

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Kajian Kasus

Dalam kasus yang dikaji, pada tanggal 25 Januari 2022 datang seorang ibu bernama Ny. P usia 37 tahun G2P1Ab0Ah1 ke Puskesmas Mergangsan untuk memeriksakan kehamilannya dengan usia kehamilan 36 minggu 4 hari. Ny. P mengatakan mengatakan saat ini terdapat keluhan terdapat biang keringat di dada. HPHT Ny. P pada 11 Mei 2021 dan hari perkiraan lahir (HPL) pada 18 Februari 2022. Ny. P mengatakan ini merupakan kehamilan anak kedua dan tidak memiliki riwayat keguguran. Kehamilan pertama Ny. P pada tahun 2008 tidak terdapat komplikasi dan dapat melahirkan secara spontan di Puskesmas Mergangsan dengan berat 2260 gram berjenis kelamin perempuan, sehat, dan tidak ada komplikasi selama hamil, melahirkan dan nifas. Jarak kehamilan saat ini dengan persalinan sebelumnya yaitu 13 tahun. Ny. P sebelumnya pernah menggunakan alat kontrasepsi suntik selama 5 tahun kemudian berganti dengan pil selama 1 tahun dan kembali ke suntik 3 bulan lagi selama 3 tahun. Ny. P saat ini tidak memiliki atau sedang mengalami penyakit menahun, menular, atau menurun. Sebelum hamil ini, status imunisasi Ny. P yaitu TT3 di tahun 2008.

Hasil pemeriksaan didapatkan TD: 118/85 mmHg, N: 100 x/m, S: 36,6°C, SPO2: 99%, BB: 71,7 kg. Sebelum hamil, tinggi badan Ny. P yaitu 150 cm, berat 65,2 kg, LLA: 31 cm, IMT: 28,9 kg/m². Kemudian dilakukan pemeriksaan fisik dalam keadaan normal, pemeriksaan abdomen palpasi didapatkan TFU 30 cm, punggung kiri, presentasi kepala, sudah masuk panggul, DJJ: 150 x/m teratur. Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium pada 5 Januari 2022, hemoglobin Ny. P sebesar 12 gr/dL. Dari hasil pemeriksaan tersebut maka ditegakkan diagnosa Ny. P usia 37 tahun G2P1Ab0Ah1 usia kehamilan 36 minggu 4 hari keadaan normal dengan faktor risiko primi tua sekunder. Berdasarkan diagnosa tersebut

maka dilakukan tatalaksana yaitu KIE P4K, kolaborasi dengan dokter untuk menindaklanjuti keluhan, kolaborasi dengan gizi untuk dilakukannya kontak ASI, kolaborasi dengan psikolog, dan memberikan terapi obat berupa tablet tambah darah 1x1 sebanyak 30, kalk 1x1 sebanyak 30.

Pada tanggal 07 Februari 2022 dilakukan konsultasi melalui *whatsapp* (WA) dan Ny. P mengatakan kadang merasakan perut kenceng-kenceng belum teratur. Bidan menjelaskan mengenai keluhan yang dirasakan ibu merupakan hal yang wajar dialami pada ibu trimester III yaitu mengalami kontraksi palsu (*braxton hicks*) sehingga ibu tidak perlu khawatir, apabila kontraksi tanda persalinan maka ibu akan merasakan secara teratur setiap 10 menit lebih dari 3 kali. Selain itu, bidan turut menganjurkan kepada ibu untuk melakukan induksi alami karena usia kandungan sudah memasuki 37 minggu yaitu dengan berhubungan badan dengan suami, olahraga seperti berjalan kaki, melakukan komunikasi dengan janin, dan konsumsi buah-buahan tropis seperti nanas, kiwi atau kurma.

Pada tanggal 20 Februari 2022 pukul 19.24 WIB, Ny. P mengatakan dalam sehari ini ibu merasakan perut kencang-kencang semakin sering sekitar 2x dalam 10 menit dan nyeri terasa hingga bagian pinggang tanpa ada pengeluaran lender darah. Berdasarkan keluhan tersebut, bidan melakukan konseling untuk tetap tenang dan tidak terburu untuk ke klinik melainkan menganjurkan melakukan penghitungan kontraksi, apabila ibu merasakan kontraksi 3 kali atau lebih dalam 10 menit maka ibu dianjurkan segera ke klinik membawa barang keperluan ibu dan bayi yang telah disiapkan.

Pada tanggal 21 Februari 2022, Ny. P memberikan kabar jika putrinya telah lahir pada 21 Februari 2022 pukul 02.05 WIB di Klinik Pratama Puri Adisty berjenis kelamin perempuan secara normal. Ibu mengatakan berangkat ke Klinik pada 20 Februari 2022 pukul 22.30 WIB

dan setibanya di klinik ibu mengatakan dari hasil pemeriksaan ibu sudah pembukaan 2. Selama proses melahirkan ibu mengatakan sempat dilakukan penjahitan bagian kewanitaan. Ny. P dan putrinya diizinkan pulang dari klinik pada tanggal 22 Februari 2022 dan ibu mengatakan sesuai hasil pemeriksaan bidan dikatakan keadaan Ny.P dan putrinya normal.

Pada kunjungan nifas di rumah Ny. P pada tanggal 27 Februari 2022, dilakukan pemeriksaan pada bayi Ny. P didapatkan suhu 36,7°C, nadi 138 x/menit, respirasi 44 x/menit dan Ny. P didapatkan hasil pemeriksaan tekanan darah 118/82 mmHg, nadi 78 x/menit, respirasi 20 x/menit, dan suhu 36,5°C. Ny. P mengatakan saat ini pengeluaran pervaginam berwarna merah kecoklatam (lokea sanguinolenta), TFU 2 jari diatas simpisis. Ny. P mengetakan tidak ada keluhan apapun, ASI sudah lancar dan hanya memberikan ASI kepada putrinya. Sehingga bidan melakukan konseling mengenai pemenuhan nutrisi pada ibu untuk mengkonsumsi sayuran hijau, air mineral yang cukup setidaknya 3 liter per hari, menganjurkan istirahat yang cukup dan memberikan KIE tanda bahaya pada bayi, pemberian ASI eksklusif, melakukan imunisasi sesuai usianya, melakukan penimbangan berat badan dan pengukuran panjang badan secara teratur setiap 1 bulan sekali di fasilitas kesehatan terdekat ataupun posyandu sekitar sebagai upaya pencegahan stunting, menganjurkan pemeriksaan dengan kolaborasi dengan petugas gizi ketika melakukan kontrol ke puskesmas, dan menganjurkan untuk menghubungi bidan desa di puskesmas untuk diikuti sertakan ke dalam grup kelas ibu dan balita yang telah di sediakan Puskesmas Mergangsan untuk pemantauan status gizi bayinya. Selain itu, memberikan penjelasan kepada pihak suami Ny. P dan keluarga untuk turut memberikan dukungan dan keikutsertaan dalam mengasuh bayinya sehingga bayi dapat tumbuh lebih optimal. Pada tanggal 28 Februari 2022 ibu mengatakan melakukan kontrol nifas dan kunjungan neonates di Klinik Pratama Puri Adisty dan mengatakan tidak ada keluhan. Setelah

melakukan kunjungan nifas ibu mengatakan sesuai hasil pemeriksaan yang dilakukan petugas dikatakan ibu dan bayinya dalam keadaan normal. Hasil pemeriksaan putrinya bayi dalam keadaan normal dengan BB 3300 gram, PB 47 cm.

Pada tanggal 15 Maret 2022 dilakukan pemantauan ulang kembali melalui WA. Ny. P mengatakan tidak ada keluhan, pengeluaran pervaginam terkadang sedikit berwarna kuning kecoklatan dan ingin melakukan kontrol nifas sekaligus melakukan imunisasi pada bayinya di Puskesmas Mergangsan. Bidan memberikan konseling untuk bayi Ny. P dapat melakukan imunisasi BCG pada tanggal 17 Maret 2022 dan ibu bisa sekaligus melakukan kontrol nifas. Pada tanggal 17 Maret 2022 ibu memberikan informasi melalui WA bahwa ibu telah melakukan kontrol nifas dan bayinya telah diimunisasi. Ny P mengatakan hasil pemeriksaan ibu dan bayi dalam keadaan normal. Bidan kemudian memberikan konseling kepada ibu untuk bisa memikirkan dan memantapkan kembali penggunaan KB setelah masa nifas sesuai yang ibu pilih yaitu KB suntik 3 bulan. Pada tanggal 06 April 2022 dilakukan kembali *follow up* kepada Ny. P dan didapatkan hasil Ny. P telah selesai masa nifas dan telah melakukan suntik KB 3 bulan di Puskesmas Mergangsan pada tanggal 28 Maret 2022.

B. Kajian Teori

1. Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari: ovulasi (pelepasan ovum), migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm.⁶ Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu

atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT).¹ Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi.⁷

b. Perubahan Fisiologi Trimester III

1) Uterus

Panjang fundus uteri pada usia kehamilan 28 minggu adalah 25 cm, pada usia kehamilan 32 minggu panjangnya 27 cm, dan usia kehamilan 36 minggu, panjangnya 30 cm. Perubahan konsentrasi hormonal yang mempengaruhi rahim, yaitu estrogen dan progesteron menyebabkan progesteron mengalami penurunan dan menimbulkan kontraksi rahim yang disebut Braxton Hicks. Terjadinya kontraksi Braxton Hicks merupakan ketidaknyamanan umum, tidak dirasakan nyeri dan terjadi bersamaan di seluruh rahim.⁸

2) Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat laktasi. Fungsi hormon mempersiapkan payudara yaitu Estrogen berfungsi menimbulkan hipertrofi sistem saluran payudara, penimbunan lemak dan air serta garam sehingga payudara tampak makin membesar. Payudara ibu hamil menjadi lebih besar, areola hiperpigmentasi, puting susu makin menonjol, pengeluaran ASI belum berlangsung karena prolaktin belum berfungsi karena hambatan dari PIH (*prolactine inhibiting hormone*). Setelah persalinan hambatan prolaktin tidak ada sehingga pembuatan ASI dapat berlangsung.⁸

3) Nyeri pada Ligamentum Teres Uteri

Ligamentum teres uteri melekat pada sisi-sisi uterus tepat di bawah dan depan tempat masuknya tuba falopii kemudian menyilang ligamentum latum pada lipatan peritoneum, melintasi kanalis inguinalis dan masuk pada anterior labia mayor pada sisi-sisi peritoneum. Nyeri ini diduga terjadi akibat peregangan dan kemungkinan akibat penekanan berat uterus yang meningkat pesat pada ligamen. Nyeri ini merupakan ketidaknyamanan umum yang harus dibedakan dari penyakit saluran gastrointestinal maupun penyakit organ abdomen.⁸

c. Perubahan Psikologi Trimester III

Menurut Sulistyawati (2013) Perubahan psikologis pada masa kehamilan Trimester III , yaitu:⁹

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

d. Tanda Bahaya Trimester III

Menurut Prawirohardjo (2016), deteksi dini gejala dan tanda bahaya selama kehamilan merupakan upaya terbaik untuk mencegah terjadinya gangguan yang serius terhadap kehamilan ataupun keselamatan ibu hamil.¹⁰

1) Perdarahan pervaginam

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

2) Pre-Eklamsia

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

- a) Hiperfleksia
- b) Sakit kepala atau sefalgia yang tidak membaik dengan pengobatan umum.
- c) Gangguan penglihatan seperti pandangan mata kabur, skotomata, silau atau berkunang – kunang.

- d) Nyeri epigastrik.
 - e) Oliguria (luaran kurang dari 500 ml/jam).
 - f) Tekanan darah sistolik 20 – 30 mmHg dan diastolik 10 – 20 mmHg di atas normal.
 - g) Proteinuria (>+1)
 - h) Edema menyeluruh.
- 3) Nyeri Hebat di Daerah Abdominopelvikum

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

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

Beberapa gejala dan tanda lain yang harus diwaspadai terkait dengan gangguan serius selama kehamilan adalah sebagai berikut:¹⁰

- 1) Muntah berlebihan yang berlangsung selama kehamilan.
- 2) Disuria.
- 3) Menggigil atau demam.
- 4) Ketuban pecah dini atau sebelum waktunya.
- 5) Uterus lebih besar atau lebih kecil dari Usia Kehamilan (UK) yang sesungguhnya.

Menurut buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) (2016), tanda bahaya kehamilan adalah sebagai berikut:¹¹

- 1) Perdarahan pervaginam pada hamil mudah dan hamil tua.

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

e. Skrining Faktor Risiko

1) Definisi

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) adalah kartu skor yang digunakan sebagai alat skrining antenatal berbasis keluarga untuk menemukan faktor risiko ibu hamil, yang selanjutnya mempermudah pengenalan kondisi untuk mencegah terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan. KSPR disusun dengan format kombinasi antara checklist dari kondisi ibu hamil / faktor risiko dengan system skor.

2) Sistem Skor

Sistem skor memudahkan pengedukasian mengenai berat ringannya faktor risiko kepada ibu hamil, suami, maupun keluarga. Skor dengan nilai 2, 4, dan 8 merupakan bobot risiko dari tiap faktor risiko. Sedangkan jumlah skor setiap kotak merupakan perkiraan besar risiko persalinan dengan perencanaan pencegahan. Kelompok risiko dibagi menjadi 3 yaitu:¹²

- a) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) : Skor 2 (hijau)
- b) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) : Skor 6-10 (kuning)

- c) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) : Skor ≥ 12
(merah)
- 3) Terdapat 20 faktor risiko yang dibagi menjadi 3 kelompok faktor risiko pada penilaian KSPR
- a) Kelompok Faktor Risiko I (Ada Potensi Gawat Obstetrik)
- (1) Primi muda adalah terlalu muda hamil; usia kurang dari 16 tahun
 - (2) Primi Tua adalah terlalu tua, hamil usia ≥ 35 tahun
 - (3) Primi Tua Sekunder adalah jarak anak terkecil >10 tahun
 - (4) Anak terkecil < 2 tahun adalah terlalu cepat memiliki anak lagi
 - (5) Grande multi adalah terlalu banyak memiliki anak ≥ 4
 - (6) Umur ibu ≥ 35 tahun atau terlalu tua
 - (7) Tinggi badan ≤ 145 cm terlalu pendek, belum pernah melahirkan normal dengan bayi cukup bulan dan hidup, curiga panggul sempit
 - (8) Pernah gagal kehamilan
 - (9) Persalinan yang lalu dengan tindakan
 - (10) Bekas operasi sesar
- b) Kelompok Faktor Risiko II
- (1) Penyakit ibu, seperti anemia, malaria, TBC paru, payah jantung, dan penyakit lain.
 - (2) Preeklampsia ringan
 - (3) Hamil kembar
 - (4) Hidramnion : air ketuban terlalu banyak
 - (5) IUFD (Intra Uterine Fetal Death) : bayi mati dalam kandungan
 - (6) Hamil serotinus : hamil lebih bulan (≥ 42 minggu belum melahirkan)
 - (7) Letak sungsang & Letak Lintang

c) Kelompok Faktor Risiko III

- (1) Perdarahan Antepartum dapat berupa solusio plasenta, plasenta previa
- (2) Preeklampsia berat/eklampsia

2. Kehamilan Risiko Tinggi Usia ≥ 35 Tahun

a) Pengertian

Kehamilan di usia tua ialah kehamilan yang terjadi pada wanita berusia lebih dari atau sama dengan 35 tahun, baik primi maupun multigravida. Penyebab kematian ibu secara tidak langsung dikarenakan keterlambatan maupun kesalahan sewaktu pertolongan persalinan. Belum memadainya pengawasan antenatal juga menyebabkan terjadinya penyulit dan kehamilan resiko tinggi ataupun komplikasi kehamilan. Masih banyaknya ibu dengan 4 T (terlalu tua, terlalu muda, terlalu dekat dan terlalu banyak).⁸

Hamil di usia ≥ 35 tahun memiliki resiko kehamilan dan persalinan sangat tinggi yang dapat merugikan kesehatan ibu dan bayi. Kematian maternal pada usia lebih tinggi daripada kematian maternal pada usia 20-34 tahun. Pada usia ≥ 35 terjadi penurunan fungsi pada jaringan alat-alat kandungan dan jalan lahir tidak lentur lagi.¹⁰

b) Resiko pada Kehamilan Resiko Tinggi Usia ≥ 35 Tahun

1) Preeklamsia dan Eklamsia

Sehubungan dengan makin tingginya usia ibu, uterine semakin mengalami regenerasi. Patofisiologi terjadinya preeklampsia sampai saat ini pun belum diketahui dengan jelas. Banyak teori yang telah dikemukakan mengenai terjadinya hipertensi dalam kehamilan. Rochdjati (2011) menyebutkan bahwa preeklampsia dapat terjadi akibat kelainan implantasi plasenta, serta akibat perubahan pada ginjal dan

sistem vaskuler secara keseluruhan, dimana, akibat adanya disfungsi endotel, faktor-faktor yang memungkinkan perkembangan pembuluh darah menjadi berubah, menyebabkan timbulnya lesi yang khas pada sel endotel glomerulus, yang ditandai dengan adanya mikroskopis thrombus, sehingga mengakibatkan menurunnya fungsi ginjal.¹²

2) Diabetes Gestasional

Resiko lainnya dari kehamilan di atas usia 35 tahun adalah ibu dapat mengalami kemungkinan munculnya gejala diabetes gestasional. Kondisi kehamilan ini dapat menyebabkan kurang terkontrolnya produksi insulin di dalam tubuh. Apabila di kombinasi dengan asupan gizi yang tidak teratur, akan menyebabkan gula darah sang ibu dapat mengalami kenaikan.¹²

3) Plasenta Previa

Plasenta previa digunakan untuk menggambarkan plasenta yang berimplantasi di atas atau sangat berdekatan dengan ostium uteri internum. Usia ibu yang semakin lanjut meningkatkan risiko plasenta previa. Terdapat 1 insiden dalam 1500 kehamilan pada perempuan kelompok usia ≤ 19 tahun dan sebesar 1 insiden dalam 100 kehamilan pada perempuan kelompok usia >35 tahun. Penelitian FASTER juga menyebutkan, mereka yang berusia >35 tahun memiliki risiko 1,1% untuk mengalami plasenta previa dibandingkan dengan wanita yang berusia <35 tahun yang hanya beresiko 0,5%.¹²

4) Ketuban Pecah Dini

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Pecahnya ketuban pada kehamilan prematur pada banyak kasus tidak diketahui

sebabnya, namun infeksi intrauterin asimtomatik merupakan penyebab tersering terjadinya KPD. Usia tua merupakan faktor risiko terjadinya bakteriuria asimtomatik pada kehamilan, hal ini didasarkan bahwa pada ibu usia tua umumnya telah terjadi beberapa kehamilan sebelumnya (multiparitas), dan multiparitas adalah salah satu faktor risiko dari bakteriuria asimtomatik.¹²

5) Serotinus

Serotinus atau kehamilan lewat bulan adalah suatu kondisi kehamilan dimana persalinan terjadi pada minggu ke 42 atau lebih. Pada studi yang dilakukan Roos didapatkan 8,94% kehamilan lewat bulan, dimana didapatkan peningkatan lebih dari 50% kehamilan lewat bulan pada ibu usia ≥ 35 tahun dan primipara.

6) Anemia

Anemia pada kehamilan adalah 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 hemodilusi atau pengenceran dengan peningkatan volume 30% sampai 40% yang puncaknya pada kehamilan 32 sampai 34 minggu. Pada ibu hamil yang mengalami anemia biasanya ditemukan ciri-ciri lemas, pucat, cepat lelah, mata berkunang-kunang. Pemeriksaan darah dilakukan minimal dua kali selama kehamilan yaitu pada trimester pertama dan trimester ketiga.⁹

3. Faktor Risiko Primitua Sekunder

Primi sekunder adalah ibu hamil dengan persalinan terakhir ≥ 10 tahun yang lalu. Ibu dalam kehamilan dan persalinan ini seolah-olah

menghadapi kehamilan/ persalinan yang pertama lagi dan umur ibu biasanya lebih bertambah tua. Kehamilan ini bisa terjadi pada anak pertama mati, janin didambakan dengan nilai sosial tinggi, anak terkecil hidup umur 10 tahun lebih, ibu tidak ber-KB. Bahaya yang dapat terjadi pada ibu primi tua sekunder: Persalinan dapat berjalan tidak lancar seperti persalinan lama, perdarahan pascapersalinan, penyakit ibu: hipertensi dalam kehamilan, diabetes, dan lain-lain. Hipertensi adalah tekanan darah sekurang-kurangnya 140 mmHg sistolik atau 90 mmHg diastolik pada dua kali pemeriksaan berjarak 4-6 jam pada wanita yang sebelumnya normotensi. Faktor predisposisi yaitu kehamilan kembar, hidramnion, diabetes mellitus, gangguan vaskuler plasenta, faktor herediter, riwayat preeklampsia sebelumnya, obesitas sebelum hamil.¹²

Kondisi wanita primi tua sekunder biasanya elastisitas otot dan pembuluh darahnya menurun, sehingga tekanan darah ibu bisa meningkat (hipertensi) dan saat persalinan berisiko mengalami partus lama. Hipertensi ibu sendiri dapat menjadi faktor predisposisi pecahnya ketuban secara dini.¹³

4. Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir.¹⁴ Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit.¹⁵ Partus adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar.¹⁶

b. Patofisiologi Persalinan

Keberhasilan proses persalinan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor ibu (*power, passage, psikologis*), faktor janin, plasenta dan air ketuban (*passenger*), dan faktor penolong persalinan. Hal ini sangat penting, mengingat beberapa kasus kematian ibu dan bayi yang disebabkan oleh tidak terdeteksinya secara dini adanya salah satu dari faktor-faktor tersebut.¹⁷

1) Power (Tenaga/Kekuatan)

a) His (Kontraksi Uterus)

Merupakan kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominial, terkordinasi dan relaksasi. Kontraksi ini bersifat involunter karena berada dibawah saraf intrinsik.

b) Tenaga mengedan

Setelah pembukaan lengkap dan ketuban pecah atau dipecahkan, serta sebagian presentasi sudah berada di dasar panggul, sifat kontraksinya berubah, yakni bersifat mendorong keluar dibantu dengan keinginan ibu untuk mengedan atau usaha volunteer.¹⁸

2) Passage (Jalan Lahir)

Merupakan jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks, dan vagina. Syarat agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal.¹⁷

3) Passenger

1) Janin

Passenger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin.

2) Plasenta

Plasenta juga harus melewati jalan lahir maka dia dianggap sebagai bagian dari passenger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan normal.

3) Air ketuban

Amnion pada kehamilan aterm merupakan suatu membran yang kuat dan ulet tetapi lentur. Amnion adalah jaringan yang menentukan hampir semua kekuatan regangan membran janin, dengan demikian pembentukan komponen amnion yang mencegah ruptur atau robekan. Penurunan ini terjadi atas 3 kekuatan yaitu salah satunya adalah tekanan dari cairan amnion dan juga saat terjadinya dilatasi serviks atau pelebaran muara dan saluran serviks yang terjadi di awal persalinan, dapat juga karena tekanan yang ditimbulkan oleh cairan amnion selama ketuban masih utuh.¹⁷

4) Psikologi (Psikis)

Perasaan positif berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas, “kewanitaan sejati” yaitu munculnya rasa bangga bisa melahirkan atau memproduksi anak terhadap Psikologis meliputi: Kondisi psikologis ibu sendiri, emosi dan persiapan intelektual, pengalaman melahirkan bayi sebelumnya, kebiasaan adat, dan dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu. Sikap negative persalinan di pengaruhi oleh: Persalinan semacam ancaman terhadap keamanan, persalinan semacam ancaman pada self-image, medikasi persalinan, dan nyeri persalinan dan kelahiran.¹⁷

5) *Physician* (Penolong)

Peran dari penolong persalinan dalam hal ini adalah bidan, yang mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Tidak hanya aspek tindakan yang di berikan, tetapi aspek konseling dan meberikan informasi yang jelas dibutuhkan oleh ibu bersalin utuk mengurangi tingkat kecemasan ibu dan keluarga.¹⁸

c. Etiologi Persalinan

Menurut Mochtar, 2018 persalinan disebabkan oleh:¹⁹

1) Teori Penurunan Hormon

Selama 1-2 minggu sebelum partus, terjadi penurunan kadar estrogen & progesteron, peningkatan kadar prostaglandin yang berfungsi meningkatkan kontraksi uterus.

2) Teori Plasenta Menjadi Tua

Dampak turunnya kadar estrogen dan progesteron yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah.

3) Teori Distesi Rahim

Rahim yang menjadi besar dan merenggang menyebabkan iskemia otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi uteroplasenta mengakibatkan plasenta mengalami degenerasi.

4) Teori Iritasi Mekanik

Di belakang serviks terletak ganglion servikale (fleksus frankenhauser). Bila ganglion ini digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin, akan timbul kontraksi uterus.¹⁹

d. Tanda-tanda Persalinan

- 1) Timbulnya his persalinan ialah his pembukaan dengan sifat-sifatnya sebagai berikut: Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan, teratur, makin lama makin pendek intervalnya dan makin kuat intensitasnya, jika dibawa

berjalan bertambah kuat, dan mempunyai pengaruh pada pendataran atau pembukaan serviks.²⁰

- 2) *Bloody show* (pengeluaran lendir disertai darah melalui vagina): dengan his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, lendir yang terdapat di kanalis servikalis lepas, kapiler pembuluh darah pecah, yang menjadikan darah sedikit.¹⁸
- 3) Dengan pendataran dan pembukaan
Lendir dari *canalis servikalis* keluar di sertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa kapiler terputus.²⁰
- 4) Pengeluaran cairan terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap tetapi kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, hal ini di sebut dengan ketuban pecah dini.²⁰

e. Tahapan Persalinan

1) Kala I

Inpartu (partus mulai) ditandai dengan lendir bercampur darah, karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran ketika serviks mendatar dan terbuka. Pada kala I persalinan dimulainya proses persalinan yang ditandai dengan adanya kontraksi yang teratur, adekuat, menyebabkan perubahan pada serviks hingga mencapai pembukaan lengkap. Fase kala I terdiri atas:¹⁸

- a) Fase laten : pembukaan 0 sampai 3 cm dengan lamanya sekitar 8 jam.

b) Fase aktif, terbagi atas :

- (1) Fase akselerasi : pembukaan yang terjadi sekitar 2 jam, dari mulai pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
- (2) Fase dilatasi maksimal : pembukaan berlangsung 2 jam, terjadi sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.
- (3) Fase deselerasi : pembukaan terjadi sekitar 2 jam dari pembukaan 9 cm sampai pembukaan lengkap.

Fase tersebut pada primigravida berlangsung sekitar 13 jam, sedangkan pada multigravida sekitar 7 jam. Secara klinis dimulainya kala I persalinan ditandai adanya his serta pengeluaran darah bercampur lendir/*bloody show*. Lendir berasal dari lendir kanalis servikalis karena servik membuka dan mendatar, sedangkan darah berasal dari pembuluh darah kapiler yang berada di sekitar kanalis servikaliss yang pecah karena pergeseran-pergeseran ketika servik membuka.¹⁸

2) Kala II

Kala II persalinan disebut juga kala pengeluaran yang merupakan peristiwa terpenting dalam proses persalinan karena objek yang dikeluarkan adalah objek utama yaitu bayi. Kala II dimulai sejak pembukaan lengkap sampai bayi lahir, tanda dan gejala dan tanda kala II adalah:¹⁷

- a) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi (dorongan meneran atau doran).
- b) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan atau vaginanya.
- c) Perineum menonjol (perjol)
- d) Vulva-vagina dan sfingter ani membuka.
- e) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.
- f) Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat

g) Tanda pasti kala dua ditentukan melalui periksa dalam (informasi objektif) yang hasilnya adalah pembukaan serviks telah lengkap atau terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina.¹⁷

3) Kala III

Kala III dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta atau uri. Partus kala III disebut juga kala uri. Kala III merupakan periode waktu dimana penyusutan volume rongga uterus setelah kelahiran bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Oleh karena tempat perlekatan menjadi kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, maka plasenta menjadi berlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus. Tanda-tanda Pelepasan Plasenta diantaranya:²¹

a) Berubahan Bentuk dan Tinggi Fundus

Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya dibawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong kebawah, uterus berbentuk segi tiga, atau seperti buah pir atau alpukat dan fundus berada diatas pusat (sering kali mengarah ke sisi kanan).

b) Tali pusat memanjang

Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva (tanda ahfeld).

c) Semburan darah yang mendadak singkat

Darah yang terkumpul dibelakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah (*retroplacenta pooling*) dalam ruang diantara dinding uterus dan permukaan dalam

plasenta melebihi kapasitas tampungnya, darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang lepas.¹⁸

4) Kala IV

Kala IV ditetapkan sebagai waktu dua jam setelah plasenta lahir lengkap, hal ini dimaksudkan agar dokter, bidan atau penolong persalinan masih mendampingi wanita setelah persalinan selama 2 jam (2 jam post partum). Dengan cara ini kejadian-kejadian yang tidak diinginkan karena perdarahan postpartum dapat dikurangi atau dihindarkan. Setelah kelahiran plasenta, periksa kelengkapan dari plasenta dan selaput ketuban. Jika masih ada sisa plasenta dan selaput ketuban yang tertinggal dalam uterus akan mengganggu kontraksi uterus sehingga menyebabkan perdarahan. Jika dalam waktu 15 menit uterus tidak berkontraksi dengan baik, maka akan terjadi atonia uteri. Oleh karena itu, diperlukan tindakan rangsangan taktil (*masase*) fundus uteri, dan bila perlu dilakukan kompresi bimanual.¹⁷

a) Pemeriksaan Serviks, Vagina dan Perineum

Untuk mengetahui apakah ada tidaknya robekan jalan lahir, periksa darah perineum, vagina dan vulva. Setelah bayi lahir, vagina akan mengalami peregangan, oleh kemungkinan edema dan lecet. Introitus vagina juga akan tampak terluka dan terbuka. Sedangkan vulva bisa berwarna merah, bengkak dan mengalami lecet.¹⁸

b) Pemantauan dan Evaluasi Lanjut

Sebagian besar kematian ibu pada periode pasca persalinan terjadi pada 6 jam pertama setelah persalinan. Kematian ini disebabkan oleh infeksi, perdarahan dan eklampsia. Oleh karena itu pemantauan selama dua jam pertama persalinan

postpartum sangat penting. Pemantauan dan evaluasi lanjut dapat berupa:¹⁸

- (1) Tanda Vital
- (2) Kontraksi Uterus
- (3) Lokea
- (4) Kandung Kemih
- (5) Perineum

f. Pelaksanaan Asuhan Persalinan Normal

Menurut Prawirohardjo (2014), asuhan persalinan normal terdiri atas 60 langkah antara lain:²²

1) Melihat Tanda dan Gejala Kala Dua

- a) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua
 - (1) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran
 - (2) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan/atau vagina.
 - (3) Perineum menonjol.
 - (4) Vulva-vagina dan sfingter anal terbuka.

2) Menyiapkan Pertolongan Persalinan

- b) Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Memetahkan ampul oksitosin 10 unit dan menenmpatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
- c) Mengenakan baju penutup atau celemek plastic yang bersih.
- d) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih dan mengalir dan mengertingkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
- e) Memakai satu sarung tangan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.

- f) Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik dan melatakkan kembali di partus set/ wadah desinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengontaminasi tabung suntik.
- 3) Memastikan pembukaan lengkap dengan janin baik
- g) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air desinfeksi tingkat tinggi.
 - h) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap lakukan amniotomi.
 - i) Mendekontaminasi sarung tangan dengan mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik.
 - j) Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-180 kali/menit).
- 4) Menyiapkan ibu dan keluarga untu membantu proses pimpinan meneran
- k) Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan se-suai dengan keinginannya.
 - l) Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran (Bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu keposisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).
 - m) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran

5) Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

- n) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- o) Letakkan kain bersih yang di lipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
- p) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- q) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

6) Lahirnya Kepala

- r) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering.
- s) Menyeka wajah, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih dengan lembut.
- t) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi.
- u) Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

7) Lahirnya Bahu

- v) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal.
- w) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
- x) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki serta pegang masing-masing kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya.

8) Penanganan Bayi Baru Lahir

- y) Lakukan penilaian dengan cepat (dalam 30 detik), penilaian berupa usaha nafas, tangisan dan tonus otot. Jika bayi tidak menangis, tidak bernafas atau menggap-mengap lakukan langkah resusitasi (lanjut kelangkah resusitasi pada asfiksia BBL).
- z) Segera bungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi.
- aa) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal)
- bb) Beritahu ibu bahwa ia akan di suntikkan oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
- cc) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menuntikkan oksitosin).
- dd) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong tali pusat kearah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
- ee) Pemotongan dan Pengikatan tali pusat
- ff) Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi, letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.
- gg) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi dikepala bayi.

9) Penanganan Tali Pusat Terkendali

- hh) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.

- ii) Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, ditepi atas simpisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.
- jj) Setelah uterus berkontraksi, regangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (*dorso cranial*) secara hati-hati (untuk mencegah inversi uteri).

10) Mengeluarkan Plasenta

- kk) Lakukan penegangan tali pusat dan dorongan *dorso carnial* hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti proses jalan lahir (tetap melakukan tekanan *dorso cranial*).
- ll) Saat plasenta muncul di intoitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah di sediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT/steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.

11) Pemijatan Uterus

- mm) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di undus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).

12) Menilai Perdarahan

- nn) Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastik dan tempat khusus.

- oo) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menimbulkan perdarahan aktif segera lakukan penjahitan.

13) Melakukan Prosedur Paca Persalinan

- pp) Menilai ulang uterus dan memastikannya dengan berkontraksi dengan baik.
- qq) Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air desinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
- rr) Menempatkan klem tali pusat desinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali tersebut dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
- ss) Mengikat satu lagi simpul mati di bagian ousat yang bersebrangan dengan simpul mati yang pertama.
- tt) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5%.
- uu) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
- vv) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
- ww) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam
- xx) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masasse uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
- yy) Mengevaluasi kehilangan darah.
- zz) Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.

14) Kebersihan dan Keamanan

- aaa) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
- bbb) Buang bahan – bahan yang terkontaminasi ke tempat yang sesuai.
- ccc) Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- ddd) Pastikan ibu merasa aman dan nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
- eee) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5 %
- fff) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 %, balik bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.
- ggg) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

15) Dokumentasi

Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

g. Faktor Persalinan Risiko Tinggi

- 1) Persalinan pada usia di atas 35 tahun atau di bawah 20 tahun.

Usia ibu merupakan salah satu faktor risiko yang berhubungan dengan kualitas persalinan. Usia yang paling aman atau bisa dikatakan waktu reproduksi sehat adalah antara umur 20 tahun sampai umur 35 tahun. Menurut Fitria, bahwa usia berisiko (kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun) memiliki risiko mengalami kejadian KPD sebesar 4,030 kali dibanding dengan usia 20-35 tahun.²³ Ibu yang melahirkan pada usia < 20 tahun atau >35 tahun beresiko untuk partus lama

sebesar 4.000 kali, dibandingkan dengan usia antara 20 – 35 tahun. Selain berisiko mengalami persalinan lama, usia ibu yang berisiko (<20 tahun atau >35 tahun) akan memiliki kecenderungan 11,995 kali terjadi pendarahan postpartum dibandingkan ibu yang berusia 20-35 tahun. Komplikasi tersebut mungkin dialami oleh ibu hamil pada usia tersebut dikarenakan organ jalan lahir sudah tidak lentur dan memungkinkan mengalami penyakit.^{24,25}

2) Persalinan pertama setelah 3 tahun atau lebih pernikahan

3) Persalinan kelima atau lebih

Paritas atau para adalah wanita yang pernah melahirkan dan di bagi menjadi beberapa istilah:

- a) Primipara yaitu wanita yang telah melahirkan sebanyak satu kali
- b) Multipara yaitu wanita yang telah melahirkan anak hidup beberapa kali, dimana persalinan tersebut tidak lebih dari lima kali
- c) Grandemultipara yaitu wanita yang telah melahirkan janin aterm lebih dari lima kali.

4) Persalinan dengan jarak antara di atas 5 tahun atau kurang dari 2 tahun.

Pada persalinan dengan jarak <2 tahun keadaan endometrium mengalami perubahan, perubahan ini berkaitan dengan persalinan sebelumnya yaitu timbulnya trombosis, degenerasi dan nekrosis di tempat implantasi plasenta

5) Tinggi badan ibu kurang dari 145 cm dan ibu belum pernah melahirkan bayi cukup bulan dan berat normal. Wanita bersalin yang mempunyai tinggi badan kurang dari 145 cm, memiliki resiko tinggi mengalami persalinan secara premature, karena lebih mungkin memiliki panggul yang sempit.

6) Persalinan dengan penyakit (hipertensi, Diabetes, Tiroid, Jantung, Paru, Ginjal, dan penyakit sistemik lainnya)

7) Persalinan dengan keadaan tertentu (Mioma uteri, kista ovarium)

Mioma uteri dapat mengganggu kehamilan dengan dampak berupa kelainan letak bayidan plasenta, terhalangnya jalan lahir, kelemahan pada saat kontraksi rahim, pendarahan yang banyak setelah melahirkan dan gangguan pelepasan plasenta, bahkan bisa menyebabkan keguguran

8) Persalinan dengan anemia (Hb kurang dari 10,5 gr %)

Anemia dalam kehamilan adalah suatu kondisi ibu dengan kadar nilai hemoglobin di bawah 11 gr% pada trimester satu dan tiga, atau kadar nilai hemoglobin kurang dari 10,5 gr% pada trimester dua. Perbedaan nilai batas diatas dihubungkan dengan kejadian hemodilusi.

h. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

Proses persalinan pada dasarnya merupakan suatu hal fisiologis yang dialami oleh setiap ibu bersalin, sekaligus merupakan suatu hal yang menakjubkan bagi ibu dan keluarga. Namun, rasa khawatir, takut maupun cemas akan muncul pada saat memasuki proses persalinan. Perasaan takut dapat meningkatkan respon fisiologis dan psikologis, seperti: nyeri, otot-otot menjadi tegang dan ibu menjadi cepat lelah, yang pada akhirnya akan menghambat proses persalinan.²⁶

Bidan sebagai pemberi asuhan dan pendamping persalinan diharapkan dapat memberikan pertolongan, bimbingan dan dukungan selama proses persalinan berlangsung. Asuhan yang mendukung selama persalinan merupakan standar pelayanan kebidanan. Yang dimaksud dengan asuhan mendukung adalah bersifat aktif dan ikut serta selama proses asuhan berlangsung.

Kebutuhan dasar ibu selama persalinan menurut Lesser dan Kenne meliputi:²⁶

- 1) Asuhan fisik dan psikologis
- 2) Kehadiran seorang pendamping secara terus-menerus
- 3) Pengurangan rasa sakit
- 4) Penerimaan atas sikap dan perilakunya
- 5) Informasi dan kepastian tentang hasil persalinan aman

Berdasarkan lima kebutuhan dasar ibu bersalin menurut Lesser dan Kenne, maka kebutuhan dasar ibu bersalin dapat dibedakan menjadi dua topik materi, yaitu kebutuhan dasar fisiologis dan kebutuhan dasar psikologis. Materi tersebut perlu dikuasai bidan sebagai pemberi asuhan dan pendamping persalinan, sehingga dapat mendukung proses persalinan yang aman dan fisiologis, untuk mengurangi angka morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi atau kerap disebut dengan asuhan sayang ibu (*safe motherhood*).²⁶

5. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

Bayi baru lahir merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterine. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2.500-4.000 gram, panjang lahir 48 – 52 cm, lingkar dada 30 – 38 cm, lingkar kepala 33 – 35 cm, lingkar lengan 11 – 12 cm, frekuensi denyut jantung 120 – 160 kali/menit, kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup, rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai APGAR >7, gerakan aktif, bayi langsung menangis kuat, genetalia pada laki-laki kematangan ditandai

dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang sedangkan genetalia pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uterus yang berlubang labia mayora menutup labia minora, refleks rooting (mencari puting susu) terbentuk dengan baik, refleks sucking sudah terbentuk dengan baik, refleks grasping sudah baik, eliminasi baik, urin dan meconium keluar dalam 24 jam pertama.²⁷

b. Penanganan Bayi Baru Lahir

Perawatan bayi baru lahir yaitu sebagai berikut.²⁸

- 1) Penilaian yaitu apakah bayi cukup bulan, air ketuban jernih, mekonium, bayi menangis atau bernafas, dan tonus otot baik.
- 2) Asuhan bayi baru lahir normal
 - a) Jaga kehangatan
 - b) Bersihkan jalan nafas (bila perlu)
 - c) Keringkan dan jaga kehangatan
 - d) Potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira dua menit setelah lahir
 - e) Lakukan Inisiasi Menyusi Dini (IMD) dan kontak kulit bayi dengan kulit ibu
 - f) Beri salep mata
 - g) Berikan suntikan vitamin K uniject 0,5 ml secara intramuskular (IM) di paha kiri antrolateral setelah IMD.
 - h) Berikan imunisasi hepatitis B uniject 0,5 ml secara intramuskular (IM), kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vitamin K atau 0-7 hari sesuai pedoman buku KIA.

c. Penilaian Bayi Baru Lahir

Segera setelah bayi baru lahir jaga kehangatan bayi dan lakukan penilaian pada bayi yaitu nafas bayi dan tonus otot bayi. Asuhan bayi baru lahir normal diberikan pada bayi dengan kondisi umur

cukup bulan, berat lahir 2.500-4.000 gram, bayi segera menangis, kulit kemerahan, tonus otot baik, dan tidak ada cacat bawaan.²⁹

Untuk semua BBL, lakukan penilaian awal dengan menjawab 4 pertanyaan:¹⁴

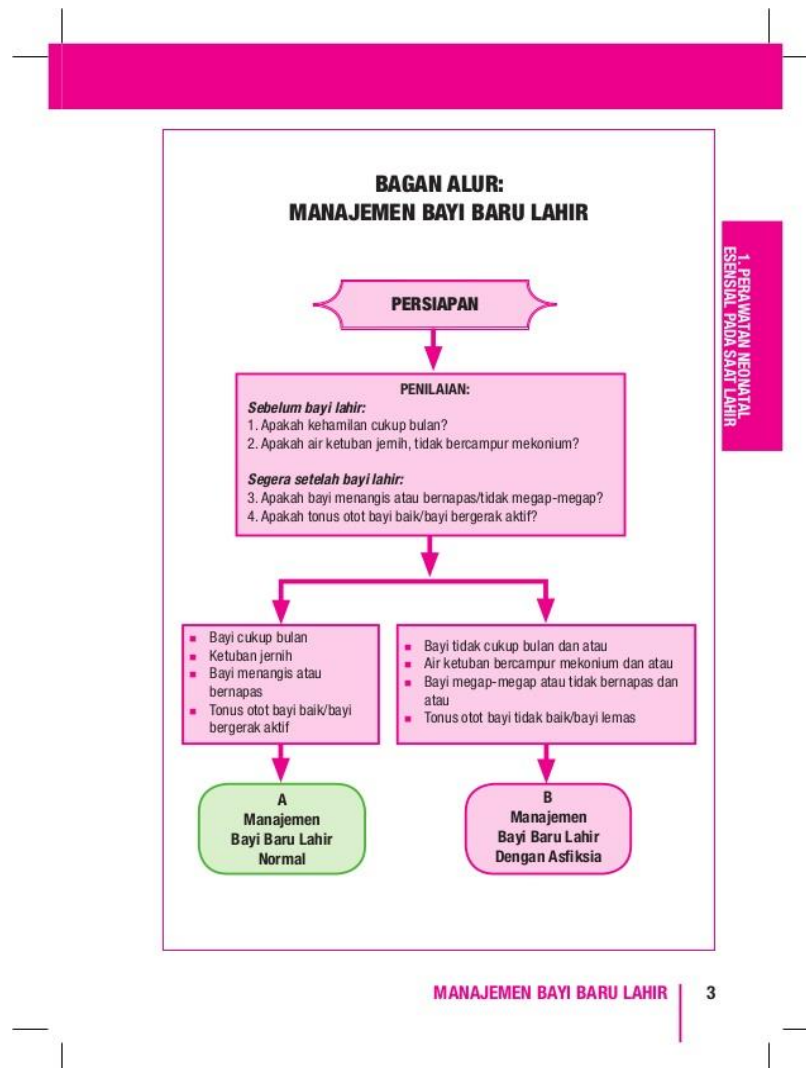
Sebelum bayi lahir:

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

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

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

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

Gambar 1. Alur Manajemen Bayi Baru Lahir¹⁴

Sesuai bagain tersebut maka didapatkan penilaian bayi baru lahir (APGAR Skor) yang dikategorikan sebagai berikut:

- 1) Nilai 7-10 : bayi normal
 - 2) Nilai 4-6 : bayi asfiksia ringan-sedang
 - 3) Nilai 0-3 : bayi asfiksia berat
- d. Pemantauan Bayi Baru Lahir

Pemantauan bayi baru lahir adalah untuk mengetahui aktivitas bayi normal atau tidak dan identifikasi masalah kesehatan bayi baru lahir yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan

serta tindak lanjut petugas kesehatan. Pada 2 jam pertama sesudah kelahiran, hal-hal yang perlu dinilai waktu pemantauan bayi pada jam pertama sesudah kelahiran, meliputi:¹

- 1) Kemampuan menghisap bayi kuat atau lemah
- 2) Bayi tampak aktif atau lunglai
- 3) Bayi kemerahan atau biru
- 4) Sebelum penolong persalinan meninggalkan ibu dan bayi

Penolong persalinan melakukan pemeriksaan dan penilaian terhadap ada tidaknya masalah kesehatan yang memerlukan tindak lanjut, seperti: bayi kecil untuk masa kehamilan atau kurang bulan, gangguan pernafasan, hipotermi, infeksi, cacat bawaan atau trauma lahir.

e. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Tanda-tanda bahaya yang perlu diwaspadai pada bayi baru lahir adalah sulit menyusu, letargi (tidur terus sehingga tidak menyusu), demam (suhu badan $>38^{\circ}\text{C}$ atau hipotermi $<36^{\circ}\text{C}$), tidak BAB atau BAK setelah 3 hari lahir (kemungkinan bayi mengalami atresia ani), tinja lembek, hijau tua, terdapat lendir atau darah pada tinja, sianosis (biru) atau pucat pada kulit atau bibir, adanya memar, warna kulit kuning (ikterus) terutama dalam 24 jam pertama, muntah terus menerus dan perut membesar, kesulitan bernafas, mekonium cair berwarna hijau gelap dengan lendir atau darah tali pusat merah.¹

6. Konsep Dasar Nifas

a. Pengertian

Masa nifas adalah masa segera setelah kelahiran sampai 6 minggu. Selama masa ini, saluran reproduktif anatominya kembali ke keadaan tidak hamil yang normal.³⁰ Selama masa pemulihan alat-alat kandungan berlangsung, ibu akan mengalami banyak

perubahan baik secara fisik maupun psikologis, sebenarnya sebagian besar bersifat fisiologis, namun jika tidak dilakukan pendampingan melalui asuhan kebidanan maka tidak menutup kemungkinan akan terjadi keadaan patologis.³¹ Masa nifas adalah masa 2 jam setelah kelahiran plasenta sampai 6 minggu setelah persalinan. Pada masa ini alat-alat reproduktif anatominya kembali ke keadaan sebelum hamil. Ibu akan mengalami banyak perubahan baik fisik maupun psikologis selama masa nifas.

b. Tahapan Masa Nifas

Masa nifas menurut Kemenkes RI (2015) terbagi menjadi tiga periode yaitu:³²

1) Periode pasca salin segera (*immediate postpartum*) 0-24 jam.

Masa 2 jam setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya perdarahan karena atonia uteri. Oleh sebab itu, tenaga kesehatan harus dengan teratur melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran *lochea*, tekanan darah, dan suhu.

2) Periode pasca salin awal (*early post partum*) 24 jam – 1 minggu.

Pada periode ini tenaga kesehatan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak ada demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui bayinya dengan baik.

3) Periode pasca salin lanjut (*late postpartum*) 1 minggu – 6 minggu

Pada periode ini tenaga kesehatan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB.

c. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1) Uterus

Involusi uterus merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Dengan involusi uterus ini, lapisan luar dari decidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi necrotic (layu/mati). Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana tinggi fundus uteri (TFU).³¹

Tabel 1. Involusi Uteri

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: Boston, 2011

2) Lokhea

Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lokhea berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita. Lokhea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lokhea mempunyai perubahan warna dan volume karena adanya proses involusi. Lokhea dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya:³¹

a) Lokhea rubra/merah

Lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa nifas. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan mekonium.

b) Lokhea sanguinolenta

Lokhea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 masa nifas.

c) Lokhea serosa

Lokhea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14 masa nifas.

d) Lokhea alba/putih

Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lokhea alba ini dapat berlangsung selama minggu ke 2-6 masa nifas.

Bila terjadi infeksi, akan keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan lokhea purulenta. Pengeluaran lokhea yang tidak lancar disebut dengan lokhea statis.³¹

3) Serviks

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi dilahirkan, tangan pemeriksa masih dapat dimasukkan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk. Segera setelah bayi dilahirkan, tangan pemeriksa masih dapat dimasukkan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk.³³

4) Vulva, Vagina dan Perineum

Berkurangnya sirkulasi progesteron membantu pemulihan otot panggul, perineum, vagina, dan vulva kearah elastisitas dari ligamentum otot rahim. Merupakan proses yang bertahap akan berguna jika ibu melakukan ambulansi dini dan senam serviks.³⁴

Pada awal masa nifas, vagina dan muara vagina membentuk suatu lorong luas berdinding licin yang berangsur-angsur mengecil ukurannya tetapi jarang kembali ke bentuk *nullipara. Rugae* mulai tampak pada minggu ketiga.

Beberapa laserasi superficial pada vagina umumnya tidak seberapa luas dan akan sembuh secara perpriman (sembuh dengan sendirinya) dan akan sembuh relatif lebih cepat. Laserasi perineum sembuh pada hari ke-7 masa nifas dan otot perineum akan pulih pada hari ke 5-6 masa nifas.³⁴

5) Sistem Pencernaan

Pasca melahirkan, biasanya ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk mengkonsumsi makanan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.³⁰

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa nifas, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, haemoroid ataupun laserasi jalan lahir. Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain: pemberian diet/makanan yang mengandung serat, pemberian cairan yang cukup, pengetahuan tentang pola eliminasi pasca melahirkan, pengetahuan tentang perawatan luka jalan lahir.³⁰

6) Sistem Perkemihan

Ibu postpartum dianjurkan segera buang air kecil, agar tidak mengganggu proses involusi uteri dan ibu merasa nyaman.³⁰

7) Tanda-tanda Vital

Pada masa nifas, tanda-tanda vital yang harus dikaji menurut Marmi (2014) antara lain:³⁵

a) Suhu Tubuh

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2°C pasca melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang lebih 0,5°C dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan ini akibat dari kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan maupun kelelahan. Kurang lebih pada hari ke-4 post partum, suhu badan akan naik lagi. Apabila kenaikan suhu di atas 38°C, waspada terhadap infeksi post partum.³⁵

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa adalah 60-80 kali per menit. Pasca melahirkan, denyut nadi dapat menjadi bradikardi maupun lebih cepat. Denyut nadi melebihi 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum.³⁵

c) Tekanan Darah

Tekanan darah adalah tekanan yang dialami darah pada pembuluh arteri ketika darah dipompa oleh jantung ke seluruh anggota tubuh manusia. Tekanan darah normal manusia adalah sistolik antara 90-120 mmHg dan diastolic 60-80 mmHg. Pasca melahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah. Perubahan tekanan darah menjadi lebih rendah pasca melahirkan dapat diakibatkan oleh perdarahan. Sedangkan tekanan darah tinggi pada post partum merupakan tanda terjadinya preeklamsi post partum.³⁵

d) Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16-24 kali per menit. Pada ibu post partum umumnya

pernafasan lambat atau normal. Hal ini dikarenakan ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.³⁵

d. Adaptasi Psikologis Ibu Nifas

Reva Rubin membagi periode ini menjadi 3 bagian, antara lain:

1) Fase *Taking In*

Fase ini merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur, kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi.³⁴

2) Fase *Taking Hold*

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab akan perawatan bayinya.³⁴

3) Fase *Letting Go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya.

e. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

1) Nutrisi dan Cairan

Anjuran pemenuhan gizi ibu menyusui antara lain mengkonsumsi tambahan kalori tiap hari sebanyak 500 kalori. Makan dengan diet berimbang, cukup protein, mineral, dan

vitamin. Mengonsumsi tablet zat besi selama masa nifas. Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.³¹ Ibu nifas dan menyusui memerlukan makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, dan buah-buahan. Ibu menyusui sedikitnya minum 3-4 liter setiap hari (anjurkan ibu minum setiap kali selesai menyusui). Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama minimal adalah 14 gelas (setara 3-4 liter) perhari, dan pada 6 bulan kedua adalah minimal 12 gelas (setara 3 liter).

2) Ambulasi Dini

Lakukan ambulasi dini pada ibu nifas dua jam setelah persalinan normal, sedangkan pada ibu nifas dengan partus sectio caesarea ambulasi dini dilakukan paling tidak setelah 12 jam masa nifas setelah ibu sebelumnya istirahat (tidur). Tahap ambulasi dini dapat dilakukan dengan miring kiri atau kanan terlebih dahulu, kemudian duduk dan apabila ibu sudah cukup kuat berdiri maka ibu dianjurkan untuk berjalan.³⁴

3) Kebutuhan Eliminasi

Ibu harus berkemih spontan dalam 6-8 jam masa nifas. Sebaiknya pada hari kedua nifas ibu sudah bisa buang air besar, jika sudah hari ketiga ibu masih belum bisa BAB, ibu bisa menggunakan pencahar berbentuk supositoria sebagai pelunak tinja.³⁴

4) Kebersihan Diri

Untuk mencegah terjadinya infeksi baik pada luka jahitan dan maupun kulit anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan seluruh tubuh. Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan arah sapuan dari depan

terlebih dahulu kemudian ke belakang menggunakan sabun dan air. Sarankan ibu untuk mengganti pembalut setidaknya empat kali sehari.²²

5) Istirahat

Ibu nifas sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Keluarga disarankan untuk memberikan kesempatan kepada ibu dan beristirahat yang cukup sebagai persiapan energi menyusui bayinya nanti.³¹

6) Seksual

Secara fisik aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya dan agama yang melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah kelahiran. Keputusan bergantung pada pasangan yang bersangkutan.²²

7) Keluarga Berencana

Idealnya pasangan harus menunggu sekurang-kurangnya 2 tahun sebelum ibu hamil kembali. Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki. Meskipun beberapa metode KB mengandung resiko, menggunakan kontrasepsi tetap lebih aman, terutama apabila ibu sudah haid lagi.²²

f. Program dan Kebijakan Masa Nifas

Paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi. Berikut pembagian kunjungan masa nifas menurut Kemenkes (2013) yaitu:³⁶

Tabel 2. Kunjungan Massa Nifas

Kunjungan	Waktu	Asuhan
I	6-8 jam post partum	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mencegah perdarahan masa nifas oleh atonia uteri 2) Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut 3) Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri 4) Memberikan ASI awal 5) Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir 6) Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi 7) Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik
II	6 hari post partum	<ol style="list-style-type: none"> 1) Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikis, tidak ada perdarahan abnormal 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan 3) Memastikan ibu dapat istirahat dengan cukup 4) Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan 5) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui 6) Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir
III	2 minggu post partum	Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum
IV	6 minggu post partum	<ol style="list-style-type: none"> 1) Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas 2) Memberikan konseling KB secara dini

Sumber: Kemenkes, (2013).

8) Kewenangan Bidan pada Masa Nifas

Berdasarkan KMK 320 tahun 2020 tentang standar profesi bidan, lingkup asuhan kebidanan yang merupakan wewenang bidan yaitu:³⁷

- 1) Mengidentifikasi masalah dan gangguan pada masa nifas
- 2) KIE tanda bahaya nifas
- 3) Pemeriksaan terfokus pada ibu nifas
- 4) Konseling ibu nifas dengan gangguan psikologis
- 5) Melakukan edukasi tentang menyusui
- 6) Pijat oksitosin
- 7) Tatalaksana pada ibu menyusui
- 8) Pemeriksaan involusi
- 9) Perawatan payudara
- 10) Perah ASI
- 11) Tata laksana pengelolaan ASI
- 12) Perawatan luka operasi sesar
- 13) Senam nifas
- 14) Pemberian suplemen vitamin dan mineral
- 15) Perawatan hematoma jalan lahir
- 16) Dukungan psikososial pada ibu yang kehilangan bayiidentifikasi komplikasi pada masa nifas
- 17) Edukasi tentang masalah masanifas
- 18) Mengidentifikasi masalah seksualitas pascanifas
- 19) Pemeriksaan pada kunjungan nifas sesuai standar
- 20) Konseling keluarga berencana
- 21) Tatalaksana awal kasus kegawatdaruratan pada masa nifas

Bidan dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan ibu pada Pasal 46 Berdasarkan UU No 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan. bidan berwenang memberikan asuhan kebidanan pada masa nifas, melakukan pertolongan pertama

keawatdaruratan nifas dan melakukan deteksi dini kasus risiko dan komplikasi pada masa nifas dan dilanjutkan dengan rujukan.³⁸

g. Proses Laktasi dan Menyusui

Laktasi adalah keseluruhan proses menyusui mulai dari Air Susu Ibu (ASI) diproduksi sampai proses bayi menghisap dan menelan ASI. Masa laktasi mempunyai tujuan meningkatkan pemberian ASI eksklusif dan meneruskan pemberian ASI sampai anak umur 2 tahun secara baik dan benar serta anak mendapatkan kekebalan tubuh secara alami.

1) Fisiologi Laktasi

Selama kehamilan, hormon prolaktin dari plasenta meningkat tetapi ASI biasanya belum keluar karena masih dihambat oleh kadar ekstrogen yang tinggi. Pada hari kedua atau ketiga pasca persalinan, kadar estrogen dan progesteron turun drastis, sehingga pengaruh prolaktin lebih dominan dan pada saat inilah mulai terjadi sekresi ASI. Dengan menyusukan lebih dini terjadi perangsangan puting susu, terbentuklah prolaktin oleh hipofisis, sehingga sekresi ASI semakin lancar. Dua refleks pada ibu yang sangat penting dalam proses laktasi yaitu reflek prolaktin dan refleks aliran timbul akibat perangsangan puting susu oleh hisapan bayi.

a) Refleks Prolaktin

Sewaktu bayi menyusui, ujung saraf peraba yang terdapat pada puting susu terangsang. Rangsangan tersebut oleh serabut afferent dibawa ke hipotalamus di dasar otak, lalu memacu hipofise anterior untuk mengeluarkan hormon prolaktin memacu sel kelenjar (alveoli) untuk memproduksi air susu. Jumlah prolaktin yang disekresi dan jumlah susu

yang diproduksi berkaitan dengan stimulus isapan, yaitu frekuensi, intensitas dan lamanya bayi menghisap.

b) Refleks Aliran (*Let Down Reflex*)

Rangsangan yang ditimbulkan oleh bayi saat menyusui selain mempengaruhi hipofise anterior mengeluarkan hormon prolaktin juga mempengaruhi hipofise posterior mengeluarkan hormon oksitosin. Dimana setelah oksitosin dilepas kedalam darah akan mengacu otot-otot polos yang mengelilingi alveoli dan duktulus berkontraksi sehingga memeras air susu dari alveoli, duktulus, dan sinus menuju puting susu.³⁹

Refleks *let-down* dapat dirasakan sebagai sensasi kesemutan atau dapat juga ibu merasakan sensasi apapun. Tanda-tanda lain dari *let-down* adalah tetesan pada payudara lain yang sedang dihisap oleh bayi. Refleks ini dipengaruhi oleh kejiwaan ibu.³⁹

2) Mekanisme Menyusui

a) Refleks mencari (*rooting reflex*)

Payudara ibu menempel pada pipi atau daerah sekeliling mulut merupakan rangsangan yang menimbulkan refleks mencari pada bayi. Keadaan ini menyebabkan kepala bayi berputar menuju puting susu yang menempel tadi diikuti dengan membuka mulut dan kemudian puting susu ditarik masuk kedalam mulut.

b) Refleks menghisap (*sucking reflex*)

Puting susu yang sudah masuk ke dalam mulut dengan bantuan lidah ditarik lebih jauh dan rahang menekan kalang payudara di belakang puting susu yang pada saat itu sudah terletak pada langit-langit keras. Tekanan bibir dan gerakan rahang yang terjadi secara berirama membuat gusi

akan menjepit kalang payudara dan sinus laktiferus sehingga air susu akan mengalir ke puting susu, selanjutnya bagian belakang lidah menekan puting susu pada langit-langit yang mengakibatkan air susu keluar dari puting susu.

c) Refleks menelan (*swallowing reflex*)

Pada saat air susu keluar dari puting susu, akan disusul dengan gerakan mengisap yang ditimbulkan oleh otot-otot pipi sehingga pengeluaran air susu akan bertambah dan diteruskan dengan mekanisme menelan masuk ke lambung.³⁹

3) Manfaat Pemberian ASI

ASI adalah makanan yang baik untuk bayi. ASI hanya memberikan manfaat untuk bayi saja, melainkan untuk ibu, keluarga, dan negara. Manfaat ASI untuk bayi menurut Dewi, V.N.L. & Tri S. (2014) adalah sebagai berikut:⁴⁰

a) Nutrien (zat gizi) dalam ASI sesuai dengan kebutuhan bayi.

Zat gizi yang terdapat dalam ASI antara lain: lemak, karbohidrat, protein, garam, mineral, serta vitamin. ASI memberikan seluruh kebutuhan nutrisi dan energi selama 1 bulan pertama, separuh atau Nutrien (zat gizi) dalam ASI sesuai dengan kebutuhan bayi. lebih nutrisi selama 6 bulan kedua dalam tahun pertama, dan 1/3 nutrisi atau lebih selama tahun kedua.

b) ASI mengandung zat protektif, maka bayi jarang mengalami sakit.

c) Mempunyai efek psikologis yang menguntungkan bagi ibu dan bayi. Pada saat bayi kontak kulit dengan ibunya, maka akan timbul rasa aman dan nyaman bagi bayi. Perasaan ini sangat penting untuk menimbulkan rasa percaya (*basic sense of trust*).

- d) Menyebabkan pertumbuhan dan perkembangan bayi menjadi baik. Hal ini dapat dilihat dari kenaikan berat badan bayi dan kecerdasan otak baik.
- e) Mengurangi kejadian caries dentis.

Insiden caries dentis pada bayi yang mendapat susu formula jauh lebih tinggi dibandingkan dengan bayi yang mendapat ASI. Kebiasaan menyusu dengan botol atau dot akan menyebabkan gigi lebih lama kontak dengan susu formula sehingga gizi menjadi lebih asam.

- f) Mengurangi kejadian maloklusi.

Penyebab maloklusi rahang adalah kebiasaan lidah yang mendorong ke depan akibat menyusu dengan botol dan dot.⁴⁰

4) ASI Eksklusif

Berdasarkan PP No. 33 tahun 2012 tentang pemberian ASI Eksklusif. Peraturan pemerintah ini mengatur pemberian asi eksklusif yang bertujuan menjamin pemenuhan hak bayi untuk mendapatkan ASI Eksklusif sejak dilahirkan sampai dengan berusia 6 (enam) bulan dengan memperhatikan pertumbuhan dan perkembangannya. ASI adalah suatu emulsi lemak dalam larutan protein, laktosa dan garam organik yang disekresi oleh kedua kelenjar payudara dan merupakan makanan yang terbaik bagi bayi. ASI Eksklusif adalah bayi hanya diberi ASI saja selama 6 bulan tanpa tambahan cairan lain seperti susu formula, jeruk, madu, air the, air putih serta tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, bubur susu, biscoit, bubur nasi dan nasi tim kecuali obat maupun vitamin sesuai anjuran dokter. Selain memenuhi semua kebutuhan makanan bayi baik gizi, imunologi ASI memberi kesempatan bagi ibu untuk mencurahkan kasih sayang serta perlindungan bagi bayi yang tidak dapat dialihkan

kepada siapapun. ASI eksklusif diberikan sejak 0-6 bulan. Setelah 6 bulan baru mulai diberikan makanan pendamping ASI (MPASI). ASI dapat diberikan sampai anak berusia 2 tahun atau lebih.⁴¹

7. Konsep Dasar Neonatus

a. Pelayanan Kesehatan Neonatus

Pelayanan kesehatan neonatus adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus sedikitnya 3 kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir, baik di fasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan rumah.⁴²

1) Pelaksanaan pelayanan neonatal adalah :

- a) Kunjungan Neonatal ke-1 (KN1) dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir. Hal yang dilaksanakan adalah:
 - (1) Jaga kehangatan tubuh bayi
 - (2) Berikan ASI eksklusif
 - (3) Rawat tali pusat
- b) Kunjungan Neonatal ke-2 (KN2) dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke-7 setelah lahir.
 - (1) Jaga kehangatan tubuh bayi
 - (2) Berikan ASI eksklusif
 - (3) Cegah infeksi
 - (4) Rawat tali pusat
- c) Kunjungan Neonatal ke-3 (KN3) dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir. Periksa ada atau tidaknya tanda bahaya atau gejala sakit, lakukan
 - (1) Jaga kehangatan tubuh bayi
 - (2) Berikan ASI eksklusif
 - (3) Rawat tali pusat

b. Perawatan Neonatus yaitu: ⁴²

1) Meningkatkan Hidrasi dan Nutrisi yang Adekuat untuk Bayi

Metode yang dipilih ibu untuk memberi susu kepada bayinya harus dihargai oleh semua yang terlibat dan ibu harus didukung dalam upayanya untuk memberikan susu kepada bayinya. Akan tetapi, manfaat ASI untuk semua bayi, terutama bayi prematur dan bayi sakit diketahui dengan baik. Biasanya kalkulasi kebutuhan cairan dan kalori tidak diperlukan pada bayi cukup bulan yang sehat, terutama untuk bayi yang mendapat ASI. Pengkajian mengenai apakah bayi mendapatkan kebutuhannya dengan cukup diperkirakan dengan seberapa baik bayi menoleransi volume susu, seberapa sering bayi minum susu, apakah haluan feses dan urinya normal, apakah bayi menjadi tenang untuk tidur setelah minum susu dan bangun untuk minum susu berikutnya.

2) Memperhatikan Pola Tidur dan Istirahat

Tidur sangat penting bagi neonatus dan tidur dalam sangat bermanfaat untuk pemulihan dan pertumbuhan. Bayi cukup bulan yang sehat akan tidur selama sebagian besar waktu dalam beberapa hari pertama kehidupan, bangun hanya untuk minum susu.

3) Meningkatkan Pola Eliminasi yang Normal

Jika diberi susu dengan tepat, bayi harus berkemih minimal enam kali dalam setiap 24 jam dengan urin yang berwarna kuning kecoklatan dan jernih. Penurunan haluaran urin atau aliran urin yang berkaitan dengan bayi yang letargi, menyusu dengan buruk, mengalami peningkatan ikterus atau muntah harus diperiksa karena infeksi saluran kemih dan abnormalitas kongenital pada saluran genitourinari biasa terjadi.

Dengan menganggap bahwa bayi diberi susu dengan tepat, warna dan konsistensi feses akan berubah, menjadi lebih terang, lebih berwarna kuning-hijau dan kurang lengket di bandingkan mekonium. Setiap gangguan pada pola ini atau dalam karakteristik feses harus diperiksa dan penyebabnya ditangani, abnormalitas pada saluran GI, seperti stenosis atau atresia, malrotasi, volvulus, atau anus imperforata, akan memerlukan intervensi pembedahan.

4) Meningkatkan Hubungan Interaksi antara Orang Tua dan Bayi

Meningkatkan interaksi antara bayi dan orang tua agar terciptanya hubungan yang kuat sehingga proses laktasi dan perawatan bayi baru lahir dapat terlaksana dengan baik. Orang tua memiliki pengalaman yang bervariasi dalam merawat bayi. Untuk orang tua yang tidak berpengalaman ada banyak literatur yang siap sedia dalam bentuk cetakan atau di internet, dan ada persiapan pranatal untuk kelas menjadi orang tua yang dapat diakses untuk orang tua untuk mengembangkan beberapa pemahaman mengenai perawatan bayi.⁴²

8. Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Pengertian

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

b. Tujuan Program KB

Tujuan dilaksanakan program KB yaitu untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh

suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya,

c. Metode Kontrasepsi

Ada berbagai metode kontrasepsi yaitu sebagai berikut:⁴³

1) KB alami

a) Metode Amenore Laktasi (MAL)

Kontrasepsi MAL mengandalkan air susu ibu (ASI) eksklusif untuk menekan ovulasi. Resiko kehamilan tinggi bila ibu tidak menyusui bayinya secara benar. Bila dilakukan secara benar, resiko kehamilan kurang dari 1 antara 100 ribu dalam 6 bulan setelah persalinan.

b) Metode kalender

Merupakan metode alamiah dengan menghindari senggama pada masa subur, tidak ada efek samping, tidak perlu biaya tetapi memerlukan perhitungan yang cermat, kadang sulit diterapkan pada ibu yang siklus haidnya tidak teratur.

c) Senggama terputus

Metode keluarga berencana yang tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi.

2) Metode kontrasepsi penghalang

a) Kondom

Kondom menghalang terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma diujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan. Keberhasilan sangat dipengaruhi cara penggunaan, harus disiapkan sebelum berhubungan seksual.⁴³

b) Diafragma

Diafragma adalah kap berbentuk cembung, terbuat dari lateks (karet) yang dimasukkan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup servik sehingga sperma tidak dapat mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba fallopi).

3) Metode kontrasepsi hormonal

KB Hormonal adalah metode kontrasepsi yang mengandung hormon estrogen, progesteron maupun kombinasi keduanya. Adapun macam-macam jenis kontrasepsi hormonal yang ada antara lain:⁴³

a) Kontrasepsi Hormonal Kombinasi terdapat 2 jenis yaitu:

(1) Pil

Kontrasepsi ini terbagi atas 2 jenis, yang pertama yaitu pil yang mengandung 2 hormon yaitu hormon levonorgestrel dan etinil estradiol (Andalan pil KB, Microgynon).

(2) Suntik Kombinasi

Disuntikkan secara IM, diberikan setiap 1 bulanan dan mengandung 2 hormon, Sangat efektif (terjadi kegagalan 0,1-0,4 kehamilan per 100 perempuan). Jenisnya ada 3 yaitu cyclofem sebanyak 1 cc, sedangkan Gestin F2 sebanyak 1,5 cc, tetapi kalau cyclogeston sebanyak 1 cc.

b) Kontrasepsi Hormonal Progestin terdapat 3 jenis:

(1) Suntik Progestin

Suntikan progestin mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga penetrasi sperma terganggu, menjadikan selaput rahim tipis dan atrofi dan menghambat transportasi gamet oleh tuba. Suntikan diberikan 3 bulan sekali.

(2) Pil Progestin (minipil)

Cocok untuk semu ibu menyusui, dosis rendah, tidak menurunkan produksi ASI, tidak memberikan efek samping estrogen, sepoting dan perdrahan tidak teratur, dapat di pakai sebagai kondar.

(3) Implan / Susuk

Merupakan metode kontrasepsi efektif yang dapat memberi perlindungan 5 tahun untuk Norplant, 3 tahun untuk Jadena, Indoplant atau Implanon.⁴³

4) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

AKDR atau kerap disebut dengan IUD (*Intra Uterine Device*) adalah suatu alat atau benda yang dimasukkan kedalam rahim yang sangat efektif, reversible, dan berjangka panjang dapat di pakai oleh semua perempuan berusia reproduktif. IUD merupakan alat kecil berbentuk seperti huruf T yang lentur dan diletakkan dalam rahim untuk mencegah kehamilan, efek kontrasepsi didapatkan dari lilitan tembaga yang ada di badan IUD.

5) Kontrasepsi Mantab

a) Tubektomi

Menutup tuba fallopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum, kontrasepsi ini untuk menghentikan kesuburan wanita secara permanen.⁴⁴

b) Vasektomi

Menghentikan kapasitas reproduksi pria melakukan *oklusivas deferens* sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi tidak terjadi. Metode ini menghentikan kesuburan pada pria secara permanen.