

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kajian Teori

1. Kehamilan Trimester III

a. Pengertian

Kehamilan didefinisikan secara berbeda-beda oleh beberapa ahli, namun pada prinsipnya memiliki inti yang sama, berikut beberapa definisi kehamilan dari beberapa ahli :

Kehamilan merupakan proses yang normal dan alamiah yang di alami oleh seorang wanita dalam siklus reproduksi yang diawali dari hasil konsepsi atau pertemuan antara ovum dengan sperma dan dilanjutkan dengan fertilisasi, nidasi dan implantasi (Sulistyawati, 2012).

Kehamilan adalah penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi, bila dihitung saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu (Wiknjosastro, 2014).

Kehamilan adalah suatu proses yang terjadi antara perpaduan sel sperma dan ovum sehingga terjadi konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal adalah 280 hari atau 40 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir (Wiknjosastro, 2014).

Dari beberapa pengertian kehamilan di atas bisa disimpulkan bahwa kehamilan merupakan bertemunya sel telur dan sperma yang telah matang sehingga terjadilah nidasi dan tumbuh berkembang sampai aterm dan kehamilan trimester III merupakan trimester akhir kehamilan pada periode ini pertumbuhan

janin dalam rentang waktu 29-40 minggu dimana periode ini juga adalah waktu untuk mempersiapkan kelahiran dan memiliki kedudukan sebagai orang tua, periode ini bisa disebut juga sebagai periode penantian.

Kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit empat kali selama kehamilan, yaitu satu kali pada trimester I, satu kali pada trimester II dan dua kali pada trimester III (Wiknjosastro, 2014).

b. Adaptasi fisiologis pada kehamilan trimester III

1) Sistem reproduksi

Uterus mempunyai kemampuan yang luar biasa untuk bertambah besar dengan cepat selama kehamilan dan pulih kembali seperti keadaan semula setelah beberapa minggu setelah persalinan. Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta, amnion) sampai persalinan. Pembesaran uterus meliputi peregangan dan penebalan sel-sel otot, sementara produksi miosit yang baru sangat terbatas (Wiknjosastro, 2014)

2) Payudara

Pertumbuhan kelenjar *mammae* selama trimester III membuat ukuran payudara meningkat secara progresif. Teraba nodul-nodul kasar akibat hipertropi kelenjar alveoli, hiperpigmentasi pada aerola dan puting susu. Kolostrum yang berwarna krem atau putih kekuningan dapat dikeluarkan dari puting susu selama trimester III (Bobak, 2005).

3) Sistem endokrin

Selama kehamilan kelenjar hipofisis akan membesar $\pm 135\%$ tetapi kelenjar ini tidak memiliki arti penting dalam kehamilan. Hormone prolactin akan meningkat 10 kali lipat pada kehamilan aterm, namun sebaliknya setelah

persalinan konsentrasinya pada plasma akan menurun. Kelenjar adrenalin pada kehamilan normal akan mengecil (Saifuddin, dkk, 2010).

4) Sistem kardiovaskuler

Selama kehamilan volume darah ibu akan meningkat yaitu sekitar antara 30-50% pada kehamilan tunggal, ini menyebabkan hemodilusi pada kadar hematokrit rendah dan sering terjadi pada usia kehamilan 24 minggu – 32 minggu (Varney, 2008).

5) Sistem perkemihan

Kehamilan trimester III kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul, pada trimester ini ibu akan mengeluh sering kencing karena kandung kencing akan tertekan oleh penurunan kepala janin. Pada kehamilan tahap lanjut pelvis kanan dan ureter lebih berdilatasi dari pada pelvis kiri akibat pergeseran uterus yang berat ke kanan. Perubahan-perubahan ini membuat pelvis dan ureter mampu menampung urine dalam volume yang lebih besar dan juga memperlambat laju aliran urine (Wiknjastro, 2014).

6) Sistem gastrointestinal

Semakin membesarnya rahim akan menekan rectum dan usus bagian bawah, sehingga terjadi sembelit dan konstipasi. Sembelit semakin berat karena gerakan otot didalam usus diperlambat oleh tingginya kadar progesterone (Sulistyawati, 2009).

7) Sistem musculoskeletal

Sendi pelvic pada saat kehamilan sedikit bergerak. Perubahan tubuh dan peningkatan berat badan wanita hamil menyebabkan postur dan cara berjalan wanita berubah secara drastis. Peningkatan distensi abdomen yang membuat

panggul miring kedepan, penurunan tonus otot dan peningkatan beban berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian ulang. Pusat gravitasi wanita bergeser kedepan.

8) Sistem integumen

Bulan ketiga kehamilan sampai kehamilan aterm tingkat perubahan kulit menjadi lebih gelap. Hiperpigmentasi terlihat didaerah areola, perineum dan umbilikus serta didaerah yang sering mengalami gesekan seperti paha bagian dalam dan aksila.

9) Sistem pernapasan

Pada 32 minggu ke atas karena usus-usus tertekan uterus yang membesar kearah diafragma sehingga diafragma kurang leluasa bergerak dan mengakibatkan wanita hamil kesulitan bernafas.

c. Adaptasi psikologi pada kehamilan trimester III

Trimester III sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga ia menjadi tidak sabar menanti kehadiran sang bayi. Ada perasaan khawatir mengingat bayi dapat lahir kapan saja. Hal ini membuatnya berjaga-jaga sementara ia memperhatikan dan menunggu tanda dan gejala persalinan. Perasaan sedih akan muncul karena ibu akan terpisah dengan bayinya dan hilangnya perhatian selama hamil. Trimester ketiga merupakan waktu persiapan yang aktif terlihat dalam menanti kelahiran bayi dan menjadi orang tua sementara perhatian utama wanita terfokus pada bayi yang akan segera dilahirkannya (Varney, 2008).

d. Kebutuhan ibu hamil trimester III

1) Kebutuhan nutrisi

Kebutuhan kalori harian ibu hamil adalah sebesar 2500 kalori. Pemenuhan nutrisi ibu hamil trimester III menurut Angka Kecukupan Gizi (AKG) dianjurkan untuk mengonsumsi tambahan energi sebesar 300-500 kalori, protein sebesar 17 gram, kalsium 150 mg, zat besi sebesar 13 mg, zinc 9 mg dan vitamin C 10 mg, air minimal 1.5 liter (Kemenkes RI, 2012a).

2) Kebutuhan istirahat

Ibu hamil dianjurkan untuk tidur malam sedikitnya 6-7 jam dan siang hari sedikitnya 1-2 jam. Pada kehamilan trimester III seiring dengan bertambahnya ukuran janin, terkadang ibu kesulitan untuk menentukan posisi yang paling baik dan nyaman untuk tidur. Posisi tidur yang dianjurkan pada ibu hamil adalah miring kiri, kaki kiri lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan diganjal dengan bantal, perut bawah sebelah kiri diganjal dengan bantal untuk mengurangi rasa nyeri pada perut (Sulistyawati, 2009).

3) Kebutuhan *personal hygiene*

Wanita hamil trimester akhir cenderung mengalami banyak perubahan hormonal yang mempengaruhi sistem tubuh ibu hamil. Perubahan PH vagina yang menjadi lebih basa yaitu 5 sampai 6,5 menyebabkan mudah terkena infeksi. Stimulus estrogen dapat menyebabkan keputihan, vaskularisasi mengakibatkan ibu hamil sering berkeringat. Mandi teratur menggunakan air bersih dan sabun serta teknik pembasuhan vagina dari depan ke belakang dapat mencegah iritasi (Varney, 2008).

4) Kebutuhan seksual

Ibu hamil harus diinformasikan bahwa berhubungan seksual pada kehamilan cukup bulan tidak membahayakan janin dalam kandungan, tetapi hubungan seksual pada usia kehamilan belum cukup bulan dianjurkan untuk menggunakan kondom. Prostaglandin pada sperma dapat menyebabkan kontraksi yang memicu terjadinya persalinan (Varney, 2008; *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, 2008).

5) Persiapan persalinan

Ibu hamil sudah mulai melakukan perencanaan persalinan seperti tempat bersalin, jarak menuju tempat bersalin, transportasi yang akan digunakan, pakaian ibu dan bayi, biaya dan donor serta pendamping saat persalinan.

6) Konseling tentang makanan yang sehat dan menjaga aktifitas secara fisik selama kehamilan dianjurkan bagi perempuan hamil untuk tetap sehat dan mencegah berat badan yang berlebihan selama kehamilan.

e. Keluhan lazim pada kehamilan trimester III

Keluhan yang lazim terjadi pada kehamilan trimester III dan cara mengatasinya (Pantikawati, dkk.2010)

1) Sesak napas, cara mengatasinya yaitu dengan mengambil sikap tubuh yang benar, makan jangan terlalu kenyang dengan porsi kecil tetapi sering serta tidak merokok.

2) Kram pada kaki, cara mengatasinya dengan beristirahat yang cukup, selama kram kaki difleksikan.

3) Oedema, cara mengatasinya dengan minum yang cukup, istirahat dan pada saat tidur kaki ditinggikan atau di ganjal dengan bantal.

4) Varises, cara mengatasinya dengan istirahat dan kaki ditinggikan serta jangan terlalu lama berdiri.

5) Sering kencing, cara mengatasinya yakni dengan batasi minum sebelum tidur, jika kencing terasa sakit disertai nyeri segera datang ke pelayanan kesehatan.

6) Haemoroid, cara mengatasinya dengan banyak mengonsumsi makanan yang berserat seperti sayur dan buah agar feses tidak keras. Duduk jangan terlalu lama, posisi tidur miring, obat suppositoria atas indikasi dokter.

7) Nyeri pinggang

Cara mengatasi nyeri pinggang menurut Kemenkes R.I., (2014) adalah berjalan kaki sekitar 1 jam setiap sehari, ketika berdiri diusahakan tubuh dalam posisi normal, tidur sebaiknya dengan posisi miring ke kiri, tidak berdiri terus menerus dalam jangka waktu yang lama dan pada saat mengambil sesuatu dilantai usahakan untuk berjongkok perlahan-lahan dan setelah itu berdiri perlahan-lahan.

f. Standar asuhan kebidanan

Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan yang telah diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan No. 938/Menkes/SK/VII/2007. Standar ini dibagi menjadi enam yaitu:

1) Standar I (Pengkajian)

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

2) Standar II (Perumusan Diagnosis dan atau Masalah Kebidanan)

Bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnose dan masalah kebidanan yang tepat.

3) Standar III (Perencanaan)

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosis masalah yang ditegakkan.

4) Standar IV (Implementasi)

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

5) Standar V (Evaluasi)

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

6) Standar VI (Pencatatan Asuhan Kebidanan)

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

g. Standar Pelayanan ANC

Pelayanan kesehatan pada ibu hamil tidak dapat dipisahkan dengan pelayanan persalinan, pelayanan nifas dan pelayanan kesehatan bayi baru lahir.

Kualitas pelayanan antenatal yang diberikan akan mempengaruhi kesehatan ibu hamil dan janinnya, ibu bersalin dan bayinya serta ibu nifas.

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

Dalam melaksanakan pelayanan antenatal care, ada sepuluh standar pelayanan yang harus dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang dikenal dengan 10 T. Pelayanan atau asuhan standar minimal 10 T adalah sebagai berikut (Kemenkes, 2014b) :

1) Timbang berat badan dan pengukuran tinggi badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin.

Mengukur tinggi badan adalah salah satu deteksi dini kehamilan dengan faktor resiko, dimana bila tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm atau dengan kelainan bentuk panggul dan tulang belakang.

2) Tekanan darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah \geq 140/90 mmHg) pada kehamilan pada preeklampsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah dan atau proteinuria).

3) Ukur lingkaran lengan atas (LiLA)

Pengukuran LiLA hanya dilakukan pada kontak pertama untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energi kronik (KEK). Kurang energi kronis dimana LiLA kurang dari 23,5cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

4) Ukur tinggi fundus uteri

Pengukuran tinggi fundus uteri pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukur menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

5) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika, pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala janin belum masuk kepanggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain. Sedangkan penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ kurang dari 120x/menit atau DJJ cepat lebih dari 160x/menit menunjukkan adanya gawat janin.

6) Beri imunisasi tetanus toksoid

Mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu harus mendapatkan imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskroning status imunisasi TT-

nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil disesuaikan dengan status imunisasi ibu saat ini.

Tabel 1
Skrining Imunisasi TT

NO	Imunisasi yang di dapat	Status Imunisasi	Lama Perlindungan
1	DPT-HB-Hib 1	TT1	Tidak ada
2	DPT-HB-Hib 2	TT2	3 Tahun
3	DT (kelas 1 SD)	TT3	5 Tahun
4	Td (kelas 2 SD)	TT4	10 Tahun
5	Td (kelas 3 SD)	TT5	25 Tahun

Sumber: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014b

Tabel 2
Lama perlindungan dan interval pemberian imunisasi TT

Status TT	Interval (Selang waktu minimal)	Lama Perlindungan
TT 1		0 Tahun
TT 2	1 bulan setelah TT 1	3 Tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 Tahun
TT 4	1 bulan setelah TT 3	10 Tahun
TT 5	1 tahun setelah TT 4	≥ 25 tahun

Sumber: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016.

7) Beri tablet tambah darah (tablet besi)

Untuk mencegah anemia gizi besi setiap ibu hamil harus mendapatkan tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama.

8) Test laboratorium, pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal meliputi :

a) Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu merupakan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.

b) Pemeriksaan kadar haemoglobin

Pemeriksaan kadar haemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kadungan.

c) Pemeriksaan protein dalam urin

Pemeriksaan protein dalam urin ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan trimester ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya preklampsia pada ibu hamil.

d) Pemeriksaan kadar gula darah

Ibu hamil yang dicurigai menderita diabetes mellitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada trimester pertama, sekali pada trimester kedua dan sekali pada trimester ketiga (terutama pada akhir trimester ketiga).

e) Pemeriksaan darah malaria

Semua ibu hamil di daerah endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria dalam rangka skrining pada kontak pertama. Ibu hamil di daerah non endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria atas indikasi.

f) Pemeriksaan tes sifilis

Pemeriksaan tes sifilis dilakukan di daerah dengan resiko tinggi dan ibu hamil yang diduga sifilis. Pemeriksaan sifilis sebaiknya dilakukan sendiri sedini mungkin pada kehamilan.

g) Pemeriksaan HIV

Pemeriksaan HIV terutama untuk daerah dengan resiko tinggi kasus HIV dan ibu hamil yang dicurigai menderita HIV. Ibu hamil setelah menjalani konseling kemudian diberikan kesempatan untuk menetapkan sendiri keputusannya untuk menjalani tes HIV.

h) Pemeriksaan BTA

Pemeriksaan BTA dilakukan pada ibu hamil yang dicurigai menderita tuberculosis sebagai pecegahan agar infeksi tuberkolosis tidak mempengaruhi kesehatan janin. Selain pemeriksaan tersebut diatas, apabila diperlukan dapat dilakukan pemeriksaan penunjang lainnya di fasilitas rujukan.

a) Pemeriksaan VDRL (*Veneral Diseases Research Laboratory*)

Pemeriksaan VDRL merupakan suatu pemeriksaan atau skrining untuk penyakit sifilis pada ibu hamil. Penyakit ini merupakan penyakit kelamin yang ditularkan melalui hubungan seksual yang disebabkan oleh terjadi infeksi *Treponema Pallidum* sehingga menimbulkan penyakit sifilis.

9) Tatalaksana kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

10) Komunikasi informasi dan edukasi Efektif

Komunikasi informasi dan edukasi yang efektif dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi :

a) Kesehatan ibu

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memeriksakan kehamilannya secara rutin ke tenaga kesehatan dan menganjurkan ibu hamil agar beristirahat yang cukup selama kehamilannya.

b) Perilaku hidup bersih dan sehat

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk menjaga kebersihan badan selama kehamilannya misalnya mencuci tangan sebelum makan, mandi 2 kali sehari dengan menggunakan sabun, menggosok sisi setelah sarapan dan sebelum tidur serta melakukan olah raga ringan.

c) Peran suami atau keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan

Setiap ibu hamil perlu mendapatkan dukungan dari keluarga terutama suami dalam kehamilannya. Suami, keluarga atau masyarakat perlu menyiapkan biaya persalinan, kebutuhan ibu dan bayi, transportasi rujukan dan calon pendonor. Hal ini penting apabila terjadi komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas agar segera dibawa kefasilitas kesehatan.

d) Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan, nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi

Setiap ibu hamil diperkenalkan mengenai tanda-tanda bahaya baik selama kehamilan, persalinan dan nifas misalnya perdarahan pada hamil muda maupun hamil tua, keluar cairan berbau pada jalan lahir saat nifas. Mengenal tanda-tanda bahaya ini penting agar ibu hamil segera mencari pertolongan ke tenaga kesehatan.

e) Asupan gizi seimbang

Selama hamil, ibu dianjurkan untuk mendapatkan asupan makanan yang cukup dengan pola gizi yang seimbang karena hal ini penting untuk proses tumbuh kembang janin dan derajat kesehatan ibu. Misalnya ibu hamil disarankan minum tablet tambah darah secara rutin untuk mencegah anemia pada kehamilannya.

f) Gejala penyakit menular dan tidak menular

Setiap ibu hamil harus tahu mengenai gejala-gejala penyakit menular (misalnya penyakit IMS, tuberkulosis) dan penyakit tidak menular (misalnya hipertensi) karena dapat mempengaruhi pada kesehatan ibu dan janinnya.

g) Penawaran untuk melakukan konseling dan testing HIV di daerah tertentu (risiko tinggi)

Konseling HIV menjadi salah satu komponen standar dari pelayanan kesehatan ibu dan anak. Ibu hamil diberikan penjelasan tentang resiko penularan HIV dari ibu ke janinnya dan kesempatan untuk menetapkan sendiri keputusannya untuk menjalani tes HIV atau tidak. Apabila ibu hamil tersebut HIV positif maka dicegah agar tidak terjadi penularan HIV ke janin, namun sebaliknya apabila ibu

hamil tersebut HIV negatif maka diberikan bimbingan untuk tetap HIV negatif selama kehamilan, menyusui dan seterusnya.

h) Inisiasi menyusui dini dan pemberian ASI eksklusif

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memberikan ASI kepada bayinya segera setelah lahir karena ASI mengandung zat kekebalan tubuh yang penting untuk kesehatan bayi. Pemberian ASI dilanjutkan sampai bayi berusia 6 bulan.

i) KB paska persalinan

Ibu hamil diberikan pengarahan tentang pentingnya ikut KB setelah persalinan untuk menjarangkan kehamilan dan agar ibu mempunyai waktu untuk merawat kesehatan diri, anak dan keluarga.

j) Imunisasi

Setiap ibu hamil harus mendapatkan imunisasi tetanus toksoid (TT) untuk mencegah bayi mengalami tetanus neonatorum

k) Peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan

Untuk dapat meningkatkan intelegensia bayi yang akan dilahirkan, ibu hamil dianjurkan untuk memberikan stimulasi auditori dan pemenuhan nutrisi pengungkit otak (*brain booster*) secara bersamaan pada periode kehamilan.

h. Kehamilan Letak Lintang

1) Pengertian

Letak lintang adalah keadaan dimana sumbu panjang anak tegak lurus atau hampir tegak lurus pada sumbu panjang ibu (Sastrawinata, 2004).

Letak lintang adalah suatu keadaan dimana janin melintang didalam uterus dengan kepala pada sisi yang satu, sedangkan bokong berada pada sisi yang lain (Wiknjosastro, 2011).

Jadi pengertian letak lintang adalah suatu keadaan dimana janin melintang didalam uterus dengan sumbu panjang anak tegak lurus atau hampir tegak lurus pada sumbu panjang ibu.

2) Klasifikasi Letak Lintang

Klasifikasi letak lintang menurut (Mochtar, 2012) dapat dibagi menjadi 2 macam, yang dibagi berdasarkan :

(a) Letak kepala

(1) Kepala anak bisa di sebelah kiri ibu.

(2) Kepala anak bisa di sebelah kanan ibu.

(b) Letak Punggung

(1) Jika punggung terletak di sebelah depan ibu, disebut dorso – anterior.

(2) Jika punggung terletak di sebelah belakang ibu, disebut dorso-posterior.

(3) Jika punggung terletak di sebelah atas ibu, disebut dorsosuperior.

(4) Jika punggung terletak di sebelah bawah ibu, disebut dorsoinferior.

3) Etiologi

Menurut Wiknjosastro (2011), penyebab terjadinya letak lintang adalah :

(a) Multiparitas disertai dinding uterus dan perut yang lembek

(b) Fiksasi kepala tidak ada, indikasi CPD (*cephalopelvic disproportion*)

(c) Hidrosefalus

(d) Pertumbuhan janin terhambat atau janin mati

(e) Kehamilan premature

(f) Kehamilan kembar

(g) Tumor di daerah panggul

(h) Kelainan bentuk rahim (uterus arkuatus atau uterus subseptus)

- (i) Kandung kemih serta rektum yang penuh
- (j) Plasenta Previa
- 4) Patofisiologi

Relaksasi dinding abdomen pada perut yang menggantung menyebabkan uterus beralih ke depan, sehingga menimbulkan defleksi sumbu memanjang bayi menjauhi sumbu jalan lahir, menyebabkan terjadinya posisi obliq atau melintang. Dalam persalinan terjadi dari posisi logitudinal semula dengan berpindahnya kepala atau bokong ke salah satu fosa iliaka (Wiknjosastro, 2011).

- 5) Diagnosis letak lintang (Wiknjosastro, 2011).

Untuk menegakan diagnosa maka hal yang harus di perhatikan adalah dengan melakukan pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi, pemeriksaan dalam :

- (a) Inspeksi

Pada saat melakukan pemeriksaan inspeksi letak lintang dapat diduga hanya pemeriksaan inspeksi, fundus tampak lebih melebar dan fundus uteri lebih rendah tidak sesuai dengan umur kehamilannya.

- (b) Palpasi

Pada saat dilakukan pemeriksaan palpasi hasilnya adalah fundus uteri kosong, bagian yang bulat, keras, dan melenting berada di samping dan di atas simfisis juga kosong, kecuali jika bahu sudah turun ke dalam panggul atau sudah masuk ke dalam pintu atas panggul (PAP), kepala teraba di kanan atau di kiri.

- (c) Auskultasi

Hasil yang diperoleh dari pemeriksaan auskultasi adalah denyut jantung janin di temukan di sekitar umbilicus atau setinggi pusat.

(d) Pemeriksaan Dalam

Hasil yang di peroleh dari pemeriksaan dalam adalah akan teraba tulang iga, scapula, dan kalau tangan menumbang teraba tangan, teraba bahu dan ketiak yang bisa menutup ke kanan atau ke kiri, bila kepala di kiri ketiak menutup di kiri, letak punggung di tentukan dengan adanya scapula, letak dada, klavikula, pemeriksaan dalam agar sukar dilakukan bila, pembukaan kecil dan ketuban intak, namun pada letak lintang biasanya ketuban cepat pecah.

(e) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang dapat dilakukan dengan melakukan pemeriksaan *ultrasonografi* (USG) atau foto rontgen dengan diperoleh hasil kepala janin berada di samping.

6) Prognosis Letak lintang

Prognosis letak lintang menurut Mochtar, (2012) prognosis letak lintang bagi ibu dan janin adalah

(a) Bagi Ibu adalah :

- (1) Rupture uteri
- (2) Partus lama
- (3) Ketuban Pecah Dini
- (4) Infeksi Intrapartum

(b) Bagi Janin adalah :

Angka kematian tinggi 25 – 40 %, disebabkan karena :

- (1) Prolapsus funiculi
- (2) Trauma Partus
- (3) Hipoksia karena kontraksi uterus terus menerus

(4) Ketuban pecah dini

7) Penanganan Letak Lintang

Pada pemeriksaan antenatal ditemukan letak lintang, sebaiknya diusahakan mengubah menjadi presentasi kepala dengan versi luar. Sebelum melakukan versi luar harus dilakukan pemeriksaan teliti ada tidaknya panggul sempit, tumor dalam panggul atau plasenta previa, sebab dapat membahayakan janin dan meskipun versi luar berhasil, janin mungkin akan memutar kembali. Untuk mencegah janin memutar kembali ibu dianjurkan menggunakan korset, dan dilakukan pemeriksaan antenatal ulangan untuk menilai letak janin (Wiknjosastro, 2011).

2. Persalinan

a. Standar Operasional Pelayanan (SOP) Tindakan *Sectio Caesarea* di RSUD Mangusada

Persiapan pasien

- 1) Memberikan penjelasan terkait tujuan, prosedur, lama kegiatan dan efek samping serta hal-hal yang harus diwaspadai.
- 2) Melakukan *informed consent* pasien dan keluarga oleh dokter obgin/dokter residen, dokter anastesi.
- 3) Konsultasi dengan dokter anastesi dan kolaborasi dengan dokter anak/ perawat perinatologi (resusitator).
- 4) Pemasangan IVFD
- 5) Pemberian obat-obat yang diperlukan, pemberian antibiotika profilaksis (30-60 menit sebelum tindakan).
- 6) Pencukuran daerah operasi.

7) Pemasangan dower cateter di ruangan/ kamar operasi.

Prosedur di kamar operasi :

1) Operator oleh dokter residen sesuai kompetensi atau dokter obstetri dan ginekologi (obgin).

2) Membaringkan pasien di atas meja operasi.

3) Melakukan identifikasi pasien dengan menanyakan dua identitas yaitu nama dan tanggal lahir kemudian dicocokkan dengan identitas pada gelang pasien dan nomor rekam medis.

4) Melakukan regional anestesi-blok spinal anestesi oleh dokter spesialis anestesi (Sp.An).

5) Melakukan 12 langkah cuci tangan.

6) Melakukan aseptis-antisepsis lapangan operasi.

7) Mempersempit lapangan operasi dengan doek steril.

8) Melakukan “*time out*”

9) Menginsisi kulit abdomen bawah secara *midline* sampai dengan menembus peritoneum.

10) Memasang darm gaas.

11) Identifikasi SBR dilakukan SCTP (*Sectio Caesarea Trans Peritoneal Profunda*)

12) Melahirkan bayi kemudian diserahkan ke dokter ank/perawat resusitator untuk penanganan selanjutnya.

13) Melahirkan plasenta

14) Membersihkan kavum uteri dengan gaas steril.

15) Menjahit sudut luka uterus.

- 16) Menjahit luka uterus dengan jelujur.
- 17) Mengevaluasi perdarahan dan kontraksi uterus.
- 18) Membuka darm gaas.
- 19) Mencuci cavum abdomen dengan NaCl 0,9%.
- 20) Mmengevaluasi organ genetalia inerna.
- 21) Menjahit dinding abdomen lapis demi lapis.
- 22) Menutup luka operasi dengan gaas steril dan hipafix.
- 23) Operasi selesai.
- 24) Melepaskan APD
- 25) Mencuci tangan
- 26) Pasca operasi pasien di observasi di ruang pemulihan minimal 2 jam atau sampai keadaan umum stabil.
- 27) Melakukan pendokumentasian tindakan operasi
- 28) Setelah keadaan umum pasien stabil, pasien dipindahkan ke ruang perawatan/ruang intensif (sesuai indikasi).
- 29) Perawatan di ruang rawat inap selama 3 hari, kondisi pasien baik diperbolehkan pulang dan kontrol poliklinis 1 minggu lagi.
- 30) Melakukan pendokumentasian

b. Ketuban Pecah Dini

1) Pengertian

Ketuban pecah dini atau KPD adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan mulai dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian ketuban pecah dini terjadi pada kehamilan aterm lebih dari 37 minggu sedangkan kurang dari 36 minggu tidak terlalu banyak (Manuaba, 2009).

Sedangkan riwayat keluarnya air ketuban berupa cairan jernih keluar dari vagina yang disertai tanda-tanda persalinan (Wiknjosastro, 2014).

Selaput ketuban sangat kuat pada kehamilan muda. Pada trimester III selaput ketuban mudah pecah. Melemahnya kekuatan selaput ketuban ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim dan gerakan janin. Pada trimester akhir terjadi perubahan biokimia pada selaput ketuban. Ketuban pecah dini pada kehamilan aterm merupakan fisiologi, sedangkan pada kehamilan premature disebabkan oleh adanya faktor-faktor eksternal meliputi infeksi yang menjalar dari vagina serta sering terjadi pada polihidramnion, inkompeten serviks, solusio plasenta (Wiknjosastro, 2014).

2) Faktor-faktor yang menyebabkan ketuban pecah dini menurut Morgan (2009)

a) Usia

Karakteristik pada ibu berdasarkan usia sangat berpengaruh terhadap kesiapan ibu selama kehamilan maupun menghadapi persalinan.

b) Paritas

Paritas adalah banyaknya anak yang dilahirkan oleh ibu dari anak pertama sampai dengan anak terakhir. Wanita yang telah melahirkan beberapa kali dan pernah mengalami KPD pada kehamilan sebelumnya serta jarak yang terlalu dekat lebih berisiko akan mengalami KPD pada kehamilan berikutnya.

c) Anemia

Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi. Jika persediaan zat besi minimal, maka setiap kehamilan akan mengurangi persediaan zat besi tubuh dan akhirnya menimbulkan anemia. Pada kehamilan relatif terjadi anemia karena darah ibu hamil mengalami hemodelusi atau pengenceran dengan

peningkatan volume 30% sampai 40% yang puncaknya pada kehamilan 32 sampai 34 minggu.

d) Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan

Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini, misalnya trauma, Gemelli dan hamil besar. Pada kehamilan gemelli terjadi distensi uterus yang berlebihan, sehingga menimbulkan adanya ketegangan rahim secara berlebihan. Hal ini terjadi karena jumlahnya berlebih, isi rahim yang lebih besar dan kantung (selaput ketuban) relatif kecil sedangkan dibagian bawah tidak ada yang menahan sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah (Saifuddin. 2011)

3) Komplikasi ketuban pecah dini

a) Mudah terjadinya infeksi intra uterin

b) Partus premature

c) Prolaps bagian janin terutama tali pusat (Manuaba, 2009)

Terdapat tiga komplikasi utama yang terjadi pada ketuban pecah dini yaitu:

a) Peningkatan morbiditas neonatal oleh karena prematuritas

b) Komplikasi selama persalinan dan kelahiran

c) Resiko infeksi baik pada ibu maupun janin, dimana resiko infeksi karena ketuban yang utuh merupakan penghalang terhadap masuknya penyebab infeksi (Wiknjosastro,2011).

4) Diagnosis

Diagnosis ketuban pecah dini sangat meragukan, apakah ketuban benar sudah pecah atau belum. Penegakkan diagnosis KPD dapat dilakukan dengan berbagai cara, menurut Wiknjosastro (2011), meliputi:

- a) Menentukan pecahnya selaput ketuban dengan adanya cairan ketuban di vagina.
- b) Memeriksa adanya cairan yang berisi mekonium, vernik kaseosa, rambut lanugo dan kadang-kadang bau kalau ada infeksi.
- c) Pemeriksaan inspekulo terlihat keluar cairan ketuban dari cairan servikalis.
- d) Test nitrazin/lakmus, kertas lakmus merah berubah menjadi biru (basa) bila ketuban sudah pecah.
- e) Pemeriksian penunjang dengan menggunakan USG untuk membantu dalam menentukan usia kehamilan, letak janin, berat janin, letak plasenta serta jumlah air ketuban. Pemeriksaan air ketuban dengan tes leukosit, bila leukosit darah lebih dari $15.000/\text{mm}^3$, kemungkinan adanya infeksi.

5) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan KPD memerlukan pertimbangan usia kehamilan, adanya infeksi pada komplikasi ibu dan janin dan adanya tanda-tanda persalinan. Penanganan ketuban pecah dini menurut Wiknjosastro (2011), meliputi:

a) Konserpatif

- (1) Pengelolaan konserpatif dilakukan bila tidak ada penyulit (baik pada ibu maupun pada janin) dan harus di rawat dirumah sakit.
- (2) Berikan antibiotika (ampicilin 4 x 500 mg atau eritromicin bila tidak tahan ampicilin) dan metronidazol 2 x 500 mg selama 7 hari.
- (3) Jika umur kehamilan <32-34 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar, atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.
- (4) Jika usia kehamilan 32-27 minggu, belum inpartu, tidak ada infeksi, tes buss negatif beri deksametason, observasi tanda-tanda infeksi, dan kesejahteraan janin, terminasi pada kehamilan 37 minggu.

(5) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, sudah inpartu, tidak ada infeksi, berikan tokolitik (salbutamol), deksametason, dan induksi sesudah 24 jam.

(6) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, ada infeksi, beri antibiotik dan lakukan induksi.

(7) Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intrauterin).

(8) Pada usia kehamilan 32-34 minggu berikan steroid, untuk memacu kematangan paru janin, dan kalau memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu. Dosis betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, deksametason IM 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.

b) Aktif

(1) Kehamilan >37 minggu, induksi dengan oksitosin, bila gagal seksio sesarea. Dapat pula diberikan misoprostol 50 mg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali.

(2) Bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotika dosis tinggi. Dan persalinan diakhiri.

(3) Bila skor pelvik < 5, lakukan pematangan servik, kemudian induksi. Jika tidak berhasil, akhiri persalinan dengan seksio sesarea

(4) Bila skor pelvik > 5, induksi persalinan, partus pervaginam

c. *Sectio Caesarea*

1) Pengertian

Sectio caesarea (SC) adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. *Sectio caesarea* adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Saifuddin, 2009)

2) Indikasi *Sectio Caesaria*

Operasi *Sectio Caesarea* dilakukan jika kelahiran pervaginam mungkin akan menyebabkan resiko pada ibu ataupun pada janin, dengan pertimbangan hal-hal yang perlu tindakan *Sectio Caesarea* proses persalinan normal lama/kegagalan proses persalinan normal (Dystasia) (Mochtar, 2012).

Indikasi *Sectio Caesarea* pada ibu, meliputi: Disproporsi kepala panggul (CPD/ FPD), ruptur uteri mengancam, partus lama (*prolonged labor*), tidak ada kemajuan/ kemajuan terbatas, pre-eklamsi dan hipertensi, induksi persalinan gagal (Varney, 2009)

Indikasi *Sectio Caesarea* pada janin, meliputi: janin besar, gawat janin, janin dalam posisi sungsang atau melintang, *fetal distress*, kelainan letak, dan *hydrocephalus* (Varney, 2009).

3) Jenis Sayatan *Sectio Caesarea*

a) Sayatan memanjang (longitudinal)

Insisi abdomen vertikal digaris median, kemudian insisi uterus juga vertikal digaris median. Dilakukan pada keadaan yang tidak memungkinkan insisi di segmen bawah uterus misalnya akibat perlekatan pasca operasi sebelumnya atau pasca infeksi, atau ada tumor di segmen bawah uterus, atau janin besar letak lintang, atau plasenta previa dengan insersi di dinding depan segmen bawah uterus. Komplikasinya adalah pendarahan yang terjadi akan sangat banyak karena jaringan segmen atau korpus uteri sangat vaskuler (Tucker, 2012).

b) Sayatan melintang (Transversal)

Sayatan pembedahan dilakukan dibagian bawah rahim (SBR). Sayatan melintang dimulai dari ujung pinggir selangkangan (*simpisis*) diatas batas rambut

sepanjang sekitar 10 – 14 cm. keuntungannya adalah parut pada rahim kuat sehingga cukup kecil risiko menderita rupture uteri (robek uteri) dikemudian hari. Hal ini karena pada masa nifas, segmen bawah rahim tidak banyak mengalami kontraksi sehingga luka operasi dapat sembuh lebih sempurna. Kelemahannya keluhan pada kandung kemih *post* operasi sering terjadi (Tucker, 2012).

4) Komplikasi Operasi *Sectio Caesarea*

Komplikasi yang dapat terjadi menurut Mochtar (2008), yaitu :

a) Infeksi puerpuralis

Infeksi puerpuralis ringan, dengan kenaikan suhu beberapa hari saja. Infeksi puerpuralis sedang, dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung. Infeksi puerpuralis berat, dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik. Hal ini sering kita jumpai pada partus terlantar, dimana sebelumnya telah terjadi infeksi intrapartal karena ketuban yang telah pecah terlalu lama. Penanganannya adalah dengan pemberian cairan, elektrolit dan antibiotik yang adekuat dan tepat.

b) Perdarahan

c) Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kemih bila reperitonialisasi terlalu tinggi.

d) Kemungkinan rupture uteri spontan pada kehamilan mandatang.

1) Persiapan sebelum dilakukan *Sectio Caesarea*

Persiapan sebelum dilakukan SC menurut Saifuddin (2009), yaitu:

a) Kaji ulang indikasi, periksa kembali presentasi dan pastikan persalinan pervaginam tidak memungkinkan.

- b) Melakukan *informed consent* kepada suami dan satu orang perwakilan keluarga dan melengkapi surat persetujuan tindakan medis.
 - c) Diperiksa ulang apakah sudah lengkap pemeriksaan yang diperlukan seperti darah rutin, fungsi hati, fungsi ginjal, gula darah (untuk *sectio caesarea* elektif). Untuk *sectio caesarea* emergensi cukup pemeriksaan Hb, Ht, golongan darah.
 - d) Baju pasien diganti dengan baju khusus untuk dipakai keruang kamar operasi.
 - e) Pasang infus, Ringer Laktat atau NaCl 0,9%.
 - f) Sebelum masuk ke kamar operasi diganti dengan baju/tutup badan untuk di kamar operasi.
 - g) Baringkan pasien pada posisi tidur (pasang tensimeter/stetoskop precordial).
 - h) Dipasangkan folley kateter dan kantong penampung urine.
 - i) Persiapan alat-alat/instrumen operasi.
 - j) Persiapan operator dan asisten memakai pelindung plastik, masker dan penutup kepala serta mencuci tangan dan selanjutnya memakai jas operasi steril.
- 2) Perawatan *post* operasi *sectio caesarea* (Medforth, Janet, 2011)
- 1) Bidan menyertai keluarga ke ruang pemulihan
 - 2) Kaji tekanan darah, nadi, pernapasan, warna kulit maternal setiap 15 menit sampai stabil, ukur suhu tubuh setiap 2 jam.
 - 3) Setiap 30 menit kaji :
 - (1) Apakah terjadi rembesan dari luka
 - (2) Apakah uterus berkontraksi dengan baik
 - (3) Apakah kehilangan darah pervaginam berlebihan
 - 4) Pantau keseimbangan cairan, lanjutkan infuse IV sebagaimana diresepkan dokter anastesi

- 5) Pastikan pasien nyaman dan berikan analgetik sebagaimana yang diresepkan oleh dokter
- 6) Penuhi kebutuhan *hygiene* pasien
- 7) Pasien diberikan terapi obat sesuai dengan anjuran dokter
- 8) Rawat gabung dengan bayi apabila keadaan bayi dan ibu sudah stabil

3. Nifas

a. Pengertian

Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari yang merupakan waktu yang diperlukan untuk pulihnya alat-alat kandungan seperti keadaan sebelum hamil (Fraser dan Cooper, 2009).

b. Penilaian pada ibu nifas

- 1) Penilaian 24 jam setelah melahirkan

Penilaian pada masa nifas yaitu meliputi perdarahan vagina, kontraksi uterus, tinggi fundus uteri, suhu dan nadi secara rutin selama 24 jam pertama dimulai dari jam pertama setelah lahir. Tekanan darah harus diukur segera setelah lahir dan pola eliminasi urine harus didokumentasikan dalam waktu enam jam (WHO, 2013).

- 2) Penilaian 2-42 hari pada masa nifas.

Penilaian pada ibu nifas 2-24 hari tentang kesejahteraan umum antara lain eliminasi, inkontinensia urin, fungsi usus, penyembuhan luka perineum, sakit kepala, kelelahan, nyeri punggung, nyeri perineum dan kebersihan perineal, nyeri payudara dan lochea (WHO, 2013).

c. Perubahan fisiologis yang terjadi pada masa nifas

Perubahan fisiologis yang terjadi pada masa nifas (Ambarwati dan Diah, 2010)

1) Perubahan involusi

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus.

Penurunan TFU post SC menurut pendapat Kenneth (2009) dikatakan cepat jika pada hari pertama nifas TFU > 1 jari di bawah pusat, dan pada hari ketiga berada >3 jari di bawah pusat, dikatakan normal apabila pada hari pertama TFU 1 jari dibawah pusat, dan pada hari ketiga TFU 3 jari dibawah pusat. Tapi dikatakan lambat apabila hari pertama TFU berada < 1 jari dibawah pusat, pada hari ketiga TFU setinggi atau <3 jari dibawah pusat.

2) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lochea terdiri dari empat tahapan, yaitu: Lochea Rubra, lochea ini muncul pada hari 1-4 masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa-sisa placenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi) dan mekonium. Lochea sanguinolenta yaitu cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung dari hari ke 4-7 postpartum. Lochea serosa adalah lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robek/laserasi placenta. Muncul pada hari ke 7-14 postpartum. Lochea Alba yang mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel selaput lendir

serviks dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba bisa berlangsung selama 2-6 minggu postpartum.

3) Laktasi

Masa laktasi (menyusu) sudah disiapkan sejak dari kehamilan. Air Susu Ibu (ASI) akan mengalami perubahan mulai dari ASI yang disebut kolostrum sampai dengan ASI matur. Kolostrum merupakan ASI yang muncul dari hari pertama sampai hari ketiga berwarna kekuningan dan agak kasar karena banyak mengandung lemak dan sel-sel epitel, dan mengandung kadar protein tinggi. ASI peralihan sudah terbentuk pada hari keempat sampai hari kesepuluh dan ASI matur akan dihasilkan mulai hari kesepuluh dan seterusnya. Dua refleksi ibu yang sangat penting pada laktasi adalah :

- a) Refleksi prolaktin muncul dengan merangsang puting yang memiliki ujung saraf sensoris. Rangsangan ke puting membuat hipofisis anterior mengeluarkan hormon prolaktin yang memacu alveoli untuk memproduksi air susu.
- b) Refleksi aliran atau *let down refleksi*, rangsangan puting susu selain juga mempengaruhi hipofisis posterior hingga merangsang pengeluaran hormon oksitosin. Hormon ini berfungsi memacu kontraksi otot polos yang ada di dinding alveoli dan dinding saluran sehingga ASI dipompa keluar.

d. Adaptasi psikologi pada masa nifas

Perubahan psikologis yang terjadi pada masa nifas:

- 1) Fase *taking in*, fase ini merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari ke dua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya.

2) Fase *taking hold*, fase ini berlangsung antara tiga sampai sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung.

3) Fase *letting go*, fase ini merupakan fase menerima tanggungjawab akan peran barunya yang berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya.

e. Kebutuhan selama masa nifas

Kebutuhan dasar ibu nifas sebagai berikut :

1) Nutrisi

Penambahan kalori pada ibu menyusui yang dianjurkan sebanyak 500 kkal tiap hari dari kebutuhan sebelum hamil 2200 kkal. Makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat protein hewani, protein nabati, sayur dan buah-buahan. Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari (Kemenkes R. I., 2016). Mengonsumsi tablet Fe sehari 1 tablet (60 mg besi elemental dan 0,25 mg asam folat) selama 40 hari, mengonsumsi Vitamin A 200.000 IU 2 kali selama masa nifas. Pemberian Vitamin A dalam bentuk suplementasi dapat meningkatkan kualitas ASI, meningkatkan daya tahan tubuh dan meningkatkan kelangsungan hidup anak (Suherni, 2009).

2) Mobilisasi

Ibu yang bersalin normal dua jam *postpartum* sudah diperbolehkan miring kiri/kanan, kemudian secara bertahap jika kondisi ibu baik, ibu diperbolehkan duduk, berdiri, dan jalan-jalan di sekitar tempat tidur.

3) Eliminasi

Pengeluaran air seni akan meningkat 24-48 jam pertama sampai sekitar hari kelima setelah melahirkan. Buang air besar akan sulit karena ketakutan rasa sakit, takut jahitan terbuka atau karena adanya hemoroid. Kesulitan ini dapat dibantu dengan mobilisasi dini, mengkonsumsi makanan berserat, dan cukup minum.

4) Kebersihan diri

Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan alat genitalia dengan mencucinya menggunakan air kemudian keringkan. Setiap kali buang air besar atau kecil, pembalut diganti minimal tiga kali sehari, cuci tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum dan sesudah membersihkan daerah genitalia, menginformasikan ibu untuk membersihkan daerah kelamin dari depan ke belakang. Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi *sectio caesarea* maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi (Kemenkes R.I., 2016).

5) Istirahat

Kebutuhan istirahat pada masa nifas banyak ibu yang mengalami perubahan pola tidur karena bayi masih belum mempunyai pola tidur yang benar. Oleh karena itu, ibu dianjurkan untuk dapat beristirahat yang cukup dengan cara ibu tidur saat bayi tertidur (Kemenkes RI, 2012).

6) Pemberian ASI/Laktasi

Memberikan ASI secara penuh enam bulan tanpa makanan lain (ASI eksklusif), menyusui tanpa jadwal, sesuka bayi (*on demand*) (Kemenkes R.I., 2016).

7) Seksual

Secara fisik aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri, aman untuk melakukan hubungan suami istri.

8) Senam Nifas

Senam yang pertama paling baik dan aman untuk memperkuat dasar panggul adalah senam kegel. Segera lakukan senam kegel pada hari pertama *post partum* bila memungkinkan.

9) Metode kontrasepsi, beberapa metode kontrasepsi yang dapat digunakan adalah sebagai berikut:

9) Metode kontrasepsi alamiah yaitu pasangan secara sukarela menghindari senggama pada masa subur ibu.

10) Selain itu, ibu yang menyusui bayi secara eksklusif dapat pula digunakan sebagai kontrasepsi selama ibu belum menstruasi.

11) Kontrasepsi progestin yang hanya mengandung hormon progesteron dapat digunakan oleh ibu menyusui baik dalam bentuk suntik maupun pil. Hormon estrogen pada kontrasepsi kombinasi dapat mengurangi produksi air susu ibu.

12) Metode kontrasepsi dengan menggunakan alat yaitu implan yang dipasang pada lengan atas dan alat kontrasepsi dalam rahim.

13) Kontrasepsi mantap yaitu metode kontrasepsi yang digunakan untuk menghentikan kehamilan. Metode ini dapat digunakan oleh pria yang disebut metode vasektomi dan tubektomi digunakan oleh wanita.

f. Standar Pelayanan Nifas

Pelayanan masa nifas yang diberikan sebanyak tiga kali (Kemenkes Republik Indonesia, 2012).

1) Kunjungan nifas pertama (KF1) diberikan pada enam jam sampai tiga hari setelah persalinan. Asuhan yang diberikan berupa pemeriksaan tanda-tanda vital, pemantauan jumlah darah yang keluar, pemeriksaan cairan yang keluar dari vagina, pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif enam bulan, pemberian kapsul Vitamin A 2 kali, pemberian pertama setelah bersalin 1 kapsul 200.000 IU dan 1 kapsul setelah 24 jam dari pemberian kapsul pertama dengan dosis 200.000 IU, minum tablet tambah darah setiap hari dan pelayanan KB pasca persalinan.

2) Kunjungan nifas kedua (KF2) diberikan pada hari ke-4 sampai hari ke-28 setelah persalinan. Pelayanan yang diberikan adalah pemeriksaan tanda-tanda vital, pemantauan jumlah darah yang keluar, pemeriksaan cairan yang keluar dari vagina, pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif enam bulan, minum tablet tambah darah setiap hari dan pelayanan KB pasca persalinan.

3) Kunjungan nifas lengkap (KF3) pelayanan yang dilakukan hari ke-29 sampai hari ke-42 setelah persalinan. Asuhan pelayanan yang diberikan sama dengan asuhan pada KF2.

4. Bayi

a. Pengertian

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai 4000 gram (Kemenkes RI, 2010).

b. Manajemen bayi baru lahir normal

Penilaian dan asuhan pada baru lahir normal (JNPK-KR, 2017).

- (1) Bayi cukup bulan
- (2) Bayi menangis atau bernafas / tidak megap-megap.
- (3) Tonus otot bayi baik atau bayi bererak aktif

Asuhan pada bayi baru lahir normal

- 1) Jaga kehangatan
- 2) Bersihkan jalan nafas (jika perlu)
- 3) Keringkan
- 4) Pemantauan tanda bahaya
- 5) Klem, potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, pemotongan tali pusat kira-kira 2 menit setelah bayi lahir.
- 6) Lakukan IMD.
- 7) Beri suntikan vitamin K₁ 1 mg intramuskular, di paha kiri anterolateral setelah IMD.
- 8) Beri salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata.
- 9) Pemeriksaan fisik.
- 10) Beri imunisasi Hepatitis B 0,5 ml intramuskular, di paha kanan anterolateral, kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vitamin K₁.

c. Perubahan fisiologis pada bayi baru lahir

1) Sistem kardiovaskuler

Sistem kardiovaskular mengalami perubahan besar, yaitu terjadinya penutupan foramen ovale dan duktus arteriosus. Nafas pertama yang dilakukan bayi baru lahir membuat paru-paru berkembang, sehingga darah paru-paru

mengalir. Aliran darah pulmoner kembali meningkat ke jantung dan masuk ke jantung bagian kiri, sehingga tekanan pada atrium kiri meningkat. Perubahan tekanan ini menyebabkan foramen ovale menutup. Tindakan pemotongan tali pusat membuat arteri umbilikus, vena umbilikus dan duktus venosus segera menutup (Bobak, 2005).

2) Sistem pernapasan

Janin cukup bulan mengalami penurunan cairan paru pada hari-hari sebelum persalinan dan selama persalinan. Upaya mengambil napas pertama dapat dibantu dengan penekanan toraks yang terjadi pada menit-menit terakhir kehidupan janin. Upaya bernapas pertama bagi seorang bayi berfungsi untuk mengosongkan paru dari cairan, menetapkan volume paru neonatus dan karakteristik fungsi paru pada bayi baru lahir dan mengurangi tekanan arteri pulmonalis (Varney, 2008).

3) Sistem gastrointestinal

Bayi baru lahir cukup bulan mampu mengisap dan menelan. Bayi baru lahir tidak mampu memindahkan makanan dari bibir ke faring, sehingga puting susu harus diletakkan cukup dalam di mulut bayi. Kapasitas lambung dari 30 sampai 90 ml, tergantung pada ukuran bayi (Bobak, 2005).

4) Sistem imun

Imunitas alami terdiri atas struktur tubuh yang mencegah atau meminimalkan infeksi. Imunitas alami juga tersedia pada tingkat sel oleh sel-sel darah yang tersedia pada saat lahir untuk membantu tubuh bayi baru lahir membunuh organisme asing. Tiga tipe sel bekerja melalui fagositosis (menelan dan membunuh) penyerang yaitu neutrofil polimorfonuklear (PMN), monosit, dan

makrofag. Selain imunitas alami, neonatus juga dilahirkan dengan imunitas pasif terhadap virus atau bakteri yang pernah dihadapi ibu. Janin mendapatkan imunitas ini melalui perjalanan transplasenta dari imunoglobulin varietas IgG (Varney, 2008).

5) Termoregulasi

Bayi baru lahir memiliki kecenderungan menjadi cepat stres karena perubahan suhu lingkungan. Bayi baru lahir dapat mengalami kehilangan panas melalui empat mekanisme yaitu evaporasi, konduksi, konveksi dan radiasi. Oleh karena itu, segera setelah lahir kehilangan panas pada bayi harus dicegah (JNPK-KR, 2017).

d. Neonatus (0-28 hari)

Neonatus merupakan periode dari bayi sampai umur 28 hari menurut Kementerian Kesehatan RI (2010). Asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir hingga periode neonatus antara lain :

1) Kunjungan neonatal pertama (KN1) dilakukan dari 6-48 jam setelah kelahiran bayi, asuhan yang diberikan adalah menjaga kehangatan bayi untuk mencegah hipotermi, memberikan ASI eksklusif, pencegahan infeksi, perawatan mata, perawatan tali pusat, injeksi vitamin K1 dan imunisasi HB-0.

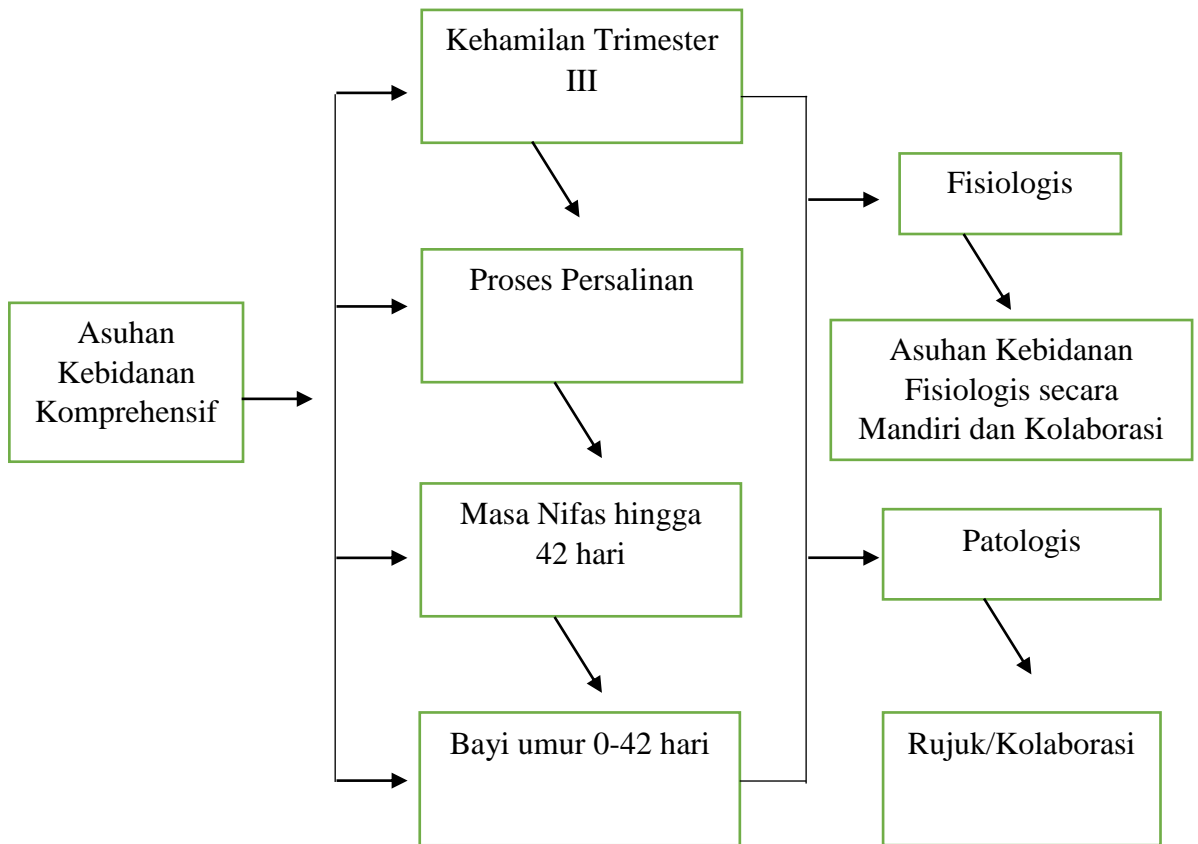
2) Kunjungan neonatal kedua (KN2) dilakukan dari 3-7 hari setelah bayi lahir. asuhan yang diberikan yaitu menjaga kehangatan tubuh bayi, memberikan ASI eksklusif, memandikan bayi, perawatan tali pusat dan imunisasi.

3) Kunjungan neonatal lengkap (KN3) dilakukan saat bayi berumur 8-28 hari. Asuhan yang diberikan kepada bayi adalah memeriksa tanda bahaya dan gejala sakit, menjaga kehangatan bayi, memberikan ASI eksklusif dan imunisasi.

e. Bayi umur 29 hari – 42 hari

Berat badan dan tinggi badan menjadi tolak ukur dari kemajuan pertumbuhan. Perkembangan bayi pada umur 0-3 bulan yaitu melihat dan menatap, mengeluarkan suara o...o...o, tersenyum dan spontan tertawa, menggerakkan tangan dan kaki, bayi sudah bisa mengangkat kepala setinggi 45° ketika ditengkurapkan, mengoceh spontan atau bereaksi dengan mengoceh, menggerakkan kepala kekiri dan kekanan serta terkejut dengan suara keras, selain itu asuhan yang diberikan pada kurun waktu ini yaitu pemberian imunisasi berupa *Bacillus Calmette Guerin* (BCG) dan polio 1 pada saat bayi berumur di bawah 2 bulan (Kemenkes RI, 2016).

B. Kerangka Pikir



Gambar 1. Bagan Kerangka Pikir Asuhan Kebidanan Pada Ibu “ MS” Dari Kehamilan Trimester III Sampai dengan 42 Hari Masa Nifas