakukan pada kehamilan cukup bulan karena kesempitan panggul yang cukup berat/absolut atau karena terdapat disproporsi kepala panggul yang cukup nyata. *Sectio caesarea* sekunder dilakukan karena partus percobaan dianggap gagal atau karena timbul indikasi untuk menyelesaikan persalinan selekas mungkin, sedang syarat-syarat untuk persalianan pervaginam tidak atau belum terpenuhi.

Pada tahun 2013, di RSUD Panembahan Senopati Bantul 40% dari 10 sampel yang diteliti menjalani *sectio caesarea* karena panggul sempit. Berdasar penelitian ini, panggul sempit merupakan penyebab terbanyak *sectio caesarea*. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Sumelung (2014)

memnunjukkan bahwa di RSUD Liun Kandage Tahuna tahun 2014 ditemukan dari 167 ibu yang dilakukan *sectio caesarea* dengan indikasi panggul sempit sebanyak 28 ibu (16,76%). Hal ini disebabkan oleh karena bentuk tubuh atau postur tubuh dan bentuk panggul ibu yang kecil sehingga tidak memungkinkan untuk melakukan persalinan normal.⁶¹

2. Analisa

Berdasarkan pengkajian data dapat ditegakkan diagnosis bahwa Ny. E usia 26 tahun G₁P₀Ab₀Ah₀ usia kehamilan 39 minggu 2 hari dengan *Sectio Caesarea* atas indikasi *Cephalopelvic Disproportion* (CPD). *Sectio caesarea* adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim. Tindakan *sectio caesarea* dilakukan atas indikasi yang ditemukan faktor penyulit yang berasal dari kekuatan his ibu (faktor *power*), berasal dari bayi (faktor *passanger*), maupun berasal dari penyulit jalan lahir (faktor *passage*). Tindakan operasi *sectio caesarea* dilakukan untuk mencegah kematian janin maupun ibu yang dikarenakan bahaya atau komplikasi yang akan terjadi apabila ibu melahirkan secara pervaginam. Tindakan *sectio caesarea* atas indikasi *Cephalopelvic Disproportion* (CPD) termasuk dalam faktor yang berasal dari ibu yaitu panggul sempit.⁶²

3. Penatalaksanaan

Berdasarkan pengkajian melaui *Whatsapp* ibu mengatakan bahwa sebelum dilakukan operasi persiapan yang dilakukan adalah pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu, menandatangani surat persetujuan tindakan operasi, melakukan puasa pada malam hari sebelum operasi, dilakukan pencukuran rambut kemaluan, dilakukan, pemasangan infus dan pemasangan kateter, setelah berganti baju operasi, ibu diantar ke ruang operasi oleh bidan.

C. Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

1. Pengkajian

Bayi Ny. E lahir tanggal 21 Januari 2022 pukul 08.40 WIB secara *Sectio Caesarea* atas indikasi *Cephalopelvic Disproportion* (CPD). Bayi Ny.

E lahir tidak langsung menangis dan ekstermitas agak kebiruan pucat sehingga dilakukan tindakan mengeringkan bayi dan membersihkan jalan nafas sampai akhirnya bayi bisa menangis kuat. Asfiksia neonatorum adalah keadaan dimana bayi baru lahir tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur yang disebabkan oleh hipoksia yang progresif, penimbunan CO₂ dan asidosis. Keadaan ini ditandai dengan hipoksemia, hiperkardia, dan asidosis. Kegagalan pernafasan asfiksia pada bayi disebabkan karena beberapa faktor, salah satunya adalah faktor persalinan yang meliputi partus lama, partus dengan tindakan seperti sectio caesarea, ekstraksi vakum, dan ekstraksi forcep.⁶³

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Mc Donnell (2015) menunjukkan bahwa bayi baru lahir memiliki risiko 2,6 kali untuk mengalami asfiksia pada bayi yang dilahirkan melalui *sectio caesarea* dibandingkan melalui persalinan pervaginam. Neonatus yang dilahirkan dengan *sectio caesarea*, terutama jika tidak ada tanda persalinan, tidak mendapatkan manfaat dari pengeluaran cairan paru dan penekanan pada toraks sehingga mengalami gangguan pernafasan. Kompresi toraks janin pada persalinan kala II mendorong cairan keluar dari saluran pernafasan.⁶⁴

Proses kelahiran dengan *sectio caesarea* memicu pengeluaran hormon stress pada ibu yang menjadi kunci pematangan paru-paru bayi yang terisi air. Tekanan yang agak besar seiring dengan ditimbulkan oleh kompresi dada pada kelahiran pervaginam dan diperkirakan bahwa cairan paru-paru yang didorong setara dengan seperempat kapasitas residual fungsional. Jadi, pada bayi yang lahir dengan *sectio caesarea* mengandung cairan lebih banyak dan udara lebih sedikit di dalam parunya selama enam jam pertama setelah lahir. Kompresi toraks yang menyertai kelahiran pervaginam dan ekspansi yang mengikuti kelahiran, mungkin merupakan suatu faktor penyokong pada inisiasi respirasi.⁶⁴

2. Analisa

Berdasarkan pengkajian data dapat ditegakkan diagnosis By. Ny. E usia 0 jam cukup bulan sesuai masa kehamilan dengan asfiksia ringan. Asfiksia

neonatorum adalah keadaan dimana bayi baru lahir tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur yang disebabkan oleh hipoksia yang progresif, penimbunan CO₂ dan asidosis. Bayi lahir dalam kondisi tidak dapat bernafas segera setelah lahir (asfiksia primer) atau mungkin dapat bernafas tetapi kemudian mengalami asfiksia beberapa saat setelah lahir (asfiksia sekunder). Setiap bayi baru lahir dievaluasi dengan nilai APGAR untuk menentukan tingkat atau derajat asfiksia, apakah ringan, sedang, atau asfiksia berat dengan klasifikasi sebagai berikut:

a. Asfiksia berat (nilai APGAR 0-3)

Memerlukan resusitasi segera dan pemberian oksigen terkendali. Pada pemeriksaan fisik ditemukan frekuensi jantung 100 kali/menit, tonus otot buruk, sianosis berat, dan terkadang pucat, refleks iritabilitas tidak ada.

b. Asfiksia sedang (nilai APGAR 4-6)

Memerlukan resusitasi dan pemberian oksigen sampai bayi dapat bernapas kembali. Pada pemeriksaan fisik ditemukan frekuensi jantung lebih dari 100 kali/menit, tonus otot kurang baik atau baik, sianosis, refleks iritabilitas tidak ada.

c. Bayi normal atau asfiksia ringan (nilai APGAR 7-10)

Bayi dianggap sehat dan tidak memerlukan tindakan istimewa.

Hampir setiap proses kelahiran selalu menimbulkan asfiksia ringan yang bersifat sementara, proses ini dianggap perlu sebagai perangsang kemoreseptor pusat pernafasan agar terjadi primary gasping yang kemudian berlanjut dengan pernafasan teratur. Pada asfiksia neonatorum seperti ini tidak memiliki efek buruk karena diimbangi dengan reaksi adaptasi pada neonatus. Pada penderita asfiksia berat usaha napas ini tidak tampak dan bayi selanjutnya dalam periode apneu. Apneu atau kegagalan pernafasan mengakibatkan berkurangnya oksigen dan meningkatkan karbondioksida, pada akhirnya mengalami asidosis respiratorik.²⁰

3. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan di rumah sakit pada By. Ny. E adalah melakukan penilaian awal pada bayi yaitu bayi lahir cukup bulan, air ketuban

jernih, lahir tidak langsung menangis, ekstermitas agak kebiruan pucat. Untuk menilai apakah bayi mengalami asfiksia atau tidak dilakukan penilaian sepiantas setelah seluruh tubuh bayi lahir dengan tiga pertanyaan

- a. Apakah kehamilan cukup bulan?
- b. Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?
- c. Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

Jika ada jawaban “tidak” kemungkinan bayi mengalami asfiksia sehingga harus segera dilakukan resusitasi. Melakukan resusitasi awal dengan menghangatkan bayi dan mengeringkan dengan kain yang kering, Melakukan suction pada mulut dan hidung, mengganti kain yang basah dengan pakaian bayi yang kering dan melakukan rangsangan taktil.⁶⁵

Memberikan salep mata pada kedua mata bayi berguna untuk mencegah infeksi pada mata bayi. Melakukan penyuntikan Vit K 1 mg di paha kiri secara IM yang berguna untuk mencegah perdarahan. Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (Phytomenadione) 1 mg intramuskuler di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir. Melakukan pemeriksaan antropometri BB 2820 gram PB 45 cm, LK 30,5 cm. Melakukan penyuntikan Hb 0. Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam di paha kanan setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan Hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati.⁶⁶

D. Asuhan Kebidanan pada Nifas

1. Pengkajian

Berdasarkan data subjektif yang diperoleh ibu mengalami masalah pada puting susu yang tenggelam pada payudara kiri sehingga membuat bayinya malas menyusui pada payudara sebelah kiri. Selama masa nifas puting susu terbenam dapat di atasi dengan cara perawatan yang dilakukan terhadap payudara bertujuan untuk melancarkan sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya saluran susu sehingga memperlancar pengeluaran ASI. Penatalaksanaan perawatan payudara hendaknya dimulai sedini mungkin

yaitu 1-2 hari setelah bayi dilahirkan dan dilakukan dua kali sehari. Perawatan payudara dengan pengurutan payudara, pengosongan payudara, pengompresan payudara dan perawatan puting susu. Untuk mencegah timbulnya infeksi atau komplikasi pada masa nifas utamanya dengan puting susu terbenam dan ASI tidak keluar dilakukan dengan peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Dalam mengatasi puting susu terbenam perlu mengetahui teknik spuit menurut teori Wiji (2013) yaitu dengan cara:⁶⁷

- a. Menempelkan ujung pompa/spuit pada payudara sehingga puting berada di dalam pompa.
- b. Tarik perlahan sehingga terasa ada tekanan dan dipertahankan selama 30 detik-1 menit, bila terasa sakit tarikan dapat dikendorkan, asi yang keluar dimasukan kecangkir. Dapat dilakukan sesuai kebutuhan.

Berdasarkan pengkajian, pada tanggal 30 Januari 2022 melakukan kontrol ke rumah sakit dan mengeluh demam sejak tanggal 26 Januari 2022, merasa nyeri di luka jahitan operasi, dan badan menggigil. Hasil pemeriksaan yang diperoleh dari rumah sakit yaitu suhu tinggi dan luka jahitan operasi tampak pengeluaran nanah. Infeksi luka *Post Sectio Caesarea* merupakan kondisi dimana tubuh mengalami perubahan patologis yang disebabkan oleh luka jahitan sayatan persalinan abdominal yang menyebabkan cedera seluler dan beberapa multiplikasi mikroorganisme sehingga menyebabkan sakit. Infeksi potensial terjadi tergantung pada beberapa faktor, diantaranya adalah jumlah bakteri yang memasuki luka, tipe dan virulensi bakteri, serta pertahanan tubuh host, dan faktor eksternal lainnya.

Beberapa faktor resiko yang dapat mempengaruhi terjadinya infeksi luka *Post Sectio Caesarea* diantaranya yakni sistem imunologik, respon ibu terhadap benang jahit, status nutrisi yang buruk, penyakit pada host, kegemukan, lamanya waktu tunggu pre operasi di rumah sakit, umur, obat-obat yang digunakan, *personal hygiene* dan lainnya yang semuanya menghambat proses penyembuhan luka bekas *Sectio Caesarea* serta tidak menutup kemungkinan faktor lingkungan juga sangat mempengaruhi terjadinya infeksi luka *Post Sectio Caesarea*. Luka dinyatakan terkena

infeksi, menjadi abses atau selulitis bila terdapat tanda-tanda inflamasi yaitu tumor (massa, edema), calor (kenaikan suhu), rubor (warna kemerahan atau eritema), dolor (rasa nyeri), dan functiolaesa. Dampak apabila ibu nifas mengalami infeksi luka *Post Sectio Caesarea* dan tidak segera ditangani akan mengakibatkan terjadinya kerusakan pada jaringan epidermis maupun dermis, gangguan pada sistem persyarafan, dan kerusakan jaringan seluler.

Berdasarkan pengkajian data subjektif, ibu mengatakan pola tidur berkurang karena saat malam hari bayi sering rewel. Pada malam hari ibu tidur selama 4-5 jam dan siang hari 1 jam. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Dewi (2019) menunjukkan bahwa ada hubungan antara pola istirahat terhadap kelancaran produksi ASI dan istirahat yang kurang memiliki risiko 10,500 kali menyebabkan ketidaklancaran produksi ASI daripada istirahat yang cukup. Kebutuhan tidur ibu nifas dalam sehari kurang lebih 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Pola istirahat dan aktivitas ibu selama nifas yang kurang dapat menyebabkan kelelahan dan berdampak pada produksi ASI. Kondisi ibu yang terlalu letih dan kurang istirahat akan menyebabkan ASI berkurang, hal yang bisa diantisipasi dengan mengikuti pola tidur bayi, setidaknya ibu bisa terbantu dengan mendapatkan waktu istirahat yang lebih cukup.⁶⁸

2. Analisa

Berdasarkan pengkajian data diperoleh diagnosa Ny. E usia 26 tahun P₁A₀Ah₁ post *sectio caesarea* hari ke-3 normal. Dengan masalah putting susu tenggelam, luka infeksi post *sectio caesarea*, istirahat kurang.

3. Penatalaksanaan

Asuhan kebidanan masa nifas adalah penatalaksanaan asuhan yang diberikan pada pasien mulai dari saat setelah lahirnya bayi sampai dengan kembalinya tubuh dalam keadaan seperti sebelum hamil atau mendekati keadaan sebelum hamil. Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik untuk ibu maupun bayinya. Tujuan dari asuhan masa nifas adalah untuk memberikan asuhan yang adekuat dan

terstandar pada ibu segera setelah melahirkan dengan memperhatikan riwayat selama kehamilan, dalam persalinan dan keadaan segera setelah melahirkan.

Memberikan KIE kepada ibu tentang cara mengatasi puting tenggelam yaitu dengan cara menempelkan ujung pompa/sput pada payudara sehingga puting berada di dalam pompa lalu ditarik perlahan sehingga terasa ada tekanan dan dipertahankan selama 30 detik-1 menit, bila terasa sakit tarikan dapat dikendorkan, asi yang keluar dimasukan kecangkik. Dapat dilakukan sesuai kebutuhan. Alternatif lain yang dapat dilakukan yaitu dengan rajin memompa ASI.

Memberikan KIE kepada ibu tentang nutrisi selama masa nifas yaitu ibu harus makan makanan bergizi seimbang dan beragam meliputi karbohidrat (nasi, kentang, roti), protein (telor, tahu, tempe, ikan, daging), sayur (bayam, kangkung, sawi, katuk, brokoli), buah (jeruk, manga, jambu), serta mengkonsumsi minum minimal 3 liter/hari agar produksi ASI banyak dan tercukupi. Kebutuhan nutrisi pada masa nifas dan menyusui meningkat 25%, karena berguna untuk proses penyembuhan setelah melahirkan dan untuk produksi ASI untuk pemenuhan kebutuhan bayi. Kebutuhan nutrisi akan meningkat tiga kali dari kebutuhan biasa (pada perempuan dewasa tidak hamil kebutuhan kalori 2.000-2.500 kal, perempuan hamil 2.500-3.000 kal, perempuan nifas dan menyusui 3.000-3.800 kal). Nutrisi yang dikonsumsi berguna untuk melakukan aktifitas, metabolisme, cadangan dalam tubuh, proses memproduksi ASI yang diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi..⁶⁹

Memberikan KIE kepada ibu untuk istirahat yang cukup atau istirahat saat bayi tidur sehingga ibu tidak merasa kelelahan karena apabila ibu kelelahan dapat mempengaruhi produksi ASI. Kebutuhan tidur ibu nifas dalam sehari kurang lebih delapan jam pada malam hari dan satu jam pada siang hari. Pola istirahat dan aktivitas ibu selama nifas yang kurang dapat menyebabkan kelelahan dan berdampak pada produksi ASI. Kondisi ibu yang terlalu letih dan kurang istirahat akan menyebabkan ASI berkurang, hal yang

bisa diantisipasi dengan mengikuti pola tidur bayi, setidaknya ibu bisa terbantu dengan mendapatkan waktu istirahat yang lebih cukup.⁶⁸

Memberikan KIE tentang *personal hygiene* yaitu untuk selalu menjaga kebersihan diri yaitu mandi 2 kali sehari, membersihkan daerah kewanitaannya dengan membasuh dari arah depan ke belakang kemudian dikeringkan dengan kain/handuk kering. Infeksi disebabkan oleh *personal hygiene* yang kurang baik, oleh karena itu *personal hygiene* pada masa postpartum seorang ibu sangat penting menjaga kebersihan diri agar tidak rentan terkena infeksi. Jika seorang ibu postpartum tidak melakukan *personal hygiene* dengan baik akan terjadi infeksi pada masa nifas yaitu terjadinya peradangan yang disebabkan oleh masuknya kuman-kuman kedalam alat-alat genetalia. Maka dari itu kebersihan diri ibu sangat membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada ibu.

Memberikan KIE kepada ibu tentang ASI Eksklusif dan menganjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan kepada bayinya. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI sesering mungkin atau memberikan ASI minimal 2 jam sekali. Bila bayi tidur lebih dari 2 jam, maka bangunkan bayi untuk minum ASI. ASI Eksklusif adalah pemberian ASI saja pada bayi sampai usia 6 bulan tanpa tambahan cairan ataupun makanan lain. ASI dalam jumlah cukup merupakan makanan terbaik pada bayi dan dapat memenuhi kebutuhan gizi bayi selama 6 bulan pertama. Sebaiknya dalam menyusui bayi tidak dijadwal, sehingga tindakan menyusui bayi dilakukan di setiap saat bayi membutuhkan karena bayi akan menentukan sendiri kebutuhannya. Bayi yang sehat dapat mengosongkan satu payudara sekitar 5-7 menit dan ASI dalam lambung bayi akan kosong dalam waktu 2 jam. Menyusui yang dijadwal akan berakibat kurang baik karena isapan bayi sangat berpengaruh pada rangsangan produksi ASI selanjutnya. Dengan menyusui tanpa jadwal, sesuai kebutuhan bayi akan mencegah timbulnya masalah menyusui.

Memberikan KIE kepada ibu tentang perawatan bayi yaitu dengan menjaga kebersihan bayi dengan mandi 2 kali sehari, menjaga suhu tubuh

bayi tetap hangat, tidak memakaikan gurita kepada bayi, memberikan ASI sesering mungkin, selalu mengajak bicara, melakukan kontak mata serta memberika sentuhan saat menyusui bayi. Ibu mengerti dan akan melakukan anjuran yang diberikan. Perawatan bayi tidak terlepas dari peran serta keluarga. Perawatan bayi yang baik dan benar dapat mencegah bayi dari suatu keadaan yang tidak diinginkan dan bisa membuat bayi menjadi bugar dan sehat. Diharapkan bayi akan bisa tumbuh dan berkembang menjadi generasi yang cerdas. Oleh karena itu, perawatan bayi haruslah dimulai sedini mungkin dengan melibatkan keluarga terutama orang yang dekat dengan bayi seperti ibu. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam perawatan bayi adalah menjaga kebersihan bayi, perawatan tali pusat, menjaga suhu bayi tetap hangat, pemenuhan nutrisi bayi dengan memberikan ASI sesering mungkin, serta memberikan kasih sayang kepada bayi.

Memberitahu ibu tentang tanda bahaya masa nifas yaitu pengeluaran darah abnormal, pusing kepala berat, pandangan kabur, dan demam tinggi. Apabila ibu mengalami salah satu tanda tersebut segera datang ke fasilitas kesehatan.

E. Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana

1. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian diperoleh setelah berdiskusi dengan suami, ibu belum berniat menggunakan kontrasepsi karena belum mendapat persetujuan dari suami untuk menggunakan kontrasepsi jenis pil, suntik, IUD maupun implant. Namun ibu menggunakan metode kontrasepsi jenis kalender untuk mencegah dan mengatur jarak kehamilan. Metode kalender atau pantang berkala merupakan metode keluarga berencana alamiah (KBA) yang paling tua. Metode kalender ini berdasarkan pada siklus haid/menstruasi wanita. Knaus berpendapat bahwa ovulasi terjadi tepat 14 hari sebelum menstruasi berikutnya. Sedangkan Ogino berpendapat bahwa ovulasi tidak selalu terjadi tepat 14 hari sebelum menstruasi, tetapi dapat terjadi antara 12 atau 16 hari

sebelum menstruasi berikutnya. Hasil penelitian kedua ahli ini menjadi dasar dari KBA sistem kalender.⁷⁰

Metode kalender akan lebih efektif bila dilakukan dengan baik dan benar. Sebelum menggunakan metode kalender ini, pasangan suami istri harus mengetahui masa subur. Padahal, masa subur setiap wanita tidaklah sama. Oleh karena itu, diperlukan pengamatan minimal enam kali siklus menstruasi. Selain itu, metode ini juga akan lebih efektif bila digunakan bersama dengan metode kontrasepsi lain. Berdasarkan penelitian dr. Johnson dan kawan-kawan, metode kalender akan efektif tiga kali lipat bila dikombinasikan dengan metode simpto-thermal. Angka kegagalan penggunaan metode kalender adalah 14 per 100 wanita per tahun.

Sebagai metode sederhana dan alami, metode kalender atau pantang berkala ini memiliki keterbatasan, antara lain; memerlukan kerjasama yang baik antara suami istri, pasangan suami istri tidak dapat melakukan hubungan seksual setiap saat, pasangan suami istri harus tahu masa subur dan masa tidak subur, harus mengamati siklus menstruasi minimal enam kali siklus, lebih efektif bila dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain.

2. Analisa

Berdasarkan pengkajian data, dapat ditegakkan diagnosis Ny. E usia 26 tahun $P_1A_0Ah_1$ akseptor baru KB kalender. Metode kalender atau pantang berkala merupakan metode keluarga berencana alamiah (KBA) yang paling tua. Metode kalender ini berdasarkan pada siklus haid/menstruasi wanita. Knaus berpendapat bahwa ovulasi terjadi tepat 14 hari sebelum menstruasi berikutnya. Sedangkan Ogino berpendapat bahwa ovulasi tidak selalu terjadi tepat 14 hari sebelum menstruasi, tetapi dapat terjadi antara 12 atau 16 hari sebelum menstruasi berikutnya. Hasil penelitian kedua ahli ini menjadi dasar dari KBA sistem kalender. Angka kegagalan penggunaan metode kalender adalah 14 per 100 wanita per tahun.⁷⁰

3. Penatalaksanaan

Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa saat ini keadaan ibu baik. Menjelaskan kepada ibu tentang definisi, keuntungan dan kerugian KB

Kalender. Metode KB kalender atau pantang berkala adalah cara/metode kontrasepsi sederhana yang dilakukan oleh pasangan suami istri dengan tidak melakukan senggama atau hubungan seksual pada masa subur/ovulasi. Menjelaskan keuntungan KB kalender yaitu

- a. Ekonomi: KB kalender dilakukan secara alami dan tanpa biaya sehingga tidak perlu mengeluarkan biaya untuk membeli alat kontrasepsi.
- b. Kesehatan: sistem kalender ini jelas jauh lebih sehat karena bisa dihindari adanya efek sampingan yang merugikan seperti halnya memakai alat kontrasepsi lainnya (terutama yang berupa obat).
- c. Psikologis: yaitu sistem kalender ini tidak mengurangi kenikmatan hubungan itu sendiri seperti bila memakai kondom misalnya. Meski tentu saja dilain pihak dituntut kontrol diri dari pasangan untuk ketat berpantang selama masa subur.

Menjelaskan kekurangan dari penggunaan KB kalender yaitu kemungkinan kegagalan yang jauh lebih tinggi. Ini terutama bila tidak dilakukan pengamatan yang mendalam untuk mengetahui dengan pasti masa subur, karena tidak ada yang bisa menjamin ketepatan perhitungan sebab masa subur pun terjadi secara alami, selain itu kedua pasangan tidak bisa menikmati hubungan suami istri secara bebas karena ada aturan yang ditetapkan dalam sistem ini. Masa berpantang yang cukup lama dapat membuat pasangan tidak bisa menanti dan melakukan hubungan pada waktu berpantang, lebih efektif bila dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain. Menganjurkan ibu untuk dikombinasikan dengan penggunaan kontrasepsi kondom. Alat kontrasepsi kondom baik untuk ibu yang sedang menyusui karena tidak mengandung hormone. Pemakaian kondom akan efektif apabila dipakai secara benar dan konsisten saat berhubungan badan.

BAB IV

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Berdasarkan hasil pengkajian data subjektif dan objektif, diperoleh suatu diagnosa Ny. E usia 26 tahun G₁P₀Ab₀Ah₀ usia kehamilan 39 minggu 1 hari, janin tunggal hidup, presentasi kepala dengan *Cephalopelvic Disproportion* (CPD). Ny. E memiliki masalah kepala janin belum masuk panggul pada usia kehamilan aterm, belum merasakan tanda-tanda persalinan sehingga dilakukan rujukan ke rumah sakit untuk tindakan lebih lanjut.
2. Persalinan Ny. E berlangsung secara tindakan *sectio caesarea* (SC) ditolong oleh dokter di RSUD Wates. Selama persalinan dan nifas, ibu didampingi oleh suami. Bayi lahir tanggal 21 Januari 2022 pukul 08.40 WIB
3. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir Ny. E dilakukan langkah awal mengeringkan bayi dan membersihkan jalan nafas karena bayi Ny. E lahir tidak langsung menangis, lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, dan berat bayi baru lahir cukup. Sehingga setelah lahir bayi Ny. E masuk ke ruang perinatal untuk dilakukan observasi selama 6 jam. Pemberian asuhan bayi baru lahir difokuskan pada pencegahan kehilangan panas dan pencegahan infeksi. Bayi telah diberikan injeksi vitamin K, salep mata, dan imunisasi Hb 0.
4. Selama masa nifas, keadaan Ny. E baik. Pada nifas hari ke-9 Ny. E mengalami infeksi luka jahitan *sectio caesarea*, setelah dilakukan tindakan di rumah sakit keluhan mulai berkurang. Asuhan kebidanan yang diberikan kepada Ny. E sesuai dengan keluhan sehingga masalah dapat teratasi. Selain itu juga dilakukan asuhan kebidanan nifas sesuai dengan kebutuhan ibu nifas meliputi KIE mengenai nutrisi, personal hygiene, pola aktifitas dan pola istirahat, ASI eksklusif, serta perawatan bayi.
5. Masa neonatus By. Ny. E berlangsung normal. Berat badan By. Ny E mengalami peningkatan setiap melakukan kontrol. Sudah dilakukan imunisasi BCG pada tanggal 16 Februari 2022.

6. Saat dilakukan pengkajian data subjektif, Ny E belum mendapatkan persetujuan dari suami untuk menggunakan kontrasepsi jenis pil, suntik, IUD maupun implant. Namun Ny. E ingin menggunakan kontrasepsi alami dengan metode kalender.

B. Saran

1. Bagi Bidan

Diharapkan dapat mempertahankan kualitas asuhan yang diberikan dan senantiasa meningkatkan pelayanan yang komprehensif serta melakukan pemantauan antenatal care yang ketat.

2. Bagi Mahasiswa Kebidanan

Mahasiswa diharapkan dapat meningkatkan kualitas pendampingan dalam memberikan asuhan kebidanan berkesinambungan sehingga untuk ke depannya pasien dapat terlayani secara berkesinambungan dan cakupan pelayanan KIA dan KB di fasilitas kesehatan meningkat.

3. Bagi pasien

Diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan bagi pasien, keluarga dan masyarakat tentang kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan keluarga berencana, sehingga mampu mengantisipasi, mencegah dan menanggulangi terjadinya kegawatdaruratan dan dapat mengurangi angka morbiditas dan mortalitas di masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

1. Badan Pusat Statistik. Statistics Indonesia dan Macro International. Published online 2013.
2. WHO. *Maternal Mortality*. World Health Organization; 2014.
3. BPS, BKKBN, Kemenkes. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia. *Survei Demogr dan Kesehat Indones*. Published online 2012:266.
4. Dinas Kesehatan DIY. Profil Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2019. Published online 2020.
5. Saifuddin AB. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. PT. Bina Pustaka; 2012.
6. Ningsih DA. Continuity of Care Kebidanan. *OKSITOSIN J Ilm Kebidanan*. 2017;4(2):67-77. doi:10.35316/oksitosin.v4i2.362
7. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane database Syst Rev*. 2013;(8):CD004667. doi:10.1002/14651858.CD004667.pub3
8. Prawirohardjo S. *Ilmu Kebidanan*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo; 2010.
9. Varney H, M.Kriebs J, L.Gegor C. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Varney*. 4th ed. EGC; 2015.
10. Medforth, Janet dkk. 2013. *Kebidanan Oxford Dari Bidan Untuk Bidan, Jakarta: buku Kedokteran EGC*.
11. Winkjosastro. *Ilmu Kandungan*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2011.
12. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014. Published online 2014.
13. Rochjati P. *Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil*. 2nd ed. Airlangga University Press; 2011.
14. Kemenkes RI. *Pelaksanaan Pendekatan Keluarga Sehat*.; 2017.
15. Pahlavi IR, Sari RDP, Ramkita N. Multigravida dengan Riwayat Sectio Caesarea Atas Indikasi Disproporsi Kepala Panggul dengan Penyerta Tumor Paru, Kekurangan Energi Kronik dan Anemia Berat. *J Medula*. 2017;7(4):30-36.
16. Maiti, Bidinger. Kegawatdaruratan Maternal Neonatal. *J Chem Inf Model*. 1981;53(9):1689-1699.
17. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. In: ; 2016.
18. Simin NA, Kalangi SJR, Wongkar D. Ukuran Lebar Panggul Mahasiswi Kedokteran Universitas Sam Ratulangi Dengan Tinggi Badan Di Bawah 150 Cm. *J Biomedik*. 2012;4(3):93-100.
19. Sihotang I darbiantoro. Prevalensi Turunnya Kepala Janin Pada Pintu Atas Panggul Pada Primigravida Usia Kehamilan 34-36 Minggu Suatu Telaah Sistematis Skripsi. Published online 2021.
20. Winkjosastro. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan*

- Neonatal*. Yayasan Pustaka Prawirohardjo; 2010.
21. Ramandanty, P V. Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Operasi Sectio Caesaria Diruang Mawar Rsud A.W Sjahranie Samarinda. Published online 2019.
 22. Aspiani, R Y. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas, Aplikasi NANDA NIC Dan NOC*. TIM; 2016.
 23. Prawirohardjo S. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2010.
 24. Sari EP, Rimandini KD. *Asuhan Kebidanan Persalinan (Intranatal Care)*. TIM; 2015.
 25. Marmi. *Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Pustaka Pelajar; 2012.
 26. Sumarah, Widyastuti Y, Wiyati N. *Perawatan Ibu Bersalin: Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Fitramaya; 2010.
 27. Sulistyawati A, Nugraheny E. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Salemba Medika; 2010.
 28. Walyani, Purwoastuti. *Ilmu Obstetri Dan Ginekologi Sosial Untuk Kebidanan*. Pustaka Baru Press.; 2015.
 29. Nursiah A dkk. *Asuhan Persalinan Normal Bagi Bidan*. PT. Refika Aditama; 2014.
 30. Asri dwi dkk. *Asuhan Persalinan Normal*. Nuha Medika; 2011.
 31. Manuaba. *Ilmu Kebidanan; Penyakit Kandungan Dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. EGC; 2013.
 32. Jannah N. *Asuhan Kebidanan II Persalinan Berbasis Kompetensi*. ECG; 2017.
 33. Rukiyah AY. *Asuhan Kebidanan II*. Trans Info Media; 2014.
 34. Marmi, Rahardjo K. *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, Dan Anak Prasekolah*. Pustaka Pelajar; 2015.
 35. Cunningham. *Obstetri William*. 24th ed. Penerbit Kedokteran EGC; 2014.
 36. Rustam M. *Sinopsis Obstetri: Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologi: Jilid 1*. EGC; 2013.
 37. Lissauer T, Avroy A. *Selayang Neonatologi*. Indeks; 2013.
 38. Kemenkes. *Pentingnya Pemantauan Kesehatan Pada Masa Periode Emas Balita*. Kemenkes RI; 2015.
 39. World Health Organization (WHO). Perinatal asphyxia.
 40. Oxorn H WR. *Ilmu Kebidanan: Patologi Dan Fisiologi Persalinan*. Yayasan Essensia Medika; 2010.
 41. Dewi, Vivian Nanny Lia. (2010). *Asuhan Neonatus Bayi Dan Anak Balita*. Jakarta: Salemba Medika.
 42. Varney, Helen, Jan M.Kriebs. Carolyn L.Gegor. 2015. *Varney's Midwifery*: EGC.
 43. Saleha S. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Salemba Medika; 2013.
 44. Nugroho T, Nurrezki, Warnaliza D, Wilis. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas 3*. Nuha Medika; 2014.
 45. Rukiyah AY, Yulianti L. *Asuhan Kebidanan Patologi Kebidanan*. Trans Info Media; 2010.
 46. Elly W. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. In: *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. ; 2018.

47. Tulas VDP, Kundre R, Bataha Y. Hubungan Perawatan Luka Perineum dengan Perilaku Personal Hygiene Ibu Post Partum di Rumah Sakit Pancarahn Kasih GMIM Manado. *e-Journal Keperawatan*. 2017;5(1).
48. Nurjanah SN, Maemunah AS, Badriah DL. *Asuhan Kebidanan Post Partum Dilengkapi Dengan Asuhan Kebidanan Post Sectio Caesarea*. PT Refrika Aditama; 2013.
49. Wahyuningsih HP. *Asuhan Kebidanan Nifas Dan Menyusui*. PPSDM Kemenkes RI; 2018.
50. Sukma F, Hidayati E, Jamil SN. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta; 2017.
51. Bahiyatun. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal*. EGC; 2016.
52. Nurjanah Siti Nunung dkk. *Asuhan Kebidanan Postpartum*. PT Refika Aditama; 2013.
53. Kemenkes RI. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu Di Fasilitas Kesehatan Dasar Dan Rujukan*. Kementerian Kesehatan RI; 2013.
54. Sulistyawati A. *Pelayanan Keluarga Berencana*. Salemba Medika; 2013.
55. BKKBN. *Keluarga Berencana Dan Kesehatan Reproduksi*. BKKBN; 2011.
56. BKKBN. Rencana Strategis Badan Kependudukan Dan Keluarga Berencana Nasional. BKKBN. Published online 2015;1-43. doi:10.1017/CBO9781107415324.004
57. Hananto. *Keluarga Berencana Dan Kontrasepsi*. Pustaka Sinar Harapan; 2013.
58. Saifuddin AB. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2012.
59. Handayani S. *Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana*. Pustaka Riharna; 2010.
60. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Y. SC. *Obstetri Williams*. 23rd ed. EGC; 2014.
61. Sumelung V, Kundre R, Karundeng M. Faktor-Faktor yang Berperan Meningkatnya Angka Kejadian Sectio Caesarea di Rumah Sakit Umum Daerah Liun Kendage Tahuna. *J Keperawatan*. 2014;2(1). doi:10.1016/0584-8539(74)80002-4
62. Subekti SW. Indikasi Persalinan Sectio Caesarea. *J Biometrika Dan Kependudukan*. 2018;7(1):11-19.
63. Fanny F. Sectio Caesarea sebagai Faktor Risiko Kejadian Asfiksia Neonatorum. *J Major*. 2015;4(8):57-62.
64. McDonnell S, Chandharan E. Determinants and outcomes of emergency caesarean section following failed instrumental delivery: 5-Year observational review at a tertiary referral centre in London. *J Pregnancy*. 2015;2015. doi:10.1155/2015/627810
65. Perinasia. *Buku Panduan Resusitasi Neonatus*. 6th ed.; 2012.
66. Kuriarum A. *Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir*. Pusdik SDM Kesehatan; 2016.
67. Megasari M. Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas Dengan Putting susu Terbenam Grade I di BPM Prapti Vidianingsih Kota Pekanbaru. *J Komun*

- Kesehat.* 2019;10(1):29-37. d:\Downloads\Documents\37-Article Text-74-1-10-20191217_2.pdf
68. Dewi ADC. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kelancaran Produksi ASI. *J Aisyiyah Med.* 2019;4(1).
 69. Hastuti P, Wijayanti IT, Bakti A, Pati U, Bakti A, Pati U. Pengaruh pemenuhan nutrisi dan tingkat kecemasan terhadap pengeluaran asi desa sumber rembang. 2017;II(2).
 70. Priyanti S, Syalfina AD. *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Dan Keluarga Berencana.*; 2017.

Lampiran 1. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Komprehensif

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL

Ny. E usia 26 tahun G₁P₀A₀Ah₀ usia kehamilan 39 minggu 1 hari
dengan *Cephalopelvic Disproportion* (CPD) di Puskesmas Panjatan II

Masuk tanggal: 19 Januari 2022

Di ruang : KIA

Biodata	Ibu	Suami
Nama	: Ny. E	Tn. A
Umur	: 26 tahun	29 tahun
Pendidikan	: SMA	S1
Pekerjaan	: Swasta	Swasta
Agama	: Islam	Islam
Suku/ Bangsa	: Jawa/Indonesia	Jawa/Indonesia
Alamat	: Garongan II, Panjatan	

DATA SUBJEKTIF

1. Keluhan utama

Ibu mengatakan ingin periksa kehamilannya dan saat ini tidak ada keluhan yang dirasakan.

2. Riwayat Perkawinan

Kawin 1 kali. Kawin pertama umur 26 tahun. Dengan suami sekarang 1 tahun.

3. Riwayat menstruasi

Menarche umur 13 tahun. Siklus teratur. Lama 5-6 hari. Sifat Darah: Encer.

Flour Albus: tidak. Bau khas darah haid. Dysmenorrhoe: tidak.

Banyak darah 3-4 kali ganti pembalut.

4. Riwayat Kehamilan ini

- a. Riwayat ANC HPHT 18 April 2022 HPL 25 Januari 2022
- b. ANC Sejak umur kehamilan 11 minggu. ANC di Puskesmas dan Dokter
- Frekuensi. Trimester I 1 kali
- Trimester II 5 kali
- Trimester III 5 kali
- c. Pergerakan janin yang pertama pada umur kehamilan 18 minggu.
- Pergerakan janin dalam 12 jam terakhir 12 kali
- d. Keluhan yang dirasakan
- Trimester I : mual
- Trimester II : tidak ada
- Trimester III : pinggang dan perut sering kencang
- e. Status Imunisasi TT₅

5. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas

G1P0Ab0Ah0

Hamil ke	Persalinan							Nifas		
	Tgl lahir	Umur kehamilan	Jenis Persalinan	Penolong	Komplikasi		JK	BB Lahir	Laktasi	Komplikasi
					Ibu	Bayi				
1	Hamil ini									

6. Riwayat kontrasepsi yang digunakan

No	Jenis Kontrasepsi	Mulai Menggunakan				Berhenti/ Ganti cara			
		Tanggal	Oleh	Tempat	Keluhan	Tanggal	Oleh	Tempat	Alasan
1	Ibu mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi								

7. Riwayat kesehatan

- a. Penyakit sistemik yang pernah/sedang diderita
- Ibu mengatakan tidak pernah/tidak sedang menderita penyakit hipertensi, DM, jantung, infeksi menular seksual, dll.
- b. Penyakit yang pernah/sedang diderita keluarga
- Ibu mengatakan keluarga tidak pernah/tidak sedang menderita penyakit hipertensi, DM, jantung, infeksi menular seksual, dll.

c. Riwayat keturunan kembar

Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat kembar dari keluarga

d. Riwayat alergi

Ibu mengatakan tidak alergi terhadap makanan, obat-obatan, maupun zat-zat lain.

8. Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

a. Pola Nutrisi

	Makan	Minum
Frekuensi	3 kali/hari	8 kali/hari
Macam	nasi, sayur, lauk, buah	air putih, susu
Jumlah	1 porsi sedang	1 gelas sedang
Keluhan	tidak ada keluhan	tidak ada keluhan

b. Pola Eliminasi

	BAB	BAK
Frekuensi	1 kali/hari	7 kali/hari
Warna	kuning kecoklatan	kuning jernih
Konsistensi	lunak	cair

c. Pola aktivitas

Kegiatan sehari-hari

Ibu mengatakan dirinya bekerja dengan berjualan serta melakukan kegiatan rumah tangga yaitu memasak, membersihkan rumah, dan mengurus anak.

Istirahat

Ibu mengatakan jarang tidur di siang hari dan tidur malam 6-7 jam.

d. Personal Hygiene

Kebiasaan mandi 2 kali/hari

Kebiasaan membersihkan alat kelamin setelah BAK, BAB, dan saat mandi

Kebiasaan mengganti pakaian dalam setelah mandi

Jenis pakaian dalam yang digunakan bahan katun

e. Kebiasaan-kebiasaan

Ibu mengatakan tidak pernah minum jamu, minum-minuman keras, merokok, dan obat-obatan yang tidak sesuai anjuran bidan/dokter selama hamil serta ibu mengatakan suaminya merokok di luar rumah.

9. Riwayat Psikospiritual

- a. Kehamilan ini diinginkan oleh ibu dan suami
- b. Pengetahuan ibu tentang kehamilan
Ibu mengatakan bahwa belum banyak mengerti mengenai kehamilan
- c. Pengetahuan ibu tentang kondisi/keadaan yang dialami sekarang
Ibu mengerti bahwa dirinya sedang hamil dan harus menjaga kesehatan dengan baik
- d. Penerimaan ibu terhadap kehamilan saat ini
Ibu sangat senang karena kehamilan ini merupakan kehamilan yang ditunggu-tunggu
- e. Tanggapan keluarga terhadap kehamilan
Keluarga sangat senang dan tidak sabar menanti kelahiran bayinya
- f. Persiapan/rencana persalinan
Ibu dan suami sudah mempersiapkan mulai dari biaya, pakaian ibu dan bayi, transportasi yang digunakan motor, untuk penolong persalinan bidan dan untuk tempat persalinan di rumah sakit. Pendonor adalah suami.

DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan umum: baik Kesadaran: Compos Mentis
- b. Tanda Vital
Tekanan Darah: 132/82 mmHg
Nadi : 80 kali/menit
Pernafasan : 20 kali/menit
Suhu : 36,6 °C
- c. Pemeriksaan Antropometri
BB : sebelum hamil: 58 kg BB sekarang: 74 kg
TB : 149 cm
IMT : 26,1 kg/m²
Lila : 28 cm

d. Pemeriksaan Fisik

Mata : simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda
 Mulut : bersih, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi
 Leher : tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid
 Abdomen
 Bekas luka : tidak ada bekas luka
 Leopold I : TFU 33 cm. Teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong)
 Leopold II : sebelah kanan teraba bagian kecil-kecil janin (ekstermitas),
 sebelah kiri teraba datar, keras, memanjang (punggung janin)
 Leopold III : teraba bulat, keras, melenting (kepala janin), masih bisa
 digoyangkan
 Leopold IV : tangan pemeriksa bertemu (konvergen) kepala belum masuk
 panggul
 TBJ : $(33-12) \times 155 = 3.255$ gram
 DJJ : punctum maksimum kiri bawah pusat, frekuensi 130
 kali/menit, irama teratur.
 Ekstremitas
 Edema : tidak ada
 Varices : tidak ada

e. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Laboratorium

Hb : 11, 2 gr%

Protein urine: negative

ANALISA

1. Diagnosa kebidanan

Ny. E usia 26 tahun G₁P₀Ab₀Ah₀ usia kehamilan 39 minggu 1 hari, janin tunggal hidup, presentasi kepala dengan *Cephalopelvic Disproportion* (CPD)

2. Kebutuhan berdasarkan kondisi klien

- a. KIE keadaan yang dialami saat ini
- b. KIE rujukan persalinan di rumah sakit

- c. KIE tanda-tanda persalinan
- d. KIE tanda bahaya kehamilan

PENATALAKSANAAN (Tanggal 19 Januari 2022 Jam 09.30 WIB)

1. Mengingatkan kepada ibu tentang protokol kesehatan yaitu dengan memakai masker, menjaga jarak minimal 1,5 meter, tidak berkerumun, mencuci tangan dengan 6 langkah cuci tangan yang baik dan benar dengan sabun dan air mengalir, serta mandi dan mengganti baju setelah bepergian keluar rumah.

Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran yang diberikan.

2. Memberikan edukasi kepada ibu terkait keadaan yang dialaminya saat ini yaitu kepala janin belum masuk ke dalam pintu atas panggul pada saat aterm, dimana hal tersebut merupakan salah satu tanda dari *Cephalopelvic Disproportion* (CPD) yang merupakan 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.

Ibu mengerti penjelasan yang dilakukan bidan dan merasa cemas

3. Memberikan KIE kepada ibu tentang persiapan persalinan. Menganjurkan ibu untuk mempersiapkan perencanaan persalinan meliputi tempat persalinan, penolong persalinan, pendamping persalinan, kendaraan, biaya, dokumen, pendonor darah, pakaian ibu dan janin, serta menganjurkan ibu untuk mulai mendiskusikan dengan suami terkait penggunaan metode kontrasepsi setelah lahiran dikarenakan ibu akan melahirkan secara operasi sehingga perlu memberikan waktu untuk pulih sempurna sebelum mengalami kehamilan selanjutnya. Dengan kondisi kehamilan dengan CPD maka perlu diberikan pengertian kepada ibu bahwa persalinan sebaiknya dilakukan di rumah sakit secara *sectio caesarea* (SC) agar mendapatkan penanganan yang intensif sehingga aman bagi ibu dan bayi.

Ibu melakukan diskusi dengan suami untuk dilakukan rujukan

4. Memberikan KIE kepada ibu tentang tanda-tanda persalinan yaitu nyeri pinggang menjalar keperut bagian bawah, perut mulas-mulas yang teratur, timbulnya semakin sering dan semakin lama, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir

atau keluar cairan ketuban dari jalan lahir. Apabila ibu merasakan salah satu tanda persalinan segera datang ke fasilitas kesehatan.

Ibu mengerti penjelasan yang diberikan bidan.

5. Memberikan KIE kepada ibu tentang tanda bahaya kehamilan diantaranya yaitu bengkak pada wajah, kaki dan tangan oedema, keluar air ketuban sebelum waktunya, perdarahan hebat, pusing yang hebat, serta gerakan bayi berkurang. Apabila ibu mengalami salah satu dari kejadian tersebut ibu harus segera memeriksakan kehamilannya di fasilitas kesehatan terdekat.

Ibu mengerti tanda bahaya kehamilan.

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal : 20 Januari 2022

S	Ibu datang ke Rumah Sakit pukul 09.00 WIB ingin melakukan pemeriksaan kehamilan dan melakukan saran bidan untuk dilakukan operasi SC terencana. Ibu mengatakan gerakan janin aktif. Saat ini umur kehamilan 39 minggu 2 hari.
O	KU : Baik. Kesadaran : Compos Mentis Leopold I : Teraba bulat, lunak, tidak dapat dilentingkan (bokong) TFU : 30 cm TBJ : $(33-12) \times 155 = 3.255 \text{ gr}$ Leopold II : Perut kiri teraba luas, datar seperti papan, ada tahanan (punggung), perut kanan teraba bagian kecil janin (ekstremitas) Leopold III : teraba bulat, keras, melenting (kepala janin), masih bisa digoyangkan Leopold IV : tangan pemeriksa bertemu (konvergen) kepala belum masuk panggul
A	Ny. E usia 26 tahun G ₁ P ₀ Ab ₀ Ah ₀ usia kehamilan 39 minggu 2 hari, janin tunggal hidup, presentasi kepala hamil aterm dengan <i>Cephalopelvic Disproportion</i> (CPD)
P	1. Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa saat ini ibu dan janin dalam keadaan sehat. Ibu mengerti kondisi kesehatan dirinya 2. Mengatur dan menjadwalkan operasi <i>Sectio Caesarea</i> (SC) terencana atas indikasi <i>Cephalopelvic Disproportion</i> (CPD) di tanggal 21 Januari 2022 3. Memberitahu ibu untuk selalu memantau gerak janin. Apabila gerak janin berkurang atau tidak aktif segera lapor. Ibu bersedia memantau gerak janin

CATATAN PERKEMBANGAN PERSALINAN

Tanggal : 20 Januari 2022

S	Ibu mengatakan tanggal 20 Januari 2022 pukul 12.00 WIB untuk masuk ruangan perawatan guna persiapan tindakan SC tanggal 21 Januari 2022. Ibu makan terakhir pada 20 Januari 2022 pukul 07.00 WIB Ibu minum terakhir pada 20 Januari 2022 pukul 10.00 WIB BAB terakhir pada 20 Januari 2022 pukul 07.00 WIB BAK terakhir pada 20 Januari 2022 pukul 09.00 WIB Ibu merasa cemas akan melakukan persalinan secara SC. Saat ini umur kehamilan 39 minggu 2 hari. dilakukan pemeriksaan Laborat , EKG, Foto Thorax untuk persiapan operasi SC Persalinan SC atas indikasi <i>Cephalopelvic Disproportion</i> (CPD) dilakukan tanggal 21 Januari 2022 pukul 08.00 WIB. Bayi lahir pukul 08.40 WIB dengan jenis kelamin laki-laki, bayi tidak langsung menangis dan ekstermitas agak pucat kebiruan.
O	-
A	-
P	-

CATATAN PERKEMBANGAN BAYI BARU LAHIR

Tanggal : 21 Januari 2022

S	Bayi Ny. E lahir tanggal 21 Januari 2022 pukul 08.40 WIB secara <i>Seccio Caesarea</i> atas indikasi <i>Cephalopelvic Disproportion</i> (CPD). Bayi Ny. E lahir tidak langsung menangis dan ekstermitas pucat kebiruan sehingga dilakukan mengeringkan bayi dan membersihkan jalan nafas sampai akhirnya bayi bisa menangis dan bernafas spontan. Bayi tidak dilakukan IMD. Hasil pemeriksaan di rumah sakit diperoleh berat badan lahir 2820 gram, panjang badan 48 cm, dan lingkaran kepala 30,5 cm. Pemeriksaan fisik bayi menunjukkan bayi dalam keadaan normal, tidak ada kelainan maupun kecacatan. Pemberian salep mata pada mata kanan dan mata kiri serta injeksi vitamin K 1 mg secara IM pada paha kiri 1/3 bagian luar atas sudah dilakukan, selanjutnya dilakukan perawatan bayi baru lahir pasca resusitasi. Bayi Ny. E dilakukan perawatan dan observasi di ruang perinatal selama kurang lebih 6 jam, setelah bayi dalam kondisi stabil dilakukan rawat gabung bersama Ny. E di ruangan nifas.
O	-
A	-
P	-

CATATAN PERKEMBANGAN NEONATUS

Tanggal : 23 Januari 2022

S	Ibu mengatakan bayinya sudah BAB dan BAK, bayi tidak rewel, bayi mau menyusu. Hasil pemeriksaan bayi dalam keadaan sehat dan tidak ada keluhan, tali pusat dalam kondisi bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi. Penatalaksanaan yang dilakukan oleh rumah sakit yaitu memberi konseling ibu untuk menjaga kehangatan bayinya, menganjurkan ibu dianjurkan lebih sering menyusui anaknya, menyusui dengan ASI agar kekebalan bayi terus bertambah, memberikan konseling ibu tentang perawatan tali pusat, memberitahu ibu tanda bahaya bayi baru lahir. Memberitahu ibu untuk melakukan kontrol ulang 27 Januari 2022.
O	-
A	-
P	-

CATATAN PERKEMBANGAN NEONATUS

Tanggal : 27 Januari 2022

S	Ibu mengatakan melakukan kontrol bayinya di rumah sakit, saat ini bayinya tidak ada keluhan, menyusu dengan baik, hisapan kuat, terdengar suara menelan dan payudara terasa kosong setelah menyusui, tali pusat sudah puput. Hasil pemeriksaan di rumah sakit menunjukkan berat badan bayi mengalami peningkatan yaitu 2945 gram, tali pusat sudah puput dan bersih, dan bayi tidak kuning. Penatalaksanaan yang dilakukan memberikan KIE terkait ASI eksklusif, <i>personal hygiene</i> bayi, dan melakukan kontrol ulang jika ada keluhan.
O	-
A	-
P	-

CATATAN PERKEMBANGAN NEONATUS

Tanggal : Kamis, 16 Februari 2022

S	Ibu mengatakan saat ini bayinya dalam kondisi sehat dan tidak ada keluhan, menyusu dengan baik namun disambung dengan susu formula karena bayi tidak ingin menyusu pada payudara yang sebelah karena puting tenggelam, bayi sudah melakukan imunisasi BCG pada tanggal 10 Agustus 2021.
O	BB : 3400 gram S : 36,3°C
A	By. Ny. E usia 26 hari cukup bulan sesuai masa kehamilan normal
P	1. Memberitahu ibu bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan keadaan bayi baik. 2. Memberikan KIE tentang menjaga personal hygiene bayi dengan mandi 2x sehari dan mengganti popok saat bayi BAK atau BAB 3. Menganjurkan ibu dan keluarga untuk memberikan bayi ASI eksklusif yaitu hanya ASI saja sampai usianya 6 bulan, tanpa minuman dan makanan tambahan, susui bayi sesering mungkin atau minimal setiap 2 jam sekali. 4. Menganjurkan ibu untuk tetap terus memompa pada payudara yang putingnya tenggelam agar perlahan puting bisa menonjol dan ASI dapat diberikan kepada bayi baik dengan menyusui langsung maupun dengan sendok. 5. Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar, yaitu dengan posisi bayi dipangku menghadap perut ibu, kepala bayi didepan payudara dan bayi menyusu sampai mulut mencapai aerola dan terdengar tegukan dalam mulut bayi, badan dihadapkan keperut ibu, sampai membentuk garis lurus dari kepala bayi sampai badan dan ditopang dengan tangan ibu. 6. Memberikan KIE kepada ibu tentang tanda bahaya pada bayi baru lahir yaitu bayi tidak mau menyusu, panas, kejang, badan kuning, atau tampak biru pada ujung jari tangan, kaki dan mulut, dan apabila bayi mengalami salah satu tanda bahaya tersebut segera bawa ke fasilitas kesehatan.

CATATAN PERKEMBANGAN NIFAS

Tanggal : 21 Januari 2022

S	Ibu mengatakan saat ini sudah mulai mencoba miring kiri dan kanan serta mencoba duduk, luka jahitan masih terasa nyeri.
O	Hasil pemeriksaan di rumah sakit menunjukkan bahwa ibu dalam kondisi baik dan sehat, ASI sudah keluar namun pada payudara kiri puting susu tenggelam, perut teraba keras, dan pengeluaran darah dirasa normal.
A	Ny. E usia 26 tahun P ₁ A ₀ Ah ₁ post <i>sectio caesarea</i> hari ke-1 normal
P	Penatalaksanaan yang dilakukan rumah sakit yaitu memberikan KIE tentang mobilisasi dini post operasi, perawatan luka jahitan, kebersihan diri dan daerah kewanitaannya, menjaga kehangatan bayi, memberikan ASI eksklusif agar tercipta bonding yang baik antara ibu dan bayi, menganjurkan ibu untuk rutin memompa atau menarik secara halus menggunakan tangan maupun spuit tanpa jarum pada puting susu yang tenggelam, tanda-tanda bahaya nifas, serta pemenuhan nutrisi untuk pemulihan kondisi ibu.

CATATAN PERKEMBANGAN NIFAS

Tanggal : 23 Januari 2022

S	Ibu mengatakan saat ini sudah bisa duduk sendiri dan berjalan, luka bekas jahitan operasi masih terasa nyeri dan hari ini sudah boleh pulang.
O	Hasil pemeriksaan di rumah sakit menunjukkan ibu dalam kondisi baik dan sehat, ASI keluar lancar, perut teraba keras, dan pengeluaran darah normal
A	Ny. E usia 26 tahun P ₁ A ₀ Ah ₁ post <i>sectio caesarea</i> hari ke-3 normal
P	Penatalaksanaan yang dilakukan rumah sakit yaitu memberikan KIE tentang perawatan luka jahitan operasi, perawatan dan kebersihan bayi baru lahir, kebersihan daerah kewanitaan dengan rajin mengganti pembalut ketika sudah tidak nyaman, teknik menyusui yang baik dan benar, tanda-tanda bahaya nifas, pemberian ASI <i>on demand</i> , serta pemenuhan nutrisi dan istirahat untuk pemulihan, memberikan terapi obat berupa tablet tambah darah diminum 1x1 dan vitamin A diminum 1x1.

CATATAN PERKEMBANGAN NIFAS

Tanggal : 02 Februari 2022

S	Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan, sudah dapat beraktifitas seperti semula, darah nifas saat ini berwarna kuning kecoklatan, ASI keluar lancar, BAB dan BAK seperti biasa, istirahat sedikit berkurang karena sering bangun tengah malam untuk menyusui bayinya, dalam pola makan tidak ada pantangan. Namun pada tanggal 2 Agustus 2021 melakukan kontrol ke rumah sakit dan mengeluh demam sejak tanggal 29 Juli 2021, merasa nyeri di luka jahitan operasi, dan badan menggigil, namun saat ini demam sudah mulai menurun dan nyeri jahitan sedikit berkurang. Hasil pemeriksaan tanggal 2 Agustus 2021 yang diperoleh dari rumah sakit yaitu suhu tinggi dan luka jahitan operasi tampak pengeluaran nanah. Saat kontrol diberikan obat berupa pereda nyeri dan antibiotic, setelah diminum keluhan berkurang.
O	KU : baik
A	Ny. E usia 26 tahun P ₁ A ₀ Ah ₁ post <i>sectio caesarea</i> hari ke-12 normal
P	1. Memberikan KIE kepada ibu tentang nutrisi selama masa nifas yaitu ibu harus makan makanan bergizi seimbang dan beragam meliputi karbohidrat (nasi, kentang, roti), protein (telor, tahu, tempe, ikan, daging), sayur (bayam, kangkung, sawi, katuk, brokoli), buah (jeruk, manga, jambu), serta mengkonsumsi minum minimal 3 liter/hari agar produksi ASI banyak dan tercukupi serta mempercepat pemulihan luka jahitan operasi 2. Memberikan KIE kepada ibu untuk istirahat yang cukup atau istirahat saat bayi tidur sehingga ibu tidak merasa kelelahan karena apabila ibu kelelahan dapat mempengaruhi produksi ASI. Kebutuhan tidur ibu nifas dalam sehari kurang lebih delapan jam pada malam hari dan satu jam pada siang hari. Pola istirahat dan aktivitas ibu selama nifas yang kurang dapat menyebabkan kelelahan dan berdampak pada produksi ASI. 3. Memberikan KIE tetang personal hygiene yaitu untuk selalu menjaga

	kebersihan diri yaitu mandi 2 kali sehari, membersihkan daerah kewanitaan dengan membasuh dari arah depan ke belakang kemudian dikeringkan dengan kain/handuk kering. 4. Memberikan KIE kepada ibu tentang ASI Eksklusif dan menganjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan kepada bayinya. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI sesering mungkin atau memberikan ASI minimal 2 jam sekali. Bila bayi tidur lebih dari 2 jam, maka bangunkan bayi untuk minum ASI. 5. Memberikan KIE kepada ibu tentang perawatan bayi yaitu dengan menjaga kebersihan bayi dengan mandi 2 kali sehari, menjaga suhu tubuh bayi tetap hangat, tidak memakaikan gurita kepada bayi, memberikan ASI sesering mungkin, selalu mengajak bicara, melakukan kontak mata serta memberika sentuhan saat menyusui bayi.
--	--

CATATAN PERKEMBANGAN NIFAS

Tanggal : 16 Februari 2022

S	Ibu mengatakan saat ini sudah tidak ada keluhan, luka jahitan operasi sudah membaik kering dan tidak nyeri, darah nifas sudah tidak keluar hanya keluar seperti keputihan, pemberian ASI masih berlanjut namun saat ini juga menggunakan susu formula karena bayi malas menyusu pada puting yang tenggelam. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memotivasi ibu untuk selalu memberikan ASI eksklusif pada bayinya dengan telaten, menganjurkan ibu untuk rajin memompa ASI pada puting yang tenggelem, menganjurkan ibu untuk tetap menyusui bayinya pada payudara kanan yang putingnya normal, mengingatkan ibu untuk imunisasi bayinya, menganjurkan ibu mulai mendiskusikan dengan suami mengenai alat kontrasepsi yang akan digunakan, memberikan KIE mengenai alat kontrasepsi yang aman digunakan untuk ibu menyusui.
O	KU : baik Putting susu tenggelam
A	Ny. E usia 26 tahun P ₁ A ₀ Ah ₁ post <i>sectio caesarea</i> hari ke-26 normal
P	1. Memberitahu ibu bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan keadaan ibu baik dan sehat. 2. Memberikan KIE kepada ibu tentang cara mengatasi puting tenggelam yaitu dengan cara menempelkan ujung pompa/spuit pada payudara sehingga puting berada di dalam pompa lalu ditarik perlahan sehingga terasa ada tekanan dan dipertahankan selama 30 detik-1 menit, bila terasa sakit tarikan dapat dikendorkan, asi yang keluar dimasukan kecangkir. Dapat dilakukan sesuai kebutuhan. Alternatif lain yang dapat dilakukan yaitu dengan rajin memompa ASI. 3. Menganjurkan ibu untuk selalu rajin memompa pada payudara kiri agar ASI dapat tetap diberikan kepada bayinya baik menyusui secara langsung maupun dengan sendok. 4. Memberikan KIE tentang pemenuhan gizi ibu selama nifas yaitu untuk

	selalu mengkonsumsi makanan bergizi seimbang, mengkonsumsi makanan berserat dan sayuran hijau, makan makanan berprotein tinggi serta mengkonsumsi minum minimal 10 gelas/hari. Ibu mengerti dan akan melakukan anjuran yang diberikan. 5. Memotivasi ibu untuk selalu memberikan ASI eksklusif pada bayinya dengan telaten karena nutrisi yang terbaik untuk baik ada pada ASI serta untuk tumbuh kembang bayi mengingat panjang badan bayi saat lahir tergolong kurang sehingga dengan diberikannya ASI eksklusif dapat menyeimbangkan pertumbuhan dan perkembangan bayi. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI sesering mungkin atau memberikan ASI minimal 2 jam sekali. Bila bayi tidur lebih dari 2 jam, maka bangunkan bayi untuk minum ASI. Ibu paham terhadap penjelasan yang diberikan. 6. Memberitahu ibu untuk mulai merencanakan dan mendiskusikan metode kontrasepsi yang digunakan. 7. Memberikan KIE tentang metode kontrasepsi, manfaat, dan efek sampingnya. 8. Memberitahu ibu tentang tanda bahaya masa nifas yaitu pengeluaran darah abnormal, pusing kepala berat, pandangan kabur, dan demam tinggi. Apabila ibu mengalami salah satu tanda tersebut segera datang ke pelayanan kesehatan. Ibu mengerti terhadap penjelasan yang diberikan.
--	--

CATATAN PERKEMBANGAN KESEHATAN REPRODUKSI

Tanggal : 23 Februari 2022

S	Ibu mengatakan setelah berdiskusi dengan suami, ibu belum berniat menggunakan kontrasepsi karena belum mendapat persetujuan dari suami untuk menggunakan kontrasepsi jenis pil, suntik, IUD maupun implant. Namun ibu menggunakan metode kontrasepsi jenis kalender untuk mencegah dan mengatur jarak kehamilan. Ibu saat ini memberikan ASI eksklusif kepada bayinya. Ibu belum mendapatkan haid kembali. Ibu tidak pernah menderita atau sedang menderita penyakit hipertensi, jantung, DM, kanker payudara, tumor payudara, miom. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberikan KIE pada ibu terkait jenis-jenis kontrasepsi yang aman untuk ibu menyusui, menganjurkan ibu untuk mengkombinasikan metode kalender dengan kondom supaya memperkecil kemungkinan kegagalan kontrasepsi, menganjurkan ibu jika sudah berkeinginan untuk menggunakan KB maka disegerakan agar dapat mengatur jarak kehamilan
O	KU : baik Kesadaran : Compos mentis
A	Ny. E usia 26 tahun P₁A₀Ah₁ akseptor baru KB kalender
P	1. Memberitahu ibu bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan keadaan ibu baik dan sehat. 2. Menjelaskan kepada ibu tentang definisi, keuntungan dan kerugian KB Kalender. Metode KB kalender atau pantang berkala adalah cara/metode kontrasepsi sederhana yang dilakukan oleh pasangan suami istri dengan tidak melakukan senggama atau hubungan seksual pada masa subur/ovulasi. 3. Menjelaskan keuntungan KB kalender yaitu a. Ditinjau dari segi ekonomi: KB kalender dilakukan secara alami dan tanpa biaya sehingga tidak perlu mengeluarkan biaya untuk membeli

	alat kontrasepsi. b. Dari segi kesehatan: sistem kalender ini jelas jauh lebih sehat karena bisa dihindari adanya efek sampingan yang merugikan seperti halnya memakai alat kontrasepsi lainnya (terutama yang berupa obat). c. Dari segi psikologis: yaitu sistem kalender ini tidak mengurangi kenikmatan hubungan itu sendiri seperti bila memakai kondom misalnya. Meski tentu saja dilain pihak dituntut kontrol diri dari pasangan untuk ketat berpantang selama masa subur. 4. Menjelaskan kekurangan dari penggunaan KB kalender yaitu kemungkinan kegagalan yang jauh lebih tinggi. Ini terutama bila tidak dilakukan pengamatan yang mendalam untuk mengetahui dengan pasti masa subur, karena tidak ada yang bisa menjamin ketepatan perhitungan sebab masa subur pun terjadi secara alami, selain itu kedua pasangan tidak bisa menikmati hubungan suami istri secara bebas karena ada aturan yang ditetapkan dalam sistem ini. Masa berpantang yang cukup lama dapat membuat pasangan tidak bisa menanti dan melakukan hubungan pada waktu berpantang, lebih efektif bila dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain. 5. Mengajukan ibu untuk dikombinasikan dengan penggunaan kontrasepsi kondom. Alat kontrasepsi kondom baik untuk ibu yang sedang menyusui karena tidak mengandung hormone. Pemakaian kondom akan efektif apabila dipakai secara benar dan konsisten saat berhubungan badan.
--	---

Lampiran 2. Lembar *Inform Consent*

INFORMED CONSENT (SURAT PERSETUJUAN)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Elok Marti
Tempat/Tanggal Lahir : Yogyakarta, 01 Januari 1996
Alamat : Garongan II, Panjatan

Bersama ini menyatakan kesediaan sebagai subjek dalam praktik Continuity of Care (COC) I pada mahasiswa Prodi Pendidikan Profesi Bidan T.A. 2021/2022.

Saya telah menerima penjelasan sebagai berikut:

1. Setiap tindakan yang dipilih bertujuan untuk memberikan asuhan kebidanan dalam rangka meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental ibu dan bayi. Namun demikian, setiap tindakan mempunyai risiko, baik yang telah diduga maupun yang tidak diduga sebelumnya.
2. Pemberi asuhan telah menjelaskan bahwa ia akan berusaha sebaik mungkin untuk melakukan asuhan kebidanan dan menghindari kemungkinan terjadinya risiko agar diperoleh hasil yang optimal.
3. Semua penjelasan tersebut di atas sudah saya pahami dan dijelaskan dengan kalimat yang jelas, sehingga saya mengerti arti asuhan dan tindakan yang diberikan kepada saya. Dengan demikian terdapat kesepahaman antara pasien dan pemberi asuhan untuk mencegah timbulnya masalah hukum di kemudian hari.

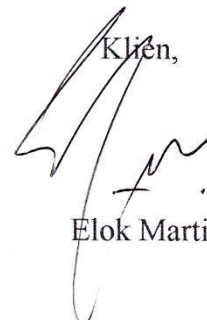
Demikian surat persetujuan ini saya buat tanpa paksaan dari pihak manapun dan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, 19 Januari 2022

Mahasiswa



Eni Nurhidayat Artati

Klien,

Elok Marti

Lampiran 3. Surat Keterangan Selesai Melakukan Asuhan Berkesinambungan

SURAT KETERANGAN TELAH MENYELESAIKAN COC

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Aryuni Sita Heny Astuti, S.Tr. Keb
NIP : 197306301992032001
Jabatan : Kepala Tata Usaha Puskesmas Panjatan II
Instansi : Puskesmas Panjatan II

Dengan ini menerangkan bahwa:

Nama : Eni Nurhidayati Artati
NIM : P07124521131
Prodi : Pendidikan Profesi Bidan
Jurusan : Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Telah selesai melakukan asuhan kebidanan berkesinambungan dalam rangka praktik kebidanan holistik *Continuity of Care* (COC) I

Asuhan dilaksanakan pada tanggal 19 Januari 2022 sampai dengan 19 April 2022.

Judul asuhan: Asuhan Berkesinambungan pada Ny. E Usia 26 Tahun G₁P₀A₀Ah₀ dengan DKP di Wilayah Kerja Puskesmas Panjatan II.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, 19 April 2022
Bidan (Pembimbing Klinik)

Aryuni Sita Heny Astuti, S.Tr. Keb
NIP. 197306301992032001

Lampiran 4. Dokumentasi Kegiatan Pendampingan



Lampiran 5. Referensi Jurnal Penelitian

Ejournal keperawatan (e-Kp) Volume 2, Nomor 1. Februari 2014

FAKTOR – FAKTOR YANG BERPERAN MENINGKATNYA ANGKA KEJADIAN *SECTIO CAESAREA* DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH LIUN KENDAGE TAHUNA

Veibymiaty Sumelung
Rina Kundre
Michael Karundeng

Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran
Universitas Sam Ratulangi Manado
Email : veibysumelung@yahoo.co.id

Abstract: *Sectio Caesarea* is defined as the birth of the fetus through an incision in the abdominal wall (laparotomy) and uterus wall or hysterectomy. The purpose of this study is the identification of the factors that play a role in increasing the numbers *sectio Caesarea*. This study design is a descriptive observation survey. The population sample of 330 mothers and in this study were all mothers who do act *sectio Caesarea* was 167 respondents. The instrument used in this study is the observation sheet. The results showed that there are four factors most responsible for the increase in incidence in hospitals Liun *sectio Caesarea* Kendage Tahuna, ie fetal distress 31.14%, 27.55% labor is advanced, pre-eclampsia 24.55% and 16.76 narrow pelvis %. Based on the result of the study indicated that most contribute to increasing numbers *sectio caesareae* is fetal distress, and the lowest narrow pelvis. Suggestions for health workers, especially in order to further enhance the room Obstetrics knowledge so as to provide information to pregnant women about the indication that contribute to *sectio Caesarea* so that pregnant women can do Antenatal care regularly.

Keywords : Indications, *Sectio Caesarea*

Literature : 26 Books (Years 1998-2013), 5 journal, 1 article

Abstrak: *Sectio Caesarea* di definisikan sebagai lahirnya janin melalui insisi di dinding abdomen (laparatomi) dan dinding uterus atau *histerektomi*. Tujuan dari penelitian ini adalah teridentifikasinya faktor-faktor yang berperan dalam peningkatan angka *sectio caesarea*. Desain penelitian ini adalah survei observasi deskriptif. Populasi 330 ibu serta sampel pada penelitian ini adalah semua ibu yang dilakukan tindakan *sectio caesarea* adalah 167 responden. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar observasi. Dari hasil penelitian didapatkan 4 faktor yang paling berperan dalam peningkatan angka kejadian *sectio caesarea* di RSUD Liun Kendage Tahuna, yaitu gawat janin 31,14%, persalinan tidak maju 27,55%, *pre eklampsi* 24,55% dan panggul sempit 16,76%. Berdasarkan hasil penelitian indikasi yang paling berperan dalam peningkatan angka kejadian *sectio caesarea* yaitu gawat janin dan yang paling terendah yaitu panggul sempit. Saran untuk petugas kesehatan terutama di ruangan *Obstetri* agar lebih meningkatkan pengetahuan sehingga dapat memberikan informasi kepada ibu hamil tentang indikasi yang berperan pada *sectio caesarea* sehingga ibu hamil dapat melakukan *Ante Natal Care* secara teratur.

Kata Kunci : Indikasi, *Sectio Caesarea*

Literatur : 26 Buku (Tahun 1998-2013), 5 Jurnal, 1 Artikel.

PENDAHULUAN

Setiap wanita menginginkan persalinannya berjalan lancar dan dapat melahirkan bayi dengan sempurna. Ada dua cara persalinan yaitu persalinan lewat vagina yang lebih dikenal dengan persalinan alami dan persalinan caesar atau *section caesarea* yaitu tindakan operasi untuk mengeluarkan bayi dengan melalui insisi pada dinding perut dan didinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Wiknosatro, 2007).

Tindakan *sectio caesarea* merupakan pilihan utama bagi tenaga medis untuk menyelamatkan ibu dan janin. Ada beberapa indikasi untuk dilakukan tindakan *section caesarea* adalah Gawat janin, Diproporsi Sepalopelvik, Persalinan tidak maju, Plasenta Previa, Prolapsus tali pusat, Mal presentase janin/ Letak Lintang (Norwitz E & Schorge J, 2007), Panggul Sempit dan Preeklamsia (Jitowiyono S & Kristiyanasari W, 2010).

World Health Organization (WHO) menetapkan standar rata-rata *sectio caesarea* di sebuah Negara adalah sekitar 5-15 % per 1000 kelahiran di dunia. Rumah Sakit pemerintah kira – kira 11 % sementara Rumah Sakit swasta bias leih dari 30% (Gibson L. et all, 2010). Menurut WHO peningkatan persalinan dengan *section caesarea* di seluruh Negara selama tahun 2007 – 2008 yaitu 110.000 per kelahiran di seluruh Asia (Sinha Kounteya, 2010).

Di Indonesia angka kejadian *sectio caesarea* mengalami peningkatan pada tahun 2000 jumlah ibu bersalin dengan *sectio caesarea* 47,22%, tahun 2001 sebesar 45, 19 %, tahun 2002 sebesar 47,13%, tahun 2003 sebesar 46,87%, tahun 2004 sebesar 53,2%, tahun 2005 sebesar 51,59%, dan tahun 2006 sebesar 53,68% dan tahun 2007 belum terdapat data yang signifikan (Grace, 2007). Survei Nasional pada tahun 2009, 921.000 persalinan dengan *secti* dari 4.039.000 persalinan atau sekitar 22,8% dari seluruh persalinan.

Penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Ibu dan Anak Sri Ratu Medan (2000), tercatat bahwa 1069 persalinan diantaranya 460 (43%) persalinan dengan *sectio caesarea*. Di Rumah Sakit AB Harapan Kita Jakarta

terdapat proporsi *sectio caesarea* 1295 (40,68%) dari 3183 persalinan dilakukan secara *sectio caesarea* (Tariana, 2001). Penelitian lain yang dilakukan oleh Suryati Tati (2012) bahwa angka tindakan operasi *caesar* di Indonesia sudah melewati batas maksimal standar WHO yaitu 5-15 %. Berdasarkan data RIKESDAS tahun 2010, tingkat persalinan *sectio caesarea* di Indonesia 15,3 % sampel dari 20.591 ibu yang melahirkan dalam kurun waktu 5 tahun terakhir yang diwawancarai di 33 provinsi. Gambaran adanya faktor resiko ibu saat melahirkan atau di operasi *caesarea* adalah 13,4 %, karena ketuban pecah dini 5,49%, preeklampsia 5,14, perdarahan 4,40% karena jalan lahir tertutup 2,3% karena rahim sobek. Survey awal di Rumah Sakit Umum Daerah Liun Kendage Tahuna Kabupaten Sangihe Provinsi Sulawesi Utara yang memfasilitasi persalinan dengan *sectio caesarea*. Data dari *Medical Record* jumlah ibu bersalin dengan tindakan *sectio caesarea* pada tahun 2011 sebanyak 290 (31,90%) dari 909 persalinan, pada tahun 2012 meningkat menjadi 437 (55,88%) dari 782 persalinan, sehingga terdapat peningkatan sebanyak 23,98%. Tahun 2013 data dari bulan Januari sampai bulan Agustus jumlah persalinan *sectio caesarea* 330 (63,57%) dari 520 persalinan. Hasil penelitian ini bermanfaat bagi RSUD Liun Kendage Tahuna yaitu dapat menambah wawasan, pengetahuan kepada petugas kesehatan terutama di ruangan obstetri tentang faktor – faktor yang dapat meningkatnya angka kejadian *sectio caesarea* di RSUD Liun Kendage Tahuna, bagi Ilmu Pengetahuan yaitu merupakan pegangan dan dasar untuk melaksanakan penelitian selanjutnya, bagi peneliti yaitu sebagai bahan acuan peneliti dalam proses penelitian di bidang keperawatan maternitas khususnya tentang faktor – faktor yang berhubungan dengan meningkatnya angka kejadian *sectio caesarea* di RSUD Liun Kendage Tahuna.

METODOLOGI PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah Deskriptif untuk menggambarkan faktor – faktor yang berperan dalam meningkatnya angka kejadian *sectio*

caesarea. Populasi merupakan keseluruhan sumber data yang diperlukan dalam suatu penelitian (Setiadi, 2007). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu hamil yang telah di lakukan persalinan *sectio caesarea* di RSUD Liun Kendage Tahuna sebanyak 330 ibu.

Sampel dalam penelitian ini adalah ibu hamil yang telah dilakukan tindakan *Sectio Caesarea* di RSUD Liun Kendage Tahuna dengan indikasi Persalinan tidak maju, gawat janin, preeklampsia dan panggul sempit sebanyak 167 ibu. Data sampel yang digunakan data sekunder dari *medical record* RSUD Liun Kendage Tahuna dari bulan Januari sampai bulan Agustus 2013. Penelitian ini telah dilaksanakan di RSUD Liun Kendage Tahuna di ruang *medical record* . pada bulan Desember 2013 sampai dengan bulan Januari 2014.

HASIL dan PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Dari hasil analisis univariat dihasilkan distribusi, frekuensi, dan karakteristik responden dari variabel independen (gawat janin, partus tak maju, preeklampsia, dan panggul sempit) dan variabel dependen (*sectio caesarea*), seperti pada tabel berikut :

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi berdasarkan umur ibu

Umur	Jumlah	%
20 – 25 Tahun	46	27,6
36 – 30 Tahun	52	31,1
31 – 35 Tahun	69	41,3
Jumlah	167	100

Data Sekunder, 2013

Berdasarkan pada tabel 5.1 dari 167 jumlah responden, frekuensi umur ibu tertinggi yaitu pada umur 31-35 tahun sebanyak 69 responden (41,3%) dan terendah pada umur 20-25 tahun sebanyak 46 responden (27,6%). Berdasarkan hasil penelitian distribusi frekuensi menurut umur dari 152 responden umur 31-35 sebanyak 64 responden atau 42,1%. Umur 31 – 35 masih termasuk dalam

usia produktif bagi seseorang. Umur juga mempengaruhi proses persalinan semakin tinggi umur seseorang maka akan beresiko dalam proses persalinan. Menurut (Depkes, 2010) dari segi kesehatan ibu yang berumur < 20 tahun rahim dan panggul belum berkembang dengan baik, begitu sebaliknya yang berumur > 35 tahun kesehatan dan keadaan rahim tidak sebaik seperti saat ibu berusia 20 – 35 tahun. Umur ibu < 20 tahun dan > 35 tahun merupakan umur yang tidak reproduktif atau umur tersebut termasuk dalam resiko tinggi kehamilan. Umur pada waktu hamil sangat berpengaruh pada kesiapan ibu untuk menerima tanggung jawab sebagai seorang ibu sehingga kualitas sumber daya manusia makin meningkat dan kesiapan untuk menyehatkan generasi penerus dapat terjamin. Kehamilan diusia muda atau remaja dibawah usia 20 tahun akan mengakibatkan rasa takut terhadap kehamilan dan persalinan, hal ini disebabkan pada usia tersebut ibu mungkin belum siap untuk mempunyai anak dan alat-alat reproduksi ibu belum siap untuk hamil. Begitu juga kehamilan diusia tua yaitu diatas 35 tahun akan menimbulkan kecemasan terhadap kehamilan dan persalinan serta alat-alat reproduksi ibu terlalu tua untuk hamil (Wiknjastro, H 2007). Menurut hasil penelitian umur responden yang terbanyak adalah 31-35 tahun di mana pada umur tersebut merupakan masa produktif wanita sehingga rentan terhadap stress. Ibu hamil yang rentan dengan berbagai indikasi penyulit kehamilan jika tidak di deteksi secara dini

Tabel 5.2 Distribusi Menurut Pendidikan

Pendidikan	Jumlah	%
SD	31	18,57
SMP	35	20,95
SMU	45	26,95
Akademik/PT	56	33,53
Jumlah	167	100

Data Sekunder, 2013

Berdasarkan pada tabel 5.2 frekuensi tingkat pendidikan tertinggi yaitu akademik/PT sebanyak 56 responden (33,53%) dan terendah SD 31 responden (18,57%). Pendidikan juga mempengaruhi proses persalinan. Semakin

tinggi pendidikan seseorang maka akan semakin cepat memahami tentang resiko persalinan yang akan di hadapi. Pada penelitian ini yang paling banyak responden berpendidikan Akademi / PT dengan latar belakang pekerjaan Pegawai Negeri dan Swasta sehingga besar kemungkinan bagi mereka untuk dapat mengantisipasi resiko pada persalinan. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah baginya untuk mengerti dan memahami tentang resiko-resiko yang akan di alami pada proses persalinan yang akan dihadapi dengan demikian mereka akan cepat pergi ke tempat pelayanan kesehatan seperti Puskesmas atau Rumah Sakit. Pendidikan adalah sesuatu yang dapat membawa seseorang untuk memiliki ataupun meraih wawasan dan pengetahuan seluas-luasnya. Orang-orang yang memiliki pendidikan yang lebih tinggi akan memiliki wawasan dan pengetahuan yang lebih luas jika di bandingkan dengan orang-orang yang memiliki pendidikan yang lebih rendah (Notoatmojo, 2003).

Tabel 5.3 Distribusi Menurut Pekerjaan

Pekerjaan	Jumlah	%
PNS	35	21
Polwan/ Kowad	8	4,8
Swasta	32	19,1
Wiraswasta	32	19,1
IRT	60	36
Jumlah	167	100

Data Sekunder, 2013

Berdasarkan pada tabel 5.3 dapat dilihat dari 167 responden, frekuensi pekerjaan yang paling banyak di miliki yaitu PNS 35 (21%) dan terendah Polwan 8 responden (4,8%). Pekerjaan sebagai ibu rumah tangga dengan latar belakang pendidikan yang rendah dapat mempengaruhi proses persalinan, ibu dengan pengetahuan yang kurang tentang deteksi dini faktor resiko pada saat bersalin, misalnya ketuban pecah dini, tanda gawat janin, dan TD darah tinggi yang dapat menyebabkan berbagai faktor yang berperan sehingga harus dilakukannya tindakan *sectio caesarea*. Pekerjaan sebagai negeri sipil

maupun swasta dengan intensitas waktu yang padat dapat menyebabkan ibu hamil mengalami kelelahan dan stress sehingga berpengaruh pada saat proses persalinan.

Analisis Univariat

Tabel 5.4 Distribusi Faktor – faktor yang Berperan Meningkatnya angka kejadian *Sectio Caesarea*

Indikasi SC	Jumlah	%
Persalinan Tidak Maju	46	27,55
Gawat Janin	52	31,14
Pre Eklampsia	41	24,55
Panggul Sempit	28	16,76
Jumlah	167	100

Data Sekunder 2013

Berdasarkan pada tabel 5.4 faktor yang paling berperan meningkatnya angka kejadian *sectio caesarea* adalah gawat janin sebanyak 52 responden (31,14%) dan faktor terendah panggul sempit 28 responden (16,76%).

1. Gawat Janin

Berdasarkan hasil penelitian yang di peroleh di RSUD. Liun Kendage Tahuna pada tahun 2013, indikasi yang paling berperan dalam meningkatnya angka kejadian *sectio caesarea* adalah gawat janin sebanyak 52 responden (31,14%). Gawat janin merupakan salah satu indikasi yang banyak di temui pada ibu dengan persalinan *sectio caesarea*, ibu dengan gawat janin tidak dapat melakukan partus normal karena akan membahayakan keselamatan ibu dan bayi. Hal tersebut sesuai dengan teori Nugroho (2010) yang menyatakan bahwa , jika serviks tidak berdilatasi penuh dan kepala janin berada lebih dari 1/5 di atas simfisis pubis atau bagian teratas tulang kepala janin berada di atas stasion 0, lakukan persalinan dengan *sectio caesarea*. Gawat janin adalah suatu keadaan dimana janin tidak menerima Oksigen cukup, sehingga mengalami resiko hipoksia serius dapat mengancam kesehatan janin (Wiknjosastro, 2007).

2. Partus Tidak Maju

Berdasarkan hasil yang peneliti peroleh dari medical record RSUD Liun Kendage Tahuna pada tahun 2013 sebanyak 46 responden (27,55%) mengalami persalinan tidak maju yang merupakan salah satu indikasi di lakukannya *sectio caesarea*. Pada penelitian persalinan yang tidak maju, sebelumnya telah di lakukan tindakan pada ibu oleh bidan di ruangan Obstetri RSUD Liun Kendage Tahuna, yang paling banyak di lakukan seperti drips pitogin, karena tidak berhasil dengan pertimbangan ada beberapa responden yang telah mengalami ketuban pecah dini maka ibu dengan indikasi partus tidak maju di lakukan *sectio caesarea*. Partus tidak maju disebabkan oleh banyak faktor, antara lain kelainan letak janin, kelainan panggul, kelainan his, pimpinan partus yang salah, janin besar, atau kelainan kongenital, ketuban pecah dini dan paling banyak di sebabkan oleh his yang tidak adekuat dan kelainan letak janin (Mochtar, 1998). Menurut Kasdu (2005) ketika persalinan tiba, tetapi kontraksi yang terjadi tidak sesuai dengan harapan maka perlu di lakukan tindakan induksi, jika kontraksi masih tetap berlangsung kurang baik maka persalinan di bantu dengan alat forcep (vakum) namun jika cara tersebut tidak berhasil maka akan segera di lakukan tindakan *sectio caesarea*.

3. Preeklampsia

Berdasarkan data yang peneliti peroleh dari *medical record* RSUD Liun Kendage Tahuna tahun 2013, setelah gawat janin, dan partus tidak maju, pre eklampsia adalah indikasi terbesar ke tiga dari 167 responden sebanyak 41 responden (24,55%) mengalami pre eklampsia. Dari hasil penelitian juga menunjukkan ibu yang mengalami pre eklampsia memiliki latar belakang pendidikan SD dan SMP sebanyak 12 orang (29,26%). Hal ini bisa terjadi karena tingkat pendidikan yang rendah dapat menyebabkan kurangnya pengetahuan tentang pre eklampsia, kurangnya pemeriksaan selama kehamilan berlangsung sebagai deteksi dini, yang dapat menyebabkan terjadi pre eklampsia

pada saat persalinan sehingga ibu harus di lakukan tindakan *sectio caesarea*. Menurut Indiarti (2007) Ibu yang mengalami preeklamsi berat (keracunan kehamilan, hipertensi kehamilan) atau eklampsia (preeklampsia yang disertai kejang) harus di lakukan tindakan *sectio caesarea*. Tindakan *sectio caesarea* untuk perbaikan keadaan ibu dan mencegah kematian janin dalam uterus.

Preeklampsia berakibat fatal jika tidak segera mendapatkan tindakan, merusak plasenta sehingga menyebabkan bayi lahir dalam keadaan tidak bernyawa, atau lahir prematur, penyakit ini juga membahayakan ginjal ibu hamil. Pada beberapa kasus, bisa menyebabkan ibu hamil mengalami koma. Untuk mencegah hal tersebut jalan terbaik adalah dilakukannya tindakan *sectio caesarea*.

4. Panggul Sempit

Hasil dari *medical record* ditemukan dari 167 ibu yang dilakukan *sectio caesarea* dengan indikasi panggul sempit sebanyak 28 ibu (16,76%). Hal ini disebabkan oleh karena bentuk tubuh atau postur tubuh dan bentuk panggul ibu yang kecil sehingga tidak memungkinkan untuk melakukan persalinan normal. *Sectio caesarea* di lakukan untuk mencegah hal – hal yang membahayakan nyawa ibu. Panggul sempit apabila ukurannya 1-2 cm kurang dari ukuran yang normal. Hal-hal yang dapat terjadi apabila tidak dilakukan *sectio caesarea* yaitu, rupture uteri, terjadi fistula karena anak terlalu lama menekan pada jaringan lahir, terjadi edema dan bahaya pada janin yaitu pada panggul sempit sering terjadi ketuban pecah dini dan kemudian infeksi intrapartum, terjadi prolaps funikuli dan dapat merusak otak yang mengakibatkan kematian pada janin (Prawirohardjo, 2009). Hal tersebut di dukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Mulyawati (2011) di RSI YAKKSI Gemolong Kabupaten Sragen terdapat peningkatan jumlah pasien yang melakukan persalinan dengan *Sectio Caesarea* dengan indikasi panggul sempit memiliki persentase sebesar 36,7%. Maka asumsi

peneliti bahwa angka kejadian *sectio caesarea* meningkat karena berbagai faktor seperti diuraikan diatas, jika tidak dilakukan tindakan *sectio caesarea* maka akan mengancam nyawa ibu dan janin dengan demikian dapat menurunkan angka kematian ibu dan anak.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian terdapat 4 faktor yang paling berperan dalam peningkatan angka kejadian *sectio caesarea* di RSUD Liun Kendage Tahuna pada tahun 2013, diantara lain dari faktor janin yaitu gawat janin, dan dari faktor ibu yaitu persalinan tidak maju, preeklampsia serta panggul sempit. Dari hasil penelitian indikasi yang paling banyak berperan dalam peningkatan angka kejadian *sectio caesarea* di RSUD Liun Kendage Tahuna pada tahun 2013 yaitu gawat janin. Dari hasil penelitian indikasi yang paling terendah perannya dalam peningkatan angka kejadian *sectio caesarea* di RSUD Liun Kendage Tahuna pada tahun 2013 yaitu panggul sempit.

DAFTAR PUSTAKA

- Boyle, M. (2008). *Kedaruratan Dalam Persalinan Buku Saku Bidan*. EGC. Jakarta.
- Cooper, M. A & Fraser, D. M. (2009). *Myles Buku Ajar Bidan Ed. 14* EGC. Jakarta.
- Cunningham, F. Get. Al, (2006). *Obstetri Williams. Vol. 1* Ed.21 EGC. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. (2010). *Buku Acuan Persalinan Normal*. DepKes RI. Jakarta
- Dwi, M. A & Norma, N. (2013). *Asuhan Kebidanan Patologi Teori Dan Tinjauan Kasus Di Lengkapi Contoh Askeb*. Nuha Medica. Yogyakarta.
- Forte, W. R & Oxorn, H (2010). *Ilmu Kebidanan Patologi & Fisiologi Persalinan Human Labor and Birth*. Yayasan Essentia Medica. Yogyakarta.
- Gibbons, L . et all. (2010). *The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage*. World Health Report.
- Grace, V. J. (2007). *Journal Dexa Medika dalam Fenomena Sosial Operasi Sectio Caesarea di Salah Satu Rumah Sakit Swasta Besar Surabaya Periode 1 Jan 31 Des 2005* (Harry Kurniawan Gondo) [Http://www.dexamedixa.com](http://www.dexamedixa.com) Diakses tgl 7 Nov 2013 Jam 21.00 WITA.
- Hidayat, A.A.A. (2007). *Riset Keperawatan dan teknik Penulisan Ilmiah*, Salemba Medika, Jakarta
- Indiarti (2009). *Panduan lengkap kehamilan, persalinan, dan perawatan bayi. Bahagia menyambut si buah hati*. Cetakan X. Diglossia Media. Yogyakarta.
- Jitowiyono, S & Kristiyanasari, W. (2010). *Asuhan Keperawatan Post Operasi dengan Pendekatan, NIC, NOC*. Nuha Medica Yogyakarta.
- Kasdu, D. (2005). *Solusi Problem Persalinan*. Jakarta. Puspa Swara.
- Manuaba, A.C & Manuaba, B. F & Manuaba, B. I. (2009). *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*. EGC. Jakarta
- Mochtar, R. (1998). *Sinopsis Obstetri: Obstetri Fisiologi Obstetri Patologi*. Ed 2. Penerbit Buku Kedokteran. EGC. Jakarta
- Mochtar, R. (1998). *Sinopsis Obstetri: Obstetri Operatif Obstetri Sosial*. Ed 2. Penerbit Buku Kedokteran. EGC. Jakarta
- Mulyawati (2011). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan tindakan persalinan melalui operasi sectio*

Ejournal keperawatan (e-Kp) Volume 2, Nomor 1. Februari 2014

- caesarea di RS YAKKSI Gemolong Kab. Sragen* <http://journal.unnes.ac.id/index.php/kemas>
- diakses tgl 21 Feb 2014 Jam 18.00 WITA
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Penerbit Rineka Cipta, Yogyakarta
- Notoatmodjo, S (2003). Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta
- Norwitz, E & Schorge, J. (2007). *At Glance Obstetri & Ginekologi*. Ed.2 EMS
- Nugroho, T (2010). *Kasus Emergency Kebidanan Untuk Kebidanan dan Keperawatan*, Nuha Medica, Yogyakarta
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Skripsi, tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta
- Saifuddin, A. B (2007). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Penerbit Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta.
- Setiadi. (2007). *Konsep Dan Penulisan Riset Keperawatan*, Graham Ilmu, Yogyakarta
- Saryono. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan, Penuntun Praktis Bagi Pemula* Penerbit Buku Kesehatan. Mitra Cendekia. Yogyakarta
- Sinha Kounteya (2010) *Article Times Of India*. <http://timesofindia.indiatimes.com/india/caesarian.sectionaccountsfor90fallbirthinindia/articles/1325244> Diakses tgl 13 November 2013 Jam 18.30 WITA
- Suryati, T. (2012). *(Analisis Lanjut Data Risked 2010) Presentase Operasi Caesarea di Indonesia Melebihi Standard Maksimal, Apakah Sesuai Indikasi Medis?*. Out Put File-e-journal Badan Penelitian dan Pengembangan. <http://www.google.com/fejournal.litbang.depkes.go.id> Di akses tanggal 07 Noember 2012 Jam 22.00 WITA.
- Sugiono, 2009, *Statistik untuk Penelitian*, Alfabeta, Bandung
- Tariana, G. (2001). *Karakteristik Ibu Yang Mengalami Persalinan Bedah Caesar Di RSU Herna Medan* di akses tanggal 07 November 2012 Jam 23.55 WITA.
- Varney, H & Kriebs, J. M & Gegor, C. L. (2008). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Ed. 4. Vol 2 EGC. Jakarta.
- Wiknjosastro, H. (2007). *Ilmu Kebidanan*. Penerbit Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta.
- Wiknjosastro, H. (2000). *Ilmu Bedah Kebidanan*. Penerbit Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta.
- Wiknjosastro, H. (2002). *Penanganan Kelainan Pada proses Persalinan*, Citra Cendekia, Jogjakarta

e-Journal Keperawatan (e-Kp) Volume 5 Nomor 1, Februari 2017

HUBUNGAN PERAWATAN LUKA PERINEUM DENGAN PERILAKU *PERSONAL HYGIENE* IBU POST PARTUM DI RUMAH SAKIT PANCARAN KASIH GMIM MANADO

Verby Divini Preti Tulas
Rina Kundre
Yolanda Bataha

Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran
Universitas Sam Ratulangi Manado
Email: pretilyukas08@yahoo.com

Perineum care is a process to fulfill necessity about sanify the genital area from birthchild so that patient would recovering the genital area as the same before pregnancy. Perineum improper care may cause bacteria for perineum due to the condition of the affected lokhea in humid area. Personal hygiene is human healthiness and cleanliness effort for physical and psychological welfare, human who as cleanliness have to maintain healthy body. **The concern** of this research study is determine the realtion of perineum care and personal hygiene post partum mother at Pancaran Kasih GMIM Manado hospital. **Sampling** research involved fiftisix postpartum mothers research study. **The result** about statistic and chi-square test gained p value =0.001 < 0.005. **Conclusion** there is a relationship between perineum care and personal hygiene for post partum mothers at Pancaran Kasih GMIM Manado Hospital. **Suggestion** of this research study can be used to motivate the postpartum mother for perineum care improvement in order to healing perineum injury.

Keywords : perineum care, personal hygiene, post partum mothers.

Perawatan luka perineum adalah proses pemenuhan kebutuhan untuk menyehatkan daerah antara paha yang dibatasi vulva dan anus pada ibu yang dalam masa antara kelahiran plasenta sampai dengan kembalinya organ genetik seperti pada waktu sebelum hamil. Perawatan perineum yang tidak benar dapat mengakibatkan kondisi perineum yang terkena lokhea dan lembab sangat menunjang perkembangbiakan bakteri. Perilaku *Personal Hygiene* adalah upaya atau tindakan seseorang untuk meningkatkan kesehatan dan memelihara kebersihan dirinya sendiri untuk kesejahteraan fisik dan psikis, seseorang dikatakan memiliki kebersihan diri baik apabila, orang tersebut dapat menjaga kebersihan tubuhnya. **Tujuan penelitian** ini untuk mengetahui hubungan perawatan luka perineum dengan perilaku personal hygiene ibu post partum di Rumah Sakit Pancaran Kasih GMIM Manado. **Sampel** penelitian adalah 56 ibu post partum **Hasil Penelitian** uji statistik uji *chi-square* di peroleh nilai *p value* = 0.001 < 0.005. **Kesimpulan** ada hubungan antara perawatan luka perineum dengan perilaku personal hygiene ibu post partum di Rumah sakit Pancaran Kasih GMIM Manado. **Saran** dengan adanya penelitian ini dapat dijadikan bahan motivasi kepada ibu post partum untuk bisa lebih meningkatkan perawatan luka perineum untuk bisa mempercepat proses dari penyembuhan luka perineum.

Kata Kunci : Perawatan luka perineum, perilaku *personal hygiene*, ibu post partum

INDIKASI PERSALINAN SEKSIO SESAREA

Sholikhah Wahyu Subekti

Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
Alamat Korespondensi: Kampus C Mulyorejo, Surabaya 60115
E-mail: sholikhahws@gmail.com

ABSTRACT

According to Health Ministry (2010), 25–50% of Fertile Women's death is related to the problems of pregnancy, labor, and childbirth. The government sets up the program Making Pregnancy Safer (MPS), one of which is by caesarean section delivery to reduce the Number of Maternal Mortality. According to Health Ministry at Nofitasari (2011), one of the indicators of quality care in obstetric and gynecology is by Caesarean Section Rate (CSR). For educational hospital or referral hospital the CSR is $\leq 20\%$, while for non-educational or non-referral hospital is $\leq 15\%$ of total deliveries per year. At Panembahan Senopati Bantul Hospital, there are 3.365 birth cases in 2013 24.63% of them ends with caesarean section delivery. These cases are higher than the standard rate of caesarean section set by Health Ministry for educational or referral hospitals i.e. $\leq 20\%$ of total deliveries per year. The purpose of this study to find out the indications of caesarean section deliveries at Panembahan Senopati Bantul Hospital in 2013. This is a descriptive research with cross sectional design. The location of study is Panembahan Senopati Bantul Hospital. The study is conducted on 2014. The data are taken from the register book of baby births between January 1- December 31 2013. The result shows that the cases of caesarean section at Panembahan Senopati Bantul Hospital was performed on medical indications 97.5%, non-medical indications 2.5%, medical-single indications 90.1%, elective-single 67.2%, and possibility-single 67.1%. Most medical indications were previous caesarean section (22.4%).

Keywords: indications, deliveries, caesarean section

ABSTRAK

Menurut Kemenkes RI (2010), 25–50% kematian Wanita Usia Subur (WUS) karena masalah kehamilan, persalinan, dan nifas. Pemerintah merancang program *Making Pregnancy Safer* (MPS), salah satunya melalui persalinan seksio sesarea sebagai upaya penurunan Angka Kematian Ibu (AKI). Menurut Kemenkes RI dalam Nofitasari (2011), salah satu indikator mutu pelayanan obstetri dan ginekologi adalah *Caesarean Section Rate* (CSR). Bagi rumah sakit pendidikan atau rujukan angka seksio sesarea $\leq 20\%$ dari total persalinan per tahun, sedangkan bagi rumah sakit non pendidikan angka seksio sesarea $\leq 15\%$ dari total persalinan per tahun. Di RSUD Panembahan Senopati Bantul 24,63% dari 3.365 kasus persalinan di tahun 2013 berakhir dengan seksio sesarea. Angka ini lebih tinggi dibandingkan angka standar rata-rata persalinan seksio sesarea yang ditetapkan Kemenkes di rumah sakit pendidikan/rujukan, yakni angka seksio sesarea $\leq 20\%$ dari total persalinan per tahun. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui indikasi seksio sesarea di RSUD Panembahan Senopati Bantul tahun 2013. Jenis penelitian deskriptif dengan desain *cross sectional*, dilakukan di RSUD Panembahan Senopati Bantul pada tahun 2014. Data diambil dari buku register persalinan di RSUD Panembahan Senopati Bantul periode 1 Januari–31 Desember 2013. Hasil penelitian menunjukkan kasus seksio sesarea di RSUD Panembahan Senopati Bantul dilakukan atas indikasi medis 97,5%, non medis 2,5%, medis-tunggal 90,1%, elektif-tunggal 67,2%, kemungkinan-tunggal 67,1%. Indikasi medis terbanyak yaitu riwayat seksio sesarea sebelumnya (22,4%).

Kata kunci: indikasi, persalinan, seksio sesarea

PENDAHULUAN

Berbagai indikator derajat kesehatan menggambarkan situasi dan kondisi derajat kesehatan di suatu wilayah. Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator yang dinilai paling peka dan telah disepakati sebagai ukuran derajat kesehatan suatu wilayah (Dinkes

DIY, 2013). Salah satu target dalam *Millennium Development Goals* (MDGs) adalah menurunkan AKI (Angka Kematian Ibu) yakni dengan meningkatkan kesehatan ibu di mana target yang akan dicapai sampai tahun 2015 adalah mengurangi sampai $\frac{3}{4}$ risiko jumlah kematian ibu (Annisa, 2011).

CONTINUITY OF CARE KEBIDANAN**MIDWIFERY CONTINUITY OF CARE****Dewi Andariya Ningsih****Akademi Kebidanan Ibrahimy Sukorejo Situbondo****Email : Dewiandariyaningsih@akbidibrahimy.ac.id****ABSTRAK**

Continuity of Care dalam pelayanan kebidanan merupakan layanan melalui model pelayanan berkelanjutan pada perempuan sepanjang masa kehamilan, kelahiran serta masa post partum. Karena semua perempuan berisiko terjadinya komplikasi selama masa prenatal, natal dan post natal. Permasalahan yang sering timbul dengan adanya pengalaman negatif pada perempuan karena kurangnya kualitas interaksi antara bidan dengan perempuan. Studi literatur ini bertujuan untuk mengetahui peranan *continuity of care* dalam fasilitas kebidanan. Studi ini merupakan suatu kajian literatur (Literature Review) tentang servis *continuity of care* kebidanan. Sumber untuk melakukan tinjauan literatur ini meliputi studi pencarian sistematis database terkomputerisasi (International Journal of Integrated Care, BMC, BJOG, Midwifery, Lancet, Scand J Caring Sci, Health Science Journal, Nurse Education in Practice) bentuk jurnal penelitian yang berjumlah 16 jurnal. Strategi pencarian literatur dengan memasukkan kunci : *Continuity of care midwifery*, *Experienced Continuity of Care*, *Effects of Continuity Care*, menggunakan penelitian dengan tahun terbitan 2010-2015, memilih jurnal sesuai dengan permasalahan, mencari literatur yang secara esensi sebagai bahan triangulasi atau komparatif. Penulisan artikel ilmiah ini menggunakan penulisan bibliografi harvard style. Pelayanan kebidanan secara *continuity of care* berkontribusi pada peningkatan kualitas dan keselamatan pada saat partus. Perempuan yang mendapatkan pelayanan tersebut lebih cenderung menerima pelayanan yang efektif, pengalaman yang lebih efisien, hasil klinis yang lebih bermutu dan beberapa bukti dapat meningkatkan akses pelayanan yang sulit dicapai serta koordinasi yang lebih bermanfaat.

Kata kunci : *Continuity of Care*, Kebidanan**ABSTRACT**

Continuity Of Care in obstetric care is a service through a continuous service model for women throughout pregnancy, birth and post partum. Because all women are at risk of complications during prenatal, natal and post natal periods. The problems that often arise with the existence of negative experiences in women due to lack of quality interaction between midwives and women. This literature study aims to determine the role of *continuity of care* in midwifery facilities. This study is a literature review (Literature Review) about the *continuity of care* midwifery service. Sources for conducting this literature review include a systematic search of a computerized database (International Journal of Integrated Care, BMC, BJOG, Midwifery, Lancet, Scand J Caring Sci, Journal of Health Science, Nurse Education in Practice) form a journal of research totaling 16 journals. The literature search strategy by entering the keys: *Continuity of care midwifery*, *Experienced Continuity of Care*, *Effects of Continuity Care*, using research with 2010-2015 issue, selecting journal in accordance with the problem, looking for literature that essentially as a material of triangulation or comparability. Writing this scientific article using harvard style bibliography writing. *Continuity of care* services contribute to the improvement of quality and safety at the time of Partus. Women receiving such services are more likely to receive effective services, more efficient experiences, better quality clinical outcomes and some evidence to improve access to services that are difficult to achieve and more useful coordination.

Keywords: *Continuity of Care*, Midwifery

Hindawi Publishing Corporation
Journal of Pregnancy
Volume 2015, Article ID 627810, 6 pages
<http://dx.doi.org/10.1155/2015/627810>

Clinical Study

Determinants and Outcomes of Emergency Caesarean Section following Failed Instrumental Delivery: 5-Year Observational Review at a Tertiary Referral Centre in London

Sian McDonnell and Edwin Chandrachan

St. George's University Hospitals NHS Foundation Trust, Blackshaw Road, London SW 17 0RE, UK

Correspondence should be addressed to Edwin Chandrachan; edwin.c@sky.com

Received 22 February 2015; Revised 21 April 2015; Accepted 28 April 2015

Academic Editor: Deborah A. Wing

Copyright © 2015 S. McDonnell and E. Chandrachan. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Objectives. To review the determinants for a failed operative vaginal delivery and to examine associated fetal and maternal morbidity. **Design.** Retrospective observational study. **Setting.** Large London Teaching Hospital. **Method.** A retrospective review of case notes during a 5-year period was carried out. **Results.** Overall 119 women (0.44%) out of 26,856 births had a caesarean section following a failed instrumental delivery, which comprised 5.1% of all operative vaginal births. 73% had a spontaneous onset of labour and 63% required syntocinon at some time prior to delivery. 71.5% of deliveries were complicated by malposition. Only 20% of deliveries were attended by a consultant obstetrician. Almost 50% of women and 8.4% of neonates sustained trauma at the time of either their failed instrumental delivery or the caesarean section. **Conclusions.** Emergency caesarean section during the second stage of labour is associated with maternal and fetal complications. A 'failed instrumental delivery score' (FIDS) may aid practitioners in predicting an increased likelihood of a failed operative vaginal birth and therefore to consider a trial of operative vaginal delivery in the theatre. Senior input should also be sought because a failed operative vaginal birth is associated with increased maternal and fetal morbidity.

1. Introduction

Caesarean section in the second stage of labour is a technically difficult procedure, especially when performed after an operative vaginal delivery has been attempted and when the fetal head is deeply impacted within the pelvis. Therefore, a "second stage" caesarean section may be associated with increased maternal and fetal morbidity [1–4]. Although operative vaginal births are also associated with fetal trauma [5, 6], significant maternal and fetal trauma can also occur during a caesarean section that is performed during late second stage of labour. The rising rates of caesarean section at full dilatation not only are a concern for the delivery in question but also may have a negative impact on woman's future pregnancies and deliveries [7].

A recent 10-year study of operative delivery in a large London teaching hospital has shown a trend to choose

a ventouse (vacuum extractor) over forceps and opting for delivery in the operating theatre as well as a small increase in the rate of caesarean section at full dilatation [8]. This study also showed an increase in failed instrumental delivery (correlation coefficient 0.93, $p < 0.05$) which was thought to be due to both instrument failure and a reluctance to attempt instrumentation during second stage of labour.

Other studies have also noted the rise in numbers of caesarean sections at full dilatation [9, 10] and both the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [11] and the American College of Obstetricians and Gynaecologists [12] have advocated the need for further training on instrumental vaginal deliveries.

The aim of this study is to review the determinants for a failed operative vaginal delivery and thereby emergency caesarean sections at full dilatation as well as to determine associated fetal and maternal morbidity.

***Sectio Caesarea* sebagai Faktor Risiko Kejadian Asfiksia Neonatorum**

Fadhilah Fanny
Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Asfiksia merupakan salah satu penyebab utama kematian neonatus dalam 24 jam pertama kehidupan. Kejadian asfiksia pada bayi baru lahir dapat disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya adalah dari faktor persalinan dengan tindakan yaitu persalinan dengan *sectio caesarea*. Namun komplikasi sewaktu-waktu dapat timbul akibat proses persalinan ini. Anestesi pada *sectio caesarea* dapat mempengaruhi aliran darah dengan mengubah tekanan perfusi atau resistensi vaskuler baik secara langsung maupun tidak langsung yang dapat menimbulkan asfiksia. Selain itu tidak adanya kompresi dada seperti pada kelahiran per vaginam bayi yang lahir dengan *sectio caesarea* mengandung cairan lebih banyak dan udara lebih sedikit di dalam paru-parunya selama enam jam pertama setelah lahir. Kejadian asfiksia pada bayi baru lahir dapat disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya adalah dari faktor persalinan dengan tindakan yaitu persalinan dengan *sectio caesarea*. [Majority. 2015;4(7):1-5]

Kata kunci: APGAR, asfiksia, neonatus, *sectio caesarea*.

Caesarean Section as a Risk Factor of Neonatal Asphyxia

Abstract

Asphyxia is one of the main causes of neonatal deaths in the first 24 hours of life. Asphyxia in newborns can be caused by various factors such as labor to the action of factors that delivery by *sectio caesarea*. However, complications can arise at any time as a result of this delivery process. In *sectio caesarea* anesthesia may affect blood flow by changing the perfusion pressure or vascular resistance either directly or indirectly, which can cause asphyxia. Besides the absence of chest compression as in the vaginal birth of babies born with *sectio caesarea* contain more fluid and less air in his lungs during the first six hours after birth. The incident of asphyxia in newborn infants can be caused by various factors, such as delivery factors with the act of venerating delivery by *sectio caesarea*. [Majority. 2015;4(7):1-5]

Keywords: APGAR, asphyxia, neonatus, *sectio caesarea*.

Korespondensi: Fadhilah Fanny, e-mail fadhilahfanny94@gmail.com

Pendahuluan

Di negara berkembang, *sectio caesarea* merupakan pilihan terakhir untuk menyelamatkan ibu dan janin pada saat kehamilan dan atau persalinan kritis. Angka kematian ibu karena *sectio caesarea* yang terjadi sebesar 15,6% dari 1.000 ibu dan pada *sectio caesarea* sebesar 8,7% dari 1.000 kelahiran hidup sedangkan kematian neonatal dini sebesar 26,8% per 1.000 kelahiran hidup.¹ Pertolongan operasi persalinan merupakan tindakan dengan tujuan untuk menyelamatkan ibu maupun bayi. Bahaya persalinan operasi masih tetap mengancam sehingga perawatan setelah operasi memerlukan perhatian untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian.²

Insiden asfiksia neonatorum di negara berkembang lebih tinggi dari pada di negara maju. Di negara berkembang, lebih kurang 4 juta bayi baru lahir menderita asfiksia sedang atau berat, dari jumlah tersebut 20% diantaranya meninggal. Di Indonesia angka kejadian asfiksia kurang lebih 40 per 1000 kelahiran hidup, secara keseluruhan 110.000

neonatus meninggal setiap tahun karena asfiksia.³ Anestesi pada *sectio caesarea* dapat mempengaruhi aliran darah dengan mengubah tekanan perfusi atau resistensi vaskuler baik secara langsung maupun tidak langsung. Kejadian asfiksia pada bayi baru lahir dapat disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya adalah dari faktor persalinan dengan tindakan yaitu persalinan dengan *sectio caesarea*.³

Isi

Asfiksia adalah keadaan yang ditandai dengan hipoksemia (penurunan paCO_2), hiperkarbia (peningkatan paCO_2), dan asidosis/penurunan pH 7. Asfiksia neonatorum adalah keadaan yang merupakan kelanjutan dari kegawatan janin atau *fetal distress* intrauterin yang disebabkan oleh banyak hal.⁴ Kegagalan pernafasan asfiksia pada bayi disebabkan karena beberapa faktor, salah satunya adalah faktor persalinan yang meliputi partus lama, partus dengan tindakan seperti *sectio caesarea*, ekstraksi vakum, dan ekstraksi forcep. Kegagalan pernafasan pada bayi baru

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KELANCARAN PRODUKSI ASI

Ayu Devita Citra Dewi

Prodi DIII Kebidanan, STIK Bina Husada Palembang
ayudevitacd@gmail.com

ABSTRAK

Latar belakang: Kelancaran produksi ASI dipengaruhi oleh banyak faktor seperti, frekuensi pemberian ASI, Berat Bayi saat lahir usia kehamilan saat bayi lahir, usia ibu dan paritas, stres dan penyakit akut, IMD, keberadaan perokok, konsumsi alkohol, perawatan payudara, penggunaan alat kontrasepsi dan status gizi. **Tujuan:** Untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kelancaran produksi ASI. **Metode:** Desain penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Adapun variabel dependen yang diteliti yaitu kelancaran produksi ASI dan variabel independen yaitu Ketenangan jiwa, nutrisi, istirahat ibu, isapan bayi, penggunaan alat kontrasepsi dan perawatan payudara. **Hasil:** Dari hasil analisa yang diperoleh yaitu; ada hubungan antara ketenangan jiwa dengan kelancaran produksi ASI nilai *p value* 0,035, ada hubungan antara nutrisi dengan kelancaran produksi ASI nilai *p value* 0,006, ada hubungan antara istirahat dengan kelancaran produksi ASI nilai *p value* 0,027, ada hubungan antara isapan bayi dengan kelancaran produksi ASI nilai *p value* 0,011, ada hubungan antara penggunaan kontrasepsi dengan kelancaran produksi ASI dengan nilai *p value*=0,004, ada hubungan antara perawatan payudara dengan kelancaran produksi ASI nilai *p value*=0,000. Dan diperoleh hasil multivariate atau faktor yang paling dominan mempengaruhi produksi ASI yaitu nutrisi dengan hasil nilai OR = 8,142. **Saran:** bagi rumah bersalin diharapkan agar tenaga pelayanan kesehatan di rumah bersalin mitra anda tetap memberikan dukungan kepada ibu-ibu hamil maupun ibu dalam masa nifas untuk memberikan ASI secara eksklusif baik dengan cara penyuluhan maupun dengan konseling.

Kata kunci : Faktor yang Mempengaruhi ASI Eksklusif.

ABSTRACT

Background : The smoothness of milk production is influenced by many factors such as frequency of breastfeeding, baby weight at birth gestational age when the baby is born, maternal age and parity, stress and acute illness, IMD, the presence of smokers, consumption of alcohol, breast care, use of contraceptives and nutritional status. **Objective:** To find out the factors that influence the smooth production of breast milk. **Method :** with the study design was observational analytic with cross sectional. The dependent variables examined were smooth milk production and independent variables, namely peace of mind, nutrition, mother's rest, baby sucking, use of contraceptives and breast care. **Result :** From the analysis result obtained, namely; there was a relationship between peace of mind to the smooth of breastfeeding production with *p value* 0.035, there was a relationship between nutrition to the smooth of breastfeeding production with *p value* 0.006, there was a relationship between rest to the smooth of breastfeeding production with *p value* 0.027, there was a relationship between baby suction to the smooth of breastfeeding production with *p value* 0.011, there was a relationship between contraceptive use to the smooth of breastfeeding production with *p value* 0.004, there was a relationship between breast care to the smooth of breastfeeding production with *p value* 0,000. And obtained the multivariate results or the most dominant factors which influenced the breastfeeding production test that was nutrition with OR = 8.142. **Suggestions :** for maternity hospital is expected to continue in providing the support to the pregnant mothers and mothers in the postpartum period to provide the exclusively breastfeeding both through elucidation and counseling.

Keywords : The Influencing Factors of Exclusive Breastfeeding.