

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kajian Teori

1. Asuhan kebidanan

a. Pengertian bidan

Bidan menurut *International Confederation Of Midwives* yang dianut dan diadopsi oleh seluruh organisasi bidan di seluruh dunia, dan diakui oleh WHO dan *Federation of International Gynecologist Obstetrition*. Bidan adalah seseorang yang telah mengikuti program pendidikan bidan yang diakui di negaranya, telah lulus dari pendidikan tersebut, serta memenuhi kualifikasi untuk didaftar (register) dan atau memiliki izin yang sah (lisensi) untuk melakukan praktik bidan.

b. Kompetensi dan kewenangan bidan

Praktik kebidanan menurut UU Republik Indonesia Nomor 4 tahun 2019 dalam menyelenggarakan praktik kebidanan, bidan bertugas memberikan pelayanan yang meliputi pelayanan kesehatan ibu, anak, reproduksi perempuan dan keluarga berencana, pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang dan pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu. Bidan dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam UU Republik Indonesia Nomor 4 tahun 2019 pasal 46 ayat (1) huruf a, Bidan berwenang :

- 1) Memberikan asuhan kebidanan pada masa sebelum hamil, kehamilan normal, persalinan dan menolong persalinan normal, nifas.

- 2) Melakukan pertolongan pertama kegawatdaruratan ibu hamil, bersalin, nifas, dan rujukan.
- 3) Melakukan deteksi dini kasus risiko dan komplikasi pada masa kehamilan, masa persalinan, pascapersalinan, masa nifas, serta asuhan pasca keguguran dan dilanjutkan dengan rujukan.

2. Kehamilan trimester III

a. Pengertian kehamilan

Kehamilan merupakan fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester yaitu, trimester I berlangsung dalam 12 minggu, trimester II berlangsung 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester III berlangsung 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Prawirohardjo, 2011).

b. Adaptasi fisiologi kehamilan trimester III

1) Uterus

Kapasitas uterus pada kehamilan cukup bulan adalah lebih dari 4000 cc, memungkinkan bagi adekuatnya akomodasi perkembangan janin. Pada kehamilan 40 minggu, fundus uteri akan turun kembali ke 3 jari bawah *proccus xifoideus* oleh kepala janin yang masuk kedalam rongga panggul (Bobak *et al.*, 2005).

2) Serviks, vulva dan vagina

Memasuki trimester III kehamilan, hormon kehamilan mempersiapkan vagina supaya distensi selama persalinan dengan memproduksi mukosa vagina yang tebal, jaringan ikat longgar dan hipertrofi otot polos (Bobak *et al.*, 2005).

3) Payudara

Saat kehamilan kolostrum dapat keluar dari payudara, tetapi belum dapat diproduksi. Peningkatan prolaktin akan merangsang sintesis laktose dan akhirnya akan meningkatkan produksi air susu. (Bobak *et al.*, 2005).

4) Kenaikan berat badan

Trimester III merupakan proses pertumbuhan janin. Rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan berdasarkan indeks masa tubuh yaitu IMT < 19,9 peningkatan berat badan yaitu 12,5-18 kg, IMT 19,8-26 peningkatan berat badan yaitu 11,5-16 kg, IMT 26-29 peningkatan berat badan yaitu 7-11,5 kg, dan IMT > 29 rekomendasi peningkatan berat badan yaitu ≥ 7 (Bobak *et al.*, 2005)

5) Sistem pencernaan

Aliran darah ke panggul dan tekanan vena yang meningkat dapat mengakibatkan hemoroid pada akhir kehamilan. Selain itu terjadi juga perubahan peristaltic dengan gejala sering kembung, dan konstipasi (Kemenkes RI, 2016b).

6) Sistem perkemihan

Laju filtrasi glumerulus meningkat sampai 69%. Dinding saluran kemih dapat tertekan oleh pembesaran uterus yang terjadi pada trimester I dan III. Wanita hamil trimester I dan III lebih sering BAK (Kemenkes RI, 2016b).

7) Sistem muskuloskeletal

Peningkatan distensi abdomen menyebabkan punggung miring ke depan, dan peningkatan beban berat badan pada akhir kehamilan, membutuhkan penyesuaian tulang *kurvatura spinalis*. Pusat gravitasi bergeser ke depan sehingga ibu akan mengalami sakit pinggang (Bobak *et al.*, 2005).

8) Sistem pernapasan

Wanita hamil sering mengeluh sesak napas, disebabkan uterus semakin membesar sehingga menekan usus dan mendorong ke atas menyebabkan tinggi diafragma bergeser 4 cm sehingga kurang leluasa bergerak (Kemenkes RI, 2016b).

c. Perubahan psikologis pada kehamilan trimester III

Ibu hamil trimester III akan lebih berorientasi pada realitas untuk menjadi orang tua dan menantikan kelahiran anaknya. Perhatian ibu hamil akan lebih mengarah pada keselamatan dirinya dan bayinya. Ibu merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan dialami pada saat persalinan. Ibu khawatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu-waktu, serta takut bayinya yang akan dilahirkan tidak normal (Bobak *et al.*, 2005).

d. Kebutuhan dasar ibu hamil trimester III

1) Nutrisi

Ibu hamil dianjurkan mengkonsumsi tambahan energi sebesar 300-500 kalori dan 17 gram protein pada kehamilan trimester III (Bobak *et al.*, 2005).

2) Istirahat

Istirahat yang diperlukan ialah 8 jam malam hari dan 1 jam siang hari, jika tidak dapat tidur baiknya berbaring saja untuk istirahat (Kemenkes RI, 2016b).

3) *Personal hygiene*

Kebersihan ibu hamil harus dijaga pada masa hamil meliputi mencuci tangan, mandi, menggosok gigi serta mengganti pakaian minimal dua kali sehari, membersihkan payudara dan daerah kemaluan setiap mandi (Kemenkes RI, 2016b).

4) Imunisasi

Vaksinasi dengan toksoid tetanus diberikan dosis booster vaksin 0,5 ml secara IM di lengan atas. Dosis booster mungkin diperlukan pada ibu yang sudah pernah diimunisasi. Pemberian dosis booster 0,5 ml IM disesuaikan dengan jumlah vaksinasi yang pernah diterima (Kemenkes RI, 2013b). Imunisasi TT sebaiknya diberikan pada ibu hamil umur kehamilan antara tiga bulan sampai satu bulan sebelum melahirkan dengan jarak minimal 4 minggu. Ibu yang belum pernah imunisasi DPT/TT/Td atau tidak tahu status imunisasinya harus melengkapi imunisasinya sampai TT 5 (Kemenkes RI, 2016b).

Tabel 1
Pemberian Vaksin TT

Antigen	Interval (waktu minimal)	Lama perlindungan (tahun)	% perlindungan
TT 1	Pada kunjungan pertama (sedini mungkin pada kehamilan)	-	-
TT 2	4 minggu setelah TT 1	3	80
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5	95
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10	99
TT 5	1 tahun setelah TT 4	25-seumur hidup	99

Sumber : Kemenkes RI, 2016b

5) Pakaian

Ibu hamil dianjurkan menggunakan pakaian yang longgar, menggunakan celana dalam yang mudah menyerap air sehingga untuk mencegah kelembaban yang dapat menyebabkan gatal dan iritasi (Kemenkes RI, 2016b).

6) Eliminasi

Ibu hamil akan lebih sering BAK, dan ibu hamil akan mengalami obstipasi yang menimbulkan bendungan dalam panggul memudahkan timbulnya hemoroid (Kemenkes RI, 2016b).

7) Seksual

Pada trimester III hubungan intim tetap bisa dilakukan tetapi dengan posisi tertentu dan lebih hati-hati (Kemenkes R.I, 2016b).

e. Keluhan kehamilan trimester III

1) Nyeri pinggang

Menurut Kemenkes RI (2012) cara mengatasinya sakit pinggang yaitu dengan senam hamil, berjalan kaki sekitar 1 jam sehari, berdiri posisi tubuh yaitu tegak lurus dengan bahu di tarik ke belakang dan tidur dengan posisi miring ke kiri karena memungkinkan aliran darah ke arah plasenta berjalan normal.

2) Pembengkakan di kaki

Menurut Kemenkes RI (2012) pembengkakan yakni penimbunan cairan akibat kadar garam yang terlalu tinggi dalam tubuh. Cara mengatasi pembengkakan yaitu mengurangi makanan yang banyak mengandung garam, setelah bangun pagi angkat kaki selama beberapa saat.

f. Senam hamil

Manfaat senam hamil menurut kemenkes RI (2012) yaitu memperkuat otot untuk menyangga tubuh dan memperbaiki postur tubuh sehingga mengurangi keluhan nyeri pinggang. Kondisi yang tidak memungkinkan ibu hamil melakukan senam hamil ketuban pecah sebelum waktunya, perdarahan, kehamilan kembar,

anemia berat, tekanan darah tinggi selama kehamilan, penyakit jantung, penyakit DM dengan pengobatan insulin, riwayat persalinan kurang bulan, dan riwayat keguguran 2 kali atau lebih.

g. Asuhan kebidanan trimester III

Menurut Kemenkes RI (2013b) ibu hamil dianjurkan melakukan kunjungan antenatal berkualitas minimal 4 kali, trimester I satu kali sebelum minggu ke-16, trimester II satu kali antara minggu ke-24-28, dan trimester III dua kali antara minggu 30-32 dan minggu 36-38. Pemeriksaan yang dilakukan pada trimester III yaitu :

- 1) Pemeriksaan keadaan umum, tekanan darah, suhu tubuh, berat badan, periksa gejala anemia, edema, tanda bahaya
- 2) Pemeriksaan fisik obstetric seperti, tinggi fundus, pemeriksaan obstetri dengan maneuver Leopold, denyut jantung janin,
- 3) Pemeriksaan penunjang kadar Hb

h. Persiapan persalinan dan kelahiran bayi

Menurut Kemenkes RI (2016b) Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) merupakan kegiatan dalam menghadapi kemungkinan terjadinya komplikasi pada saat hamil, bersalin dan nifas dengan menggunakan stiker P4K sebagai media pencatatan. Menurut Kemenkes RI (2016b) komponen dalam P4K yang harus dipersiapkan untuk persalinan adalah:

- 1) Tanggal perkiraan persalinan
- 2) Penolong persalinan
- 3) Biaya persalinan

- 4) Calon pendonor darah
- 5) Kendaraan atau transportasi untuk ke fasilitas kesehatan.
- 6) Kebutuhan persalinan seperti perlengkapan ibu bersalin, perlengkapan bayi baru lahir, alat kebersihan, buku KIA dan alat komunikasi (bila ada).
- 7) Metode kontrasepsi yang dipilih setelah melahirkan.

i. Penurunan Kepala Bayi dan Panggul Sempit

Lightening adalah penurunan presentasi bayi dalam pelvis minor. Pada primigravida terjadi dua minggu sebelum persalinan yaitu menjelang minggu ke-36 pada primigravida. Pada multipara tidak begitu terlihat, karena kepala janin baru masuk pintu atas panggul menjelang persalinan (Varney,2008). Tanda kepala turun memasuki pintu atas panggul yaitu tinggi fundus uteri turun, perasaan sering atau susah kencing karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin, perasaan sakit di perut dan di pinggang oleh adanya kontraksi (Mochtar, 2010).

Disproporsi kepala panggul yaitu suatu keadaan yang timbul karena tidak keseimbangan antara panggul ibu dengan kepala janin disebabkan oleh panggul sempit, janin yang besar sehingga tidak dapat melewati panggul ataupun kombinasi keduanya (Cunningham *et al.*, 2014). Hasil penelitian di RSUD Liun Kandage Tahuna tahun 2014 ditemukan dari 167 ibu yang dilakukan seksio sesarea dengan indikasi panggul sempit sebanyak 28 ibu (16,76%) hal ini disebabkan karena postur tubuh dan bentuk panggul ibu yang kecil sehingga tidak memungkinkan untuk melakukan persalinan normal (Sumelung *et al.*, 2014).

j. Oligohidramnion

1) Pengertian Oligohidramnion

Oligohidramnion adalah kondisi ibu hamil yang memiliki terlalu sedikit air ketuban, indeks AF kurang dari 5 cm. Diagnosis oligohidramnion sebagai tidak adanya kantong cairan dengan kedalaman 2-3 cm, atau volume cairan kurang dari 500 mL. Kejadian oligohidramnion adalah 60,0 % pada primigravida (Mohamed, 2015). Menurut Lumentut (2015) cairan ketuban merupakan prediktor janin terhadap persalinan, dan apabila menurun berkaitan dengan peningkatan resiko dari denyut jantung janin dan mekonium. Air ketuban berada di dalam kantong ketuban, mempunyai berbagai fungsi yaitu memungkinkan janin untuk bergerak bebas dan perkembangan musculoskeletal, memelihara janin dalam lingkungan suhu yang relatif stabil, dan sebagai bantalan melindungi janin. Ketuban yang sedikit menyebabkan bayi tidak memiliki bantalan pada dinding rahim, karena ruang yang sempit pada rahim menyebabkan ruang gerak menjadi abnormal, selain itu menyebabkan terhentinya perkembangan paru (paru-paru hipoplasia). Oleh karena meningkatnya komplikasi intrapartum maka angka kejadian seksio sesarea juga ikut meningkat. Gambaran klinis yang umum adalah tinggi fundus uteri lebih kecil dari usia kehamilan, ibu merasa nyeri perut pada setiap pergerakan janin, DJJ sudah terdengar pada bulan ke lima, ketika HIS ibu akan merasakan sakit yang lebih (Patreli *et al.*, 2012)

Penyebab oligohidramnion adalah kelainan kongenital, pertumbuhan janin terhambat, ketuban pecah, kehamilan lewat waktu, insufisiensi plasenta. Kelainan kongenital yang paling sering menimbulkan oligohidramnion adalah kelainan sistem saluran kemih (Saifuddin, 2010).

2) Komplikasi

Komplikasi oligohidramnion yaitu kelainan muskuloskeletal seperti distorsi wajah dan kaki pengkor, hipoplasia paru dan pertumbuhan janin terhambat. Menurut Casey (2002) dalam Mohamed (2012) menyebutkan bahwa oligohidramnion dikaitkan dengan peningkatan risiko kelahiran sesar yang signifikan untuk gawat janin, skor Apgar yang rendah pada 5 menit dan asidosis neonatal. Selama persalinan, oligohidramnios menyebabkan kompresi talipusat, cairan bercampur mekonium, denyut jantung janin abnormal, peningkatan risiko persalinan *caesar*, dan kematian neonatal (Chauhan *et al.*, 2018).

k. Gawat janin

1) Definisi gawat janin

Gawat janin yaitu denyut jantung janin kurang dari 100 permenit atau lebih dari 180 permenit., diagnosis lebih pasti jika disertai air ketuban hijau dan kental/sedikit (Saifuddin, 2010). Menurut Kemenkes RI (2013b) gawat janin terjadi bila janin tidak menerima cukup oksigen sehingga terjadi hipoksia. Gawat janin dalam persalinan dapat terjadi bila persalinan berlangsung lama, induksi persalinan dengan oksitosin (kontraksi hipertonic), terjadi perdarahan atau infeksi dan insufisiensi plasenta (post term atau preeklampsia)

DJJ normal dapat melambat sewaktu his, dan segera kembali normal setelah relaksasi. DJJ cepat (lebih dari 180 permenit) yang disertai takhikardi ibu, bisa karena ibu demam, efek obat, hipertensi, atau amnionitis. Jika denyut jantung ibu normal, denyut jantung janin yang cepat sebaiknya dianggap sebagai tanda gawat janin (Saifuddin, 2010)

2) Tatalaksana gawat janin

Menurut Kemenkes RI (2013b) tatalaksana gawat janin yaitu :

- a) Bila sedang dalam infus oksitosin : segera hentikan infus, posisikan ibu berbaring miring ke kiri, berikan oksigen.
- b) Jika sebab dari ibu tidak diketahui dan DJJ tetap abnormal sepanjang paling sedikit 3 kontraksi, lakukan pemeriksaan dalam untuk mencari penyebab gawat janin
- c) Jika DJJ tetap abnormal atau jika terdapat tanda-tanda lain gawat janin (mekonium kental pada cairan amnion) rencanakan persalinan dengan ekstraksi vakum atau cunam, atau *seksio sesarea* dan siapkan segera resusitasi neonatus.

3. Persalinan

a. Pengertian persalinan

Menurut JNPK-KR (2017) persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu).

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Faktor yang mempengaruhi persalinan yang sering disebut dengan 5 P menurut (Bobak *et al.*, 2005) yaitu :

- 1) Tenaga (power) meliputi :
 - a) Kekuatan primer yaitu kontraksi involuter yaitu frekuensi, waktu antara awal suatu kontraksi dan awal kontraksi berikutnya, durasi, dan intensitas.
 - b) Kekuatan sekunder yaitu segera setelah bagian bawah janin mencapai panggul, Sifat kontraksi berubah, yakni bersifat mendorong keluar, dan ibu merasa ingin mendedan.

2) Jalan lahir (Passage)

Panggul ibu, yang meliputi tulang yang padat, dasar panggul, vagina, introitus (lubang luar vagina). Kepala bayi harus mampu menyesuaikan dengan jalan lahir yang relatif kaku.

3) Passanger

Kepala janin yang bergerak ke bawah akan dipengaruhi oleh ukuran kepala janin, presentasi janin, sikap dan posisi janin.

4) Faktor psikologis

Kesiapan emosional terhadap persiapan persalinan, dukungan dari keluarga maupun lingkungan berpengaruh terhadap proses persalinan. Psikologis ibu sangat erat hubungannya dengan produksi hormon oksitosin. Ibu yang stres akan mengakibatkan penurunan aliran hormon oksitosin.

5) Faktor posisi ibu

Mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi.

c. Tahapan kala I persalinan

Menurut JNPK-KR (2017) kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat frekuensi dan kekuatan hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala satu persalinan terdiri dari dua fase yaitu :

- a) Fase laten dimulai sejak kontraksi mulai muncul hingga pembukaan kurang dari 4 cm.
- b) Fase aktif adalah periode waktu dari pembukaan 4 cm hingga 10 cm. Lama kala I untuk primigravida berlangsung 1 cm per jam dan pada multigravida 2 cm per Jam. Pada fase aktif dipantai menggunakan partograf (JNPK-KR, 2017).

d. Lima benang merah

Lima benang merah merupakan yang penting dalam asuhan persalinan bersih dan aman dan melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologis. Menurut JNPK-KR (2017) Lima benang merah tersebut yaitu membuat keputusan klinik, asuhan sayang ibu dan sayang bayi, pencegahan infeksi, pencatatan (Rekam Medik) asuhan persalinan dan rujukan.

e. Kebutuhan ibu bersalin

1) Kebutuhan cairan dan nutrisi

Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi (JNPK-KR, 2017).

2) Dukungan emosional

Anjurkan suami dan keluarga untuk mendampingi ibu selama persalinan, berperan aktif dalam mendukung dan mengenali berbagai upaya yang membantu kenyamanan ibu, serta membantu ibu memijat punggung, kaki atau kepala ibu. (JNPK-KR, 2017).

3) Kebutuhan eliminasi

Kandung kemih harus dikosongkan setiap 2 jam selama proses persalinan demikian pula dengan jumlah dan waktu berkemih juga harus dicatat. Periksa kandung kemih sebelum memeriksa denyut jantung janin (JNPK-KR, 2017).

4) Mengatur posisi

Ibu bisa berganti posisi selama persalinan, namun tidak berbaring terlentang selama lebih dari 10 menit. Mobilisasi ini dapat membantu turunnya kepala bayi dan memperpendek waktu persalinan (JNPK-KR, 2017).

5) Pengurangan rasa nyeri

Mengurangi rasa nyeri bisa dilakukan dengan pijatan dilakukan pada *lumbosakrali* dengan arah melingkar, *Counterpressure* pada ligamen *sacroiliaca*, visualisasi dan pemusatan perhatian (JNPK-KR, 2012).

f. Perubahan fisiologis ibu selama persalinan

Menurut (Kemenkes RI, 2016c), memaparkan beberapa perubahan fisiologis selama persalinan yaitu:

1) Perubahan uterus

Kontraksi uterus yang dimulai dari fundus uteri dan menyebar ke depan dan ke bawah abdomen. Dinding akan bertambah tebal dengan majunya persalinan sehingga mendorong bayi keluar.

2) Perubahan system urinaria

Ibu bersalin mungkin tidak menyadari bahwa kandung kemihnya penuh karena intensitas kontraksi uterus dan tekanan bagian presentasi janin atau efek anestesia lokal. Kandung kemih yang penuh dapat menahan penurunan kepala janin dan dapat memicu trauma mukosa kandung kemih.

3) Perubahan gastrointestinal

Penurunan hormon progesteron mengakibatkan perubahan sistem pencernaan lebih lambat sehingga makanan lama tinggal di lambung, akibatnya ibu bersalin mengalami peningkatan getah lambung sehingga mual dan muntah.

g. Persalinan dengan Ketuban Pecah Dini

1) Definisi Ketuban Pecah Dini

Menurut Kemenkes RI (2013) Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan atau dimulainya tanda inpartu.

2) Diagnosis dan komplikasi ketuban pecah dini

Menurut Kemenkes RI (2013) diagnosa ketuban pecah dini dapat ditegakan berdasarkan hasil anamnesis dimana pasien merasa keluar cairan secara tiba-tiba, kemudian dilakukan satu kali pemeriksaan inspekulo dengan spekulum steril untuk melihat adanya cairan yang keluar dari serviks atau menggenang di forniks posterior dan jika tidak ada, gerakkan sedikit bagian terbawah janin, atau minta ibu untuk mengedan/batuk. Pastikan bahwa Cairan tersebut adalah cairan amnion dengan memperhatikan :

- a) Bau cairan ketuban yang khas.
- b) Tes Nitrazin: lihat apakah kertas lakmus berubah dari merah menjadi biru dan perhatikan bahwa darah, semen, dan infeksi dapat menyebabkan hasil positif palsu
- c) Gambaran pakis yang terlihat di mikroskop ketika mengamati sekret servikovaginal yang mengering.
- d) Tidak ada tanda-tanda in partu.

Komplikasi yang paling sering terjadi pada ibu dengan KPD adalah *korioamnionitis* dengan atau tanpa sepsis dan menyebabkan infeksi pada ibu dan bayi. Risiko pada bayi dengan KPD yaitu infeksi, gawat janin, dan persalinan traumatik (Lowing dkk., 2015).

3) Faktor resiko ketuban pecah dini

Menurut Kemenkes RI (2013) faktor resiko ketuban pecah dini yaitu adanya riwayat ketuban pecah dini pada kehamilan sebelumnya, infeksi traktus genital, perdarahan antepartum dan merokok.

4) Tatalaksana pada ketuban pecah dini

Menurut Kemenkes RI (2013) tatalaksana pada ketuban pecah dini :

1. Usia kehamilan ≥ 34 minggu : Lakukan induksi persalinan dengan oksitosin bila tidak ada kontraindikasi.
2. Usia kehamilan 24-33 minggu: Bila terdapat amnionitis, abrupsi plasenta, dan kematian janin, lakukan persalinan segera. Berikan deksametason 6 mg IM tiap 12 jam selama 48 jam atau betametason 12 mg IM tiap 24 jam selama 48 jam. Lakukan pemeriksaan serial untuk menilai kondisi ibu dan janin.
3. Usia kehamilan < 24 minggu: Pertimbangan dilakukan dengan melihat risiko ibu dan janin. Lakukan konseling pada pasien, terminasi kehamilan mungkin menjadi pilihan dan jika terjadi infeksi (korioamnionitis) lakukan tatalaksana korioamnionitis.

4. Persalinan *sectio caesarea*

a. Pengertian *Sectio Caesarea* (SC)

Sectio Caesarea (SC) adalah jenis persalinan dengan tindakan yang membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. SC merupakan persalinan buatan yang melahirkan janin melalui insisi pada dinding perut dan dinding uterus dengan syarat uterus dalam keadaan utuh dan berat janin diatas 500 Gram (Oxorn dkk., 2010).

b. Indikasi *Sectio Caesarea*

Indikasi SC pada ibu meliputi, disproporsi kepala panggul (CPD), ancaman rupture uteri, partus lama (*prolong labor*), tidak ada kemajuan/kemajuan persalinan normal terbatas, preeklampsia dan hipertensi, induksi persalinan gagal. Sedangkan indikasi SC pada janin yaitu, janin besar, gawat janin, kelainan letak janin, hidrocephalus (Oxorn dkk., 2010).

c. Persiapan sebelum dilakukan *section caesarea*

Menurut Saifuddin (2009), persiapan yang dilakukan sebelum tindakan *section caesarea* yaitu :

- 1) Kaji ulang indikasi, periksa kembali apakah persalinan pervaginam tidak memungkinkan. Periksa kembali DJJ dan presentasi janin.
- 2) Cek kemungkinan adanya riwayat alergi dan riwayat medic lain yang diperlukan
- 3) Melakukan *informed consent* kepada suami atau salah satu keluarga pasien untuk melengkapi surat persetujuan tindakan medis.
- 4) Memberikan pendidikan kesehatan sebelum dilakukan *section caesarea*
- 5) Persiapan diet atau puas dan kulit
- 6) Pemenuhan cairan
- 7) Pemasangan kateter
- 8) Pemberian antibiotik.
- 9) Gigi palsu dilepas dan cat kuku dihapus, tetapi melepas perhiasan merupakan pilihan yang bergantung kepada kebijakan rumah sakit. Selama persiapan operasi, orang terdekat yang selalu mendampingi dan memberikan dukungan emosional secara berkelanjutan (Bobak *et al.*, 2005)

d. Perawatan *post section caesarea*

1) Kaji tekanan darah, nadi, pernapasan, warna kulit maternal setiap 15 menit sampai stabil, ukur suhu setiap dua jam, setiap 30 menit kaji rembesan dari luka operasi, kontraksi uterus, pengeluaran darah dan pantau keseimbangan cairan (Medforth, 2011)

2) Mobilisasi

Pasien dapat miring kanan dan kiri pada 6 jam pasca operasi, kemudian dapat duduk pada 8 – 12 jam pasca operasi (bila tidak ada kontraindikasi anastesi) serta berjalan dalam waktu 24 jam pasca operasi (Saifuddin, 2010).

3) Fungsi gastrointestinal

Fungsi gastrointestinal pada pasien obstetric yang tindakannya tidak terlalu berat akan kembali normal dalam waktu 6 jam, berikan pasien diet cair. Bila peristaltic baik dan pasien dapat flatus mulai berikan makanan padat. Pemberian infuse diteruskan sampai pasien dapat minum dengan baik. Berikan setiap 24 jam sekali sekitar 2 liter cairan, dengan monitor produksi urine tidak kurang dari 30 ml/jam. Bila kurang, kemungkinan ada kehilangan darah yang tidak kelihatan atas efek antiduretik dan oksitosin. (Saifuddin, 2010).

4) Pembalutan dan perawatan luka

Penutup luka harus dipertahankan selama hari pertama setelah pembedahan untuk mencegah infeksi selama proses proses reepitelisasi berlangsung, pantau keluarnya cairan dan darah. Luka harus dijaga tetap kering dan bersih sampai di perbolehkan pulang dari rumah sakit. Melepaskan jahitan kulit 5 hari setelah pembedahan (Saifuddin, 2010).

5) Perawatan fungsi kandung kemih

Pemakaian kateter dibutuhkan pada prosedur bedah, Jika urine jernih, kateter dilepas 8 jam setelah bedah. Jika urine tidak jernih, biarkan kateter dipasang sampai urine jernih. Kateter dipasang 48 jam pada kasus seperti bedah karena rupture uteri, partus lama atau partus macet, edema perineum yang luas, sepsis puerperalis/ plevio peritonitis (Saifuddin, 2010).

6) Rawat gabung

Pasien dapat rawat gabung dengan bayi dan memberikan ASI. Ibu dan bayi harus tidur dalam satu ruangan selama 24 jam. Idealnya BBL ditempatkan di tempat tidur yang sama dengan ibunya sehingga bayi bisa menyusui sesering mungkin (Kemkes RI, 2010). Menurut Prawirohardjo (2011) rawat gabung bayi baru lahir dengan *section caesarea* yang menggunakan pembiusan umum, rawat gabung dilakukan setelah ibu dan bayi sadar, misalnya 4-6 jam setelah operasi . Apabila pembiusan secara spinal, bayi dapat segera disusui. Syarat usia kehamilan > 34 minggu dan berat lahir > 1800 gram, refleks menelan dan mengisap sudah baik, tidak ada kelainan kongenital dan trauma lahir.

7) Memulangkan pasien

Dua hari pasca *section caesarea* tanpa komplikasi bisa pulang. Berikan intruksi mengenai perawatan luka, dimintan untuk control 7 hari pasien pulang.

e. Penyulit *post section caesarea*

Penyulit post SC menurut Kemenkes RI (2018) yaitu infeksi nifas, perdarahan akibat atonia uteri, trauma kandung kemih, resiko ruptur uteri pada kehamilan , dan trauma persalinan.

5. Bayi baru lahir

a. Pengertian bayi baru lahir

Menurut Saifuddin (2010), bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari usia kehamilan 37 sampai 42 minggu dengan berat badan lahir 2500 – 4000 gram. Penilaian awal pada bayi baru lahir meliputi bayi cukup bulan, bayi menagis atau bernafas dan tonus otot bayi baik(JNPK-KR ,2017).

b. Adaptasi bayi baru lahir terhadap lingkungan luar

1) Perubahan suhu tubuh

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).

2) Perubahan sistem peredaran darah

Saat dilakukan klem tali pusat terjadi peningkatan volume darah yang cepat yang menekan vaskularisasi jantung dan paru. Frekuensi nadi cenderung tidak stabil, nadi BBL normal yaitu 120–160 kali/menit (Kemenkes RI, 2016c).

3) Sistem endokrin.

Bayi baru lahir masih berkaitan dengan hormon ibu saat hamil. BBL sering mengalami *pseudomenstruasi* dan *breast* (Kemenkes RI, 2016c).

4) Perubahan sistem gastrointestinal

Kapasitas lambung 6 ml/Kg saat lahir tapi bertambah sekitar 90 ml pada hari pertama kehidupan. Udara masuk ke saluran gastrointestinal setelah lahir dan bising usus terdengar pada jam pertama. BBL yang memiliki kadar glukosa stabil 50–60mg/dl (jika dibawah 40mg/dl hipoglikemi) (Kemenkes RI, 2016c).

5) Perubahan berat badan dan tinggi badan

Panjang bayi baru lahir normal adalah 48-52 cm. Kebanyakan bayi baru lahir akan kehilangan 5-10% berat badannya selama beberapa hari kedepan karena urine, tinja, dan cairan diekskresi melalui paru-paru dan arena asupan bayi. Bayi memperoleh berat badannya semula pada hari ke-10 sampai 14 (Bobak *et al.*, 2005). Kenaikan berat badan dari kenaikan berat badan minimal (KBM) dan umur anak, umur 1 bulan kenaikan berat badan minimal (800 gram), 2 bulan (900 gram) (Kemenkes RI., 2011).

6) Perubahan sistem pernapasan

Bayi saat jam pertama sering disebut periode reaktivitas. *Respirasi Rate* BBL normal 30–60x/menit (Kemenkes RI, 2016c).

c. Penanganan awal bayi dengan gawat janin.

Segera setelah bayi lahir, jaga kehangatan bayi dan lakukan penilaian bayi yaitu untuk menjawab usia gestasi cukup bulan, warna ketuban, nafas dan tangan bayi, tonus otot bayi. Asuhan bayi baru lahir normal diberikan pada bayi dengan kondisi umur cukup bulan, air ketuban jernih, bayi menangis, dan tonus otot baik (JNPK-KR, 2017). Tim persalinan harus bekerja sama dengan tim neonatus memastikan neonatus neonatus telah stabil dan dipindahkan ke ruang perawatan bayi dan ersiapkan untuk resusitasi pada BBL. Penilaian status sirkulasi neonatus khusus yaitu penilaian kehilangan volume perinatal, waktu pengisian ulang kapiler, denyut nadi, jumlah urine, pH darah dan nilai hematokrit. (Kemenkes, 2010).

d. Standar asuhan kebidanan pada bayi baru lahir

Menurut (Kemenkes RI, 2016c) pelayanan essensial pada bayi baru lahir sehat oleh dokter atau bidan atau perawat yaitu :

- 1) Jaga bayi tetap hangat,
- 2) Bersihkan jalan napas (bila perlu),
- 3) Keringkan dan jaga bayi tetap hangat,
- 4) Potong dan ikat tali pusat, kira-kira 2 menit setelah lahir
- 5) Segera lakukan Inisiasi Menyusu Dini
- 6) Beri salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata
- 7) Beri suntikan vitamin K1 1 mg secara IM, di paha kiri anterolateral setelah IMD
- 8) Beri imunisasi Hepatitis B0 (HB-0) 0,5 ml, intramuskular, di paha kanan anteroleteral, diberikan kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1,
- 9) Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik

e. IMD (Inisiasi Menyusu Dini)

IMD adalah proses membiarkan bayi dengan nalurinya menyusu segera setelah melahirkan paling sedikit satu jam, dan bersamaan dengan kontak kulit ibu dengan kulit bayinya. Segera setelah bayi lahir lakukan penilaian, jika bayi stabil dan tidak memerlukan resusitasi, keringkan tubuh bayi tanpa menghilangkan verniks dan hindari mengeringkan punggung tangan bayi. Lakukan segera kontak kulit ibu dan bayi paling sedikit satu jam (Kemenkes RI, 2010). Manfaat IMD untuk ibu yaitu menurunkan risiko perdarahan dan untuk bayi yaitu mencegah kehilangan panas dan mengurangi infeksi dengan kolostrum (JNPK-KR, 2017).

f. Kunjungan Neonatal

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2010), asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir hingga periode neonatus yaitu :

1) Kunjungan neonatal pertama (KN1)

KN 1 dilakukan dari 6-48 jam setelah kelahiran bayi. Asuhan yang diberikan pada bayi adalah menjaga kehangatan tubuh bayi untuk mencegah terjadi hipotermi, memberikan ASI eksklusif, pencegahan infeksi, perawatan mata, perawatan tali pusat, injeksi Vitamin K 1 mg, dan Imunisasi HB-0.

2) Kunjungan neonatal kedua (KN2)

KN 2 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)

KN 3 dilakukan saat umur bayi 8-28 hari. Asuhan yang diberikan yaitu memeriksa tanda bahaya dan gejala sakit pada bayi, menjaga kehangatan tubuh bayi, memberikan ASI eksklusif, dan imunisasi.

5. Bayi umur 29 hari sampai 42 hari

Menurut (Kemenkes RI, 2017) tolak ukur dari kemajuan pertumbuhan adalah berat badan dan panjang badan serta lingkar kepala. Perkembangan pada bayi umur 1 bulan yaitu bayi sudah bisa menatap ke ibu, mengoceh dengan spontan, tersenyum, menggerakkan tangan dan kaki., selain itu kebutuhan gizi yang dapat diberikan yaitu dengan pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif selama 6 bulan. Asuhan yang dapat diberikan pada kurun waktu ini yaitu pemberian imunisasi berupa BCG dan Polio 1 pada saat bayi berumur di bawah 2 bulan. Ibu dan keluarga

dapat melakukan asuhan kepada bayi untuk melatih perkembangan bayi dengan cara menimang bayi dengan penuh kasih sayang, menggantung benda berwarna yang dapat dilihat oleh bayi, mengajak bayi untuk berbicara, dan mendengarkan musik kepada bayi (Kemenkes RI, 2017).

6. Masa nifas

a. Pengertian masa nifas

Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil berlangsung kira-kira 6 minggu (Prawirohardjo, 2011). Menurut (Kemenkes RI, 2018) memaparkan tahapan pada masa nifas adalah sebagai berikut:

- 1) Periode *immediate postpartum* yaitu masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini merupakan fase kritis, sering terjadi insiden perdarahan postpartum karena atonia uteri. Bidan perlu melakukan pemantauan secara kontinu, yang meliputi; kontraksi uterus, pengeluaran lokia, kandung kemih, tekanan darah dan suhu.
- 2) Periode *early postpartum* (>24 jam-1 minggu) yaitu 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) yaitu bidan tetap melakukan asuhan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling perencanaan KB.
- 4) *Remote puerperium* yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki penyulit atau komplikasi.

b. Perubahan sistem tubuh pada masa nifas dengan *section caesarea*

1) Involusi

Involusi adalah kembalinya uterus pada ukuran, tonus dan posisi sebelum hamil. Autolisis yaitu serabut otot dicerna oleh enzim-enzim proteolitik. Kecepatan involusi terjadi penurunan bertahap sebesar 1 cm/hari. (Medforth *et al.*, 2002).

Tabel 2
Involusi Uterus

Involusi Uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari (minggu 1)	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram	7,5 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

Sumber : Baston *et al.*, 2011

2) *Lochea*

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa (Kriebs *et al.*, 2010).

Pengeluaran *lochea* di bagi menjadi empat yaitu:

- a) *Lochea rubra*, berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekonium lamanya 1-2 hari.
- b) *Lochea sanguinolenta*, berwarna merah kuning, berisi darah dan lendir, terjadi selama 3-7 hari setelah persalinan.
- c) *Lochea serosa*, berwarna kekuningan atau kecoklatan, cairan tidak berdarah lagi, terjadi selama 7-14 hari setelah persalinan.
- a) *Lochea alba*, cairan berwarna putih,berlangsung selama 2-6 minggu setelah persalinan (Kriebs *et al.*, 2010).

3) Sirkulasi darah

Ibu nifas dapat mengalami edema pada kaki, hal ini terjadi karena variasi proses fisiologis karena adanya perubahan sirkulasi (Cunningham *et al.*, 2014).

4) Sistem endokrin

Penurunan hormon estrogen dan progesteron menyebabkan peningkatan prolaktin dan menstimulasi air susu. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan meningkatkan sekresi oksitosin, sehingga dapat membantu uterus kembali ke bentuk normal (Kemenkes RI, 2018).

c. Perubahan psikologi masa nifas

Teori dari Reva Rubin (1977) dalam Sulistyawati (2009), ibu nifas mengalami adaptasi psikologis melalui tiga fase penyesuaian terhadap perannya sebagai ibu. Fase adaptasi psikologis ibu nifas dipaparkan sebagai berikut :

1) Fase *taking in*

Fase ini berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah persalinan, ibu akan menceritakan pengalamannya persalinannya, khawatir pada tubuhnya, ibu masih pasif dan memerlukan bantuan dari orang terdekat.

2) Fase *taking hold*

Berlangsung antara tiga sampai sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan mulai ada rasa tanggungjawab dalam perawatan bayinya. Ibu sensitif dan mudah tersinggung. Perlu komunikasi yang baik, dukungan dan penyuluhan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya.

3) Fase *letting go*

Fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Ibu akan mengambil tanggung jawab penuh dan harus segera beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi.

d. Tanda bahaya masa nifas

Beberapa tanda bahaya yang mungkin dapat dialami pada masa nifas seperti: pendarahan lewat jalan lahir, keluar cairan berbau dari jalan lahir, bengkak di wajah, tangan dan kaki, atau sakit kepala dan kejang-kejang, demam lebih dari dua hari, payudara bengkak, merah disertai rasa sakit, ibu terlihat sedih, murung dan menangis tanpa sebab (Kemenkes RI, 2016).

e. Kebutuhan ibu pada masa nifas

1) Kebutuhan nutrisi

Kebutuhan nutrisi meningkat tiga kali dari kebutuhan biasa yaitu 3.000-3.800 kal). Ibu nifas memerlukan makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani dan nabati. Ibu menyusui sedikitnya minum 3-4 liter setiap hari (Kemenkes RI, 2018).

2) Kebutuhan eliminasi

Seorang ibu nifas dalam keadaan normal dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam. Ibu tidak ijin menahan kencing karena berpengaruh terhadap kontraksi uterus (Kemenkes RI, 2018)

3) Istirahat

Ibu nifas biasanya mengalami sulit tidur, adanya perasaan ambivalensi tentang kemampuan merawat bayinya. Ibu harus bangun malam untuk menetek bayinya. Anjurkan ibu istirahat ketika bayi sedang tidur (Kemenkes RI, 2018).

4) *Personal hygiene*

Membersihkan alat genitalia dimulai dari arah depan ke belakang sehingga tidak terjadi infeksi. Pembalut diganti paling sedikit empat kali sehari. Menjaga payudara tetap bersih dan kering dengan menggunakan BH yang menyokong payudara (Kemenkes RI, 2018).

5) Seksual

Secara fisik aman untuk melakukan hubungan suami istri jika darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari ke dalam vagina, apabila sudah tidak terdapat rasa nyeri (Kemenkes RI, 2018).

f. Pelayanan kesehatan ibu nifas

Pelayanan ini diberikan pada saat 2 jam sampai 6 jam setelah melahirkan saat ibu masih berada dipelayanan kesehatan. Asuhan yang diberikan berupa pemeriksaan tanda vital, mencegah perdarahan akibat atonia uteri, melakukan hubungan antara ibu dan bayi (*bounding attachment*) dan pemberian ASI *on demand* dan ASI eksklusif (Kemenkes RI, 2013).

Kemenkes RI (2012) menyebutkan, pelayanan masa nifas yang diberikan sebanyak tiga kali yaitu :

1) Kunjungan nifas pertama (KF 1)

KF 1 diberikan pada enam jam sampai tiga hari setelah persalinan. Asuhan yang diberikan berupa pemeriksaan TTV, pemantauan jumlah darah yang keluar, pemeriksaan cairan yang keluar dari vagina, pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif, pemberian kapsul vitamin A dua kali dengan dosis 2 x 200.000 IU diberikan segera setelah melahirkan dan 24 jam setelah pemberian pertama, minum tablet darah setiap hari dan pelayanan KB pascapersalinan.

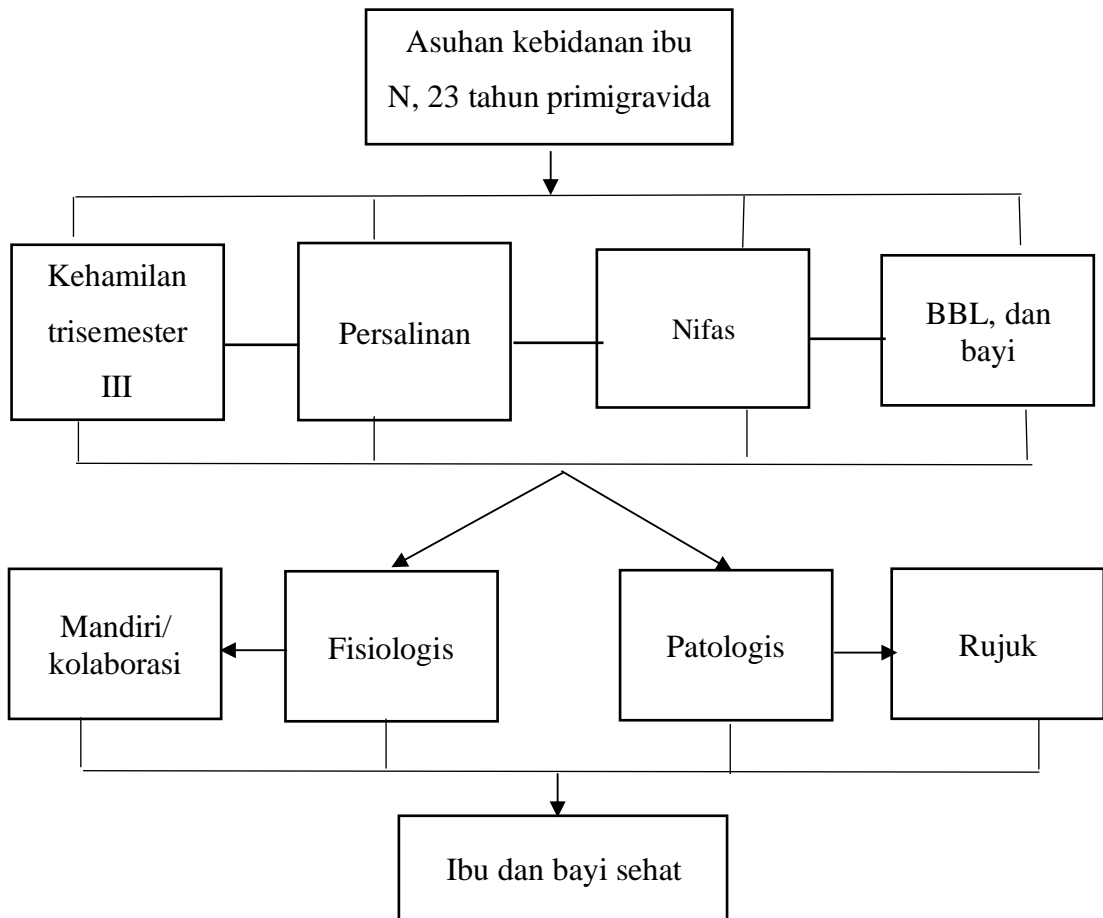
2) Kunjungan nifas kedua (KF 2)

KF 2 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, minum tablet tambah darah setiap hari dan pelayanan KB paca persalinan.

3) Kunjungan nifas lengkap (KF 3)

Pelayanan yang dilakukan hari ke-29 sampai hari ke-42 setelah persalinan. Pelayanan yang diberikan adalah pemeriksaan TTV, pemantauan jumlah darah yang keluar, pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif, minum tablet tambah darah setiap hari dan pelayanan KB paca persalinan.

B. Kerangka Konsep



Gambar 1. Bagan Kerangka Konsep Asuhan Kebidanan Ibu "N" Pada Kehamilan Trisemester III Sampai Dengan 42 Hari Masa N