

BAB II

KAJIAN KASUS DAN KAJIAN TEORI

A. Kajian Kasus

1. Asuhan Kebidanan Kehamilan

Pengkajian dilakukan dengan melakukan pengenalan awal ke pasien dimulai sejak pengambilan data awal di Puskesmas Turi pada tanggal 26 Februari 2026. Pengkajian tidak hanya dilakukan secara langsung dengan kunjungan rumah tetapi juga dilakukan secara *online* menggunakan media *WhatsApp*. Jenis data yang digunakan yaitu data primer dari hasil anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang, serta data sekunder yang diperoleh melalui buku KIA.

a. Pengkajian ke-1 (26 Februari 2026)

Ny. H usia 31 tahun G2P1AB0AH1 dengan usia kehamilan 38 minggu 4 hari datang ke Puskesmas Turi pada 26 Februari 2026 untuk kontrol rutin kehamilan dengan keluhan perut mulai terasa kencang 3–5 kali sehari. Kehamilan merupakan kehamilan kedua dengan jarak 13 tahun dari persalinan sebelumnya dan tidak ada riwayat keguguran. Riwayat kesehatan ibu baik tanpa penyakit menular maupun menahun, namun terdapat paparan asap rokok dari suami. Pola nutrisi, eliminasi, aktivitas, dan personal hygiene dalam batas cukup baik, serta kondisi psikososial mendukung kehamilan. Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum baik, tanda vital dalam batas normal, IMT ibu *overweight*, LILA 27 cm, dan tidak ditemukan edema. Pemeriksaan obstetri menunjukkan janin tunggal hidup intrauterin dengan presentasi kepala, punggung di kanan, bagian terendah belum masuk panggul, DJJ 134 x/menit, TFU 32 cm dengan taksiran berat janin sekitar 3100 gram, serta tidak ada his saat pemeriksaan. Pemeriksaan penunjang dalam batas normal, termasuk Hb 13,4 gr/dL dan hasil USG sesuai usia kehamilan. Diagnosis ditegakkan sebagai

kehamilan normal trimester III, masalah yang dihadapi ini termasuk kehamilan risiko tinggi, yaitu space >10 tahun. Penatalaksanaan yang diberikan meliputi edukasi tentang kondisi ibu dan janin, pemenuhan nutrisi dan cairan, bahaya asap rokok, tanda bahaya kehamilan trimester III dan tanda persalinan, persiapan persalinan, aktivitas fisik ringan, pemantauan gerakan janin, istirahat cukup, konseling KB, serta pemberian suplemen kalsium dan multivitamin. Ibu dan keluarga memahami serta bersedia mengikuti anjuran, dengan rencana persalinan di Puskesmas Turi dan kontrol ulang pada 4 Maret 2026.

b. Pengkajian ke-2 (04 Maret 2026)

Ny. H usia 31 tahun G2P1AB0AH1 dengan usia kehamilan 39 minggu 3 hari datang untuk pemeriksaan dengan keluhan kencangkencang yang semakin sering sekitar 8 kali sehari. Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, tanda vital dalam batas normal, LILA 28 cm, dan tidak terdapat edema. Pemeriksaan obstetri menunjukkan janin tunggal hidup intrauterin dengan presentasi kepala, punggung di kanan, bagian terendah belum masuk panggul, DJJ 138 x/menit, TFU 33 cm dengan taksiran berat janin sekitar 3255 gram. Kondisi ibu dan janin dinilai dalam keadaan baik dengan kehamilan normal tanpa masalah, dan kontraksi yang dirasakan belum adekuat sebagai tanda persalinan aktif. Penatalaksanaan yang diberikan meliputi pemberian informasi hasil pemeriksaan, edukasi agar ibu tidak panik terhadap kencangkencang yang masih belum teratur, evaluasi serta anjuran peningkatan asupan nutrisi, pengurangan konsumsi kopi dan teh, serta istirahat yang cukup. Ibu juga dianjurkan untuk tetap memantau gerakan janin minimal 10 kali dalam 12 jam, memahami tanda-tanda persalinan sesuai buku KIA, serta melanjutkan konsumsi kalsium dan multivitamin. Ibu memahami seluruh anjuran yang diberikan dan direncanakan kontrol ulang pada 11 Maret 2026.

c. Pengkajian ke-3 (11 Maret 2026)

Ny. H usia 31 tahun G2P1AB0AH1 dengan usia kehamilan 40 minggu 3 hari datang dengan keluhan kencang-kencang yang semakin sering sekitar 8 kali sehari. Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, serta tanda vital dalam batas normal. Pemeriksaan fisik tidak ditemukan edema, dan pada pemeriksaan obstetri didapatkan janin tunggal hidup intrauterin dengan presentasi kepala, punggung di kanan, bagian terendah belum masuk panggul, DJJ 121 x/menit, TFU 34 cm dengan taksiran berat janin sekitar 3410 gram. Kondisi ibu dan janin dinilai dalam keadaan baik dengan kehamilan normal tanpa masalah, dan kontraksi yang dirasakan masih belum adekuat sebagai tanda persalinan aktif. Penatalaksanaan yang diberikan meliputi pemberian informasi hasil pemeriksaan, edukasi agar ibu tidak panik terhadap kencang-kencang yang belum teratur, anjuran untuk tetap memantau gerakan janin minimal 10 kali dalam 12 jam, serta pemahaman tanda-tanda persalinan sesuai buku KIA agar segera ke fasilitas kesehatan jika tanda muncul. Selain itu, ibu dianjurkan untuk melanjutkan konsumsi kalsium dan multivitamin secara rutin, dan ibu memahami serta bersedia mengikuti seluruh anjuran yang diberikan.

2. Asuhan Kebidanan Persalinan

Ny. H usia 31 tahun G2P1AB0AH1 dengan usia kehamilan 40 minggu 4 hari datang ke IGD Puskesmas Turi pada 12 Maret 2026 pukul 09.15 WIB dengan keluhan kencang-kencang sejak pukul 04.30 WIB dan disertai pengeluaran lendir darah sejak pukul 07.00 WIB. Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum baik, tanda vital dalam batas normal, serta janin tunggal hidup intrauterin dengan presentasi kepala dan sudah masuk panggul. Pada pemeriksaan dalam pukul 09.15 didapatkan pembukaan serviks 1 cm dengan kontraksi masih lemah hingga sedang, sehingga ditegakkan diagnosis persalinan kala I fase laten. Selama observasi, kontraksi semakin kuat dan sering, namun pada pukul 13.00

fase aktif pembukaan serviks menetap di 6 cm selama lebih dari 6 jam (dari jam 13.00 – 19.00), sehingga didiagnosis kala I memanjang. Upaya penatalaksanaan meliputi observasi, pemberian dukungan psikologis, terapi oksigen, pemasangan infus RL, kateterisasi serta konsultasi dengan rumah sakit rujukan. Karena tidak ada kemajuan persalinan, ibu dirujuk ke RSUD Sleman. Berdasarkan hasil pemeriksaan lanjutan di rumah sakit, ditemukan adanya malposisi janin sehingga diputuskan tindakan persalinan secara SC CITO. Bayi lahir pada pukul 21.12 WIB dengan kondisi baik, dan ibu dalam keadaan stabil. Setelah persalinan, ibu memilih menggunakan kontrasepsi IUD yang langsung dipasang pasca operasi.

3. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Bayi Ny. H lahir pada 12 Maret 2026 pukul 21.12 WIB secara sectio caesarea atas indikasi kala I tidak maju. Bayi berjenis kelamin perempuan dengan kondisi cukup bulan dan sesuai masa kehamilan. Saat lahir, bayi memiliki nilai APGAR 8/9/10, menangis kuat, warna kulit kemerahan, dan tonus otot aktif. Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum baik, dengan berat badan 2850 gram, panjang badan 48,5 cm, lingkar kepala 33 cm, serta tanda vital dalam batas normal (DJJ 138 x/menit, pernapasan 44 x/menit, suhu 36,6°C). Pemeriksaan fisik tidak ditemukan kelainan maupun cacat bawaan, refleks neonatal baik, serta tali pusat dalam kondisi normal. Diagnosis ditegakkan sebagai bayi baru lahir cukup bulan sesuai masa kehamilan dengan kondisi sehat. Penatalaksanaan meliputi pemberian vitamin K intramuskular, salep mata tetrasiklin, perawatan tali pusat, pencegahan hipotermia dengan menjaga kehangatan bayi, serta edukasi kepada keluarga. Semua tindakan telah dilakukan dan didokumentasikan.

4. Asuhan Kebidanan Neonatus

a. KN -1 (12 Maret 2026)

Kondisi cukup bulan dan sesuai masa kehamilan, menunjukkan keadaan umum baik tanpa keluhan. Bayi berjenis

kelamin perempuan dengan berat badan 2850 gram, panjang badan 48,5 cm, serta nilai APGAR 8/9/10. Ibu menyatakan bayi sudah BAB dan BAK dengan frekuensi normal, tidak rewel, serta menyusui dengan baik dan kuat. Hasil pemeriksaan menunjukkan tanda vital dalam batas normal, tidak ditemukan ikterus, tali pusat masih basah tanpa tanda infeksi, serta pemeriksaan fisik lainnya dalam batas normal tanpa kelainan kongenital. Penatalaksanaan meliputi edukasi kepada ibu mengenai tanda bahaya pada bayi baru lahir, pentingnya menjaga kehangatan bayi, pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan, anjuran menyusui minimal setiap 2 jam atau sesuai kebutuhan bayi, serta edukasi perawatan payudara dan teknik perlekatan yang benar untuk mendukung keberhasilan menyusui. Ibu memahami dan bersedia melaksanakan anjuran yang diberikan.

b. KN - 2 (18 Maret 2026)

Bayi Ny. H usia 7 hari dengan kondisi umum baik dan tanpa keluhan. Ibu menyatakan bayi menyusui kuat serta BAB dan BAK lancar. Hasil pemeriksaan menunjukkan berat badan 2930 gram, tanda vital dalam batas normal, serta tidak ditemukan tanda ikterus maupun kelainan pada pemeriksaan fisik. Tali pusat sudah lepas dengan kondisi bersih tanpa tanda infeksi. Penatalaksanaan meliputi edukasi kepada ibu mengenai tanda bahaya pada bayi, pentingnya menjaga kehangatan bayi, pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan, anjuran menyusui minimal setiap 2 jam, serta edukasi perawatan payudara dan teknik perlekatan yang benar. Selain itu, ibu dianjurkan menjemur bayi pada pagi hari serta diingatkan untuk melakukan kunjungan ulang sesuai jadwal. Ibu memahami dan bersedia melaksanakan anjuran yang diberikan.

c. KN – 3 (4 April 2026)

Bayi Ny. H usia 23 hari dengan kondisi umum baik dan tanpa keluhan. Hasil pemeriksaan menunjukkan pertumbuhan yang baik dengan berat badan 3490 gram, panjang badan 51,5 cm, serta tanda

vital dalam batas normal. Pemeriksaan fisik tidak ditemukan kelainan, tidak ada tanda ikterus, tali pusat sudah lepas dengan kondisi bersih tanpa infeksi, serta sistem tubuh bayi dalam keadaan normal. Penatalaksanaan yang diberikan meliputi edukasi kepada ibu mengenai tanda bahaya pada bayi baru lahir, pentingnya menjaga kehangatan bayi, pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan, serta anjuran menyusui minimal setiap 2 jam atau sesuai kebutuhan bayi. Selain itu, ibu dianjurkan melakukan perawatan payudara dan teknik menyusui yang benar, menjemur bayi pada pagi hari, serta diingatkan untuk melakukan imunisasi BCG saat bayi berusia 1 bulan. Ibu memahami dan bersedia melaksanakan anjuran yang diberikan.

5. Asuhan Kebidanan Nifas

a. KF – 1 (13 Maret 2026)

Ibu posisi masih mondok di RSUD Sleman. Ny. H mengeluh pegal dan nyeri pada jahitan operasi, dilakukan rawat gabung. Pada masa nifas, ibu sudah dapat mobilisasi miring kanan-kiri, pola makan cukup baik, menyusui setiap 2 jam dengan produksi ASI lancar, namun eliminasi BAB belum terjadi dan BAK masih menggunakan kateter. Pemeriksaan menunjukkan keadaan umum baik, tanda vital dalam batas normal, TFU 2 jari di bawah pusat dengan kontraksi uterus baik, lochea rubra dalam batas normal, tidak ada tanda infeksi, serta kondisi payudara baik tanpa bendungan atau lecet. Secara psikososial, ibu dan keluarga mendukung serta berencana memberikan ASI eksklusif. Penatalaksanaan meliputi edukasi kondisi ibu, personal hygiene, pemenuhan nutrisi tinggi protein dan cairan, teknik menyusui yang benar, pentingnya ASI eksklusif, kepatuhan minum obat, serta tanda bahaya masa nifas.

b. KF – 2 (18 Maret 2026)

Ny. H pada masa nifas hari ke-7 post sectio caesarea . Kondisi umum baik dan tanpa keluhan. Ibu mengatakan ASI keluar

lancar, luka operasi kering tidak rembes, serta pengeluaran lochea sedikit berwarna merah coklat kekuningan. Pola makan dan minum ibu baik dengan asupan nutrisi seimbang, serta kondisi psikologis stabil dengan dukungan penuh dari suami dan keluarga. Hasil pemeriksaan menunjukkan tanda vital dalam batas normal, TFU pertengahan pusat-simpisis, kontraksi keras, kandung kemih kosong, lochea sanguinolenta dengan bau khas, serta luka bekas operasi dalam keadaan baik tanpa tanda infeksi. Penatalaksanaan yang diberikan meliputi edukasi tanda bahaya nifas, anjuran pemenuhan nutrisi dan cairan yang cukup terutama tinggi protein untuk penyembuhan luka dan produksi ASI, penguatan teknik menyusui yang benar, anjuran istirahat cukup dengan memanfaatkan dukungan keluarga, serta pemberian dukungan emosional agar ibu tetap termotivasi dalam menyusui dan merawat bayi. Ibu memahami dan bersedia melaksanakan anjuran yang diberikan.

c. KF – 3 (4 April 2026)

Ny. H pada masa nifas hari ke-23 post sectio caesarea. Kondisi umum baik tanpa keluhan. Ibu menyampaikan ASI keluar lancar dan tidak ada masalah selama masa nifas. Hasil pemeriksaan menunjukkan tanda vital dalam batas normal, konjungtiva tidak anemis, tidak ada pembesaran kelenjar, payudara dalam kondisi baik dengan puting menonjol tanpa lecet, TFU sudah tidak teraba, serta luka bekas operasi SC sudah kering dan tidak terdapat tanda infeksi. Penatalaksanaan meliputi edukasi mengenai tanda bahaya nifas, anjuran pemenuhan nutrisi seimbang dan cairan yang cukup terutama tinggi protein untuk mendukung penyembuhan dan produksi ASI, serta anjuran istirahat cukup dengan dukungan keluarga. Selain itu, ibu diberikan motivasi untuk menyusui secara rutin setiap 2 jam dan melanjutkan ASI eksklusif selama 6 bulan,

serta diajarkan kembali teknik menyusui yang benar. Ibu memahami dan bersedia melaksanakan seluruh anjuran yang diberikan.

d. KF – 4 (18 April 2026)

Ny. H usia 31 tahun P2AB0AH2 pada masa nifas hari ke-37 post sectio caesarea dengan kondisi umum baik dan tanpa keluhan. Ibu menyatakan hanya memberikan ASI eksklusif kepada bayinya. Hasil pemeriksaan menunjukkan kesadaran compos mentis, tanda vital dalam batas normal, uterus sudah tidak teraba, kandung kemih kosong, serta lochea sudah tidak ada. Hasil USG menunjukkan posisi IUD berada intrauterin di corpus dalam keadaan baik. Penatalaksanaan meliputi motivasi untuk tetap memberikan ASI eksklusif, edukasi tanda bahaya nifas, anjuran pemenuhan nutrisi seimbang dan cairan yang cukup terutama tinggi protein untuk mendukung produksi ASI, serta anjuran istirahat yang cukup dengan dukungan keluarga. Selain itu, ibu diberikan edukasi teknik menyusui yang benar, disarankan menyusui setiap 2 jam, serta diinformasikan bahwa posisi IUD baik dan kontrol dapat dilakukan setahun sekali bila tidak ada keluhan. Ibu memahami dan bersedia melaksanakan anjuran yang diberikan.

6. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana (18 April 2026)

Ny. H usia 31 tahun P2AB0AH2 merupakan akseptor baru KB IUD pasca salin. Ibu menyatakan hasil kontrol IUD dalam keadaan baik tanpa keluhan. Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, tanda vital dalam batas normal, serta hasil USG di RSUD Sleman menunjukkan posisi IUD berada intrauterin di corpus dengan kondisi baik. Penatalaksanaan meliputi pemberian informasi hasil pemeriksaan, edukasi bahwa posisi IUD baik, anjuran untuk melakukan pemeriksaan mandiri benang IUD setiap bulan setelah menstruasi, serta penjelasan mengenai jadwal kontrol ulang satu tahun atau lebih cepat jika terdapat keluhan. Selain itu, ibu dan suami juga diberikan edukasi mengenai jarak aman kehamilan.

B. Kajian Teori

1. Asuhan Berkelanjutan (*Continuity of Care*)

Continuity of care dalam kebidanan merupakan serangkaian kegiatan pelayanan berkesinambungan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, serta keluarga berencana.⁹ Kemenkes RI menyatakan bahwa Asuhan Kebidanan Berkelanjutan terdiri dari Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual diselenggarakan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara menyeluruh terpadu dan berkesinambungan. *Continuity of care* yang dilakukan oleh bidan pada umumnya berorientasi untuk meningkatkan kesinambungan pelayanan dalam suatu periode.

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

women center meliputi dukungan, partisipasi dalam pengambilan keputusan, perhatian terhadap psikologis, kebutuhan dan harapan pada saat akan melahirkan, informasi dan menghargai perempuan.¹⁰

2. Kehamilan

a. Definisi

Proses Kehamilan merupakan mata rantai yang bersinambung dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm.¹¹ Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi menjadi 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan.¹²

b. Perubahan anatomi dan fisiologis

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

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

Tabel 1. TFU Sesuai Usia Kehamilan

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

Sumber: Manuaba dkk, 2010

Dalam memantau tumbuh kembang janin dengan mengukur Tinggi Fundus Uteri (TFU) dalam satuan sentimeter (cm) dengan alat pengukur metlin bahwa TFU sama dengan ± 2 cm dari usia kehamilan saat itu.¹³

b) Vagina dan Vulva

Akibat peningkatan hormon estrogen, vagina dan vulva mengalami hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva berwarna tampak lebih cerah, agak kebiruan (livide).¹³

2) Mammae

Mammae akan membesar, tegang, memiliki unsur laktogenik, dan memengaruhi sejumlah perubahan metabolik akibat adanya hormon somatomamotropin korionik (human placental

lactogen atau HPL). Progesteron dan estrogen juga menstimulasi melanosit sehingga puting dan areola mammae primer menjadi gelap. Pada kehamilan 12 minggu ke atas keluar cairan berwarna putih agak jernih dari puting yang disebut kolostrum.¹⁰

3) Sistem Muskuloskeletal

Ligamen pelvis mengalami relaksasi dalam pengaruh relaksin dan esterogen, yang memungkinkan pelvis meningkat kemampuan mengakomodasi bagian presentasi selama kala akhir kehamilan dan persalinan. Simfisis pubis akan melebar dan sendi sakro-koksigeal menjadi longgar, memungkinkan koksigis tergeser. Perubahan ini menyebabkan rasa tidak nyaman di punggung bawah seperti nyeri punggung bawah dan nyeri ligamen.¹⁴

4) Trakus Urinaria

Pada akhir kehamilan, akan terjadi poliuria akibat kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul menekan kandung kemih dan disebabkan oleh adanya peningkatan sirkulasi darah di ginjal pada kehamilan, sehingga filtrasi di glomerulus juga meningkat.¹⁵

5) Sistem Metabolisme

Pada ibu hamil Basal Metabolic Rate (BMR) bertambah tinggi hingga 15-20 % yang umumnya ditemui pada trimester ketiga dan membutuhkan banyak kalori untuk dipenuhi sesuai kebutuhannya. Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sedangkan pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing 0,5 kg dan 0,3 kg.¹²

Tabel 2. Rekomendasi Penambahan Berat Badan Selama Kehamilan

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

Sumber: Saifuddin dkk, 2020

6) Sistem Integumen

Pigmentasi kulit dipengaruhi oleh meningkatnya melanophore stimulating hormone (MSH) yang dikeluarkan oleh hipofisis anterior. Deposit pigmen ini dapat terjadi pada muka yang disebut kloasma gravidarum, areola mammae, linea alba, linea nigra dan pada perut seperti retak-retak yang disebut striae livide.¹²

c. Faktor Risiko

Faktor risiko adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan risiko/bahaya terjadinya komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan atau bayinya.¹⁶

1) Pengertian faktor risiko

Faktor risiko adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan risiko/bahaya terjadinya komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan/ bayinya. Skrining kehamilan dilakukan dengan menggunakan skor Poedji Rohjati. Skor Poedji Rochjati dalam buku Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil merupakan cara untuk mendeteksi dini

kehamilan berisiko. Skor Poedji Rochjati berfungsi sebagai alat komunikasi untuk edukasi kepada ibu hamil, suami maupun keluarga untuk kebutuhan pertolongan mendadak ataupun rujukan terencana dan sebagai alat pengingat bagi petugas kesehatan.¹⁷

2) Kelompok faktor risiko

Faktor risiko pada ibu hamil dikelompokkan dalam 3 kelompok, berdasarkan kapan ditemukannya, cara pengenalan dan sifat/tingkat risikonya. Kelompok faktor risiko dikelompokkan sebagai berikut:¹⁷

a) Kelompok I

Ada Potensi Gawat Obstetrik (APOG), meliputi 10 faktor risiko: 7 Terlalu, 3 Pernah. Kelompok ini pada kehamilan yang mempunyai masalah yang perlu diwaspadai. Selama kehamilan, ibu hamil sehat tanpa ada keluhan yang membahayakan tetapi harus waspada karena ada kemungkinan dapat terjadi penyulit atau komplikasi dalam persalinan.

Tabel 3. Faktor Risiko yang Terdapat dalam Kelompok I

No	Faktor Risiko (FR I)	Batasan Kondisi Ibu
1	Primi Muda	Terlalu muda, hamil pertama ≤ 16 tahun
2	Primi Tua	a. Terlalu tua, hamil pertama umur ≥ 35 tahun b. Terlalu lambat hamil, setelah kawin ≥ 4 tahun
3	Primi Tua Sekunder	Terlalu lama punya anak lagi, terkecil ≥ 10 tahun

4	Anak Terkecil <2 tahun	Terlalu cepat punya anak lagi, terkecil ≥2 tahun
5	Grande Multi	Terlalu banyak punya anak, 4 atau lebih
6	Umur >35 tahun	Terlalu tua, hamil umur 35 tahun atau lebih
7	Tinggi Badan <145 cm	Terlalu pendek dengan ibu hamil pertama; hamil kedua atau lebih, tetapi belum pernah melahirkan normal/spontan dengan bayi cukup bulan dan hidup
8	Pernah gagal kehamilan	a. Hamil kedua, pertama gagal b. Hamil ketiga/lebih mengalami gagal (abortus, lahir mati) 2 kali
9	Pernah melahirkan dengan:	a. Pernah melahirkan dengan tarikan tang/vakum b. Pernah uri dikeluarkan oleh penolong dari dalam rahim c. Pernah diinfus/transfusi pada perdarahan pasca persalinan
10	Pernah Operasi Sesar	Pernah melahirkan bayi dengan operasi sesar sebelum kehamilan ini

Sumber: Rochjati (2015)

b) Kelompok II

Ada Gawat Obstetrik/AGO, ada 8 faktor risiko yaitu tanda bahaya pada kehamilan, ada keluhan tetapi tidak darurat.

Tabel 4. Faktor Risiko yang Terdapat dalam Kelompok II

No	Faktor Risiko (FR II)	Batasan Kondisi Ibu
1	Penyakit ibu hamil	
	Anemia	Pucat, lemas badan, lekas, berkunang-kunang, lelah, lesu, mata
	Malaria	Panas tinggi, mengigil keluar keringat, sakit kepala
	Tuberkulosa paru	Batuk lama tidak sembuh-sembuh, batuk darah, badan lemah, lesu dan kurus
	Payah jantung	Sesak nafas, jantung berdebar-debar, kaki bangkak
	Kencing manis	Diketahui diagnosa dokter denga pemeriksaan laboratorium
	PMS, dll	Diketahui diagnosa dokter denga pemeriksaan laboratorium
2	Preeklamsia ringan	Bengkak tungkai dan tekanan darah tinggi
3	Hamil kembar/gemeli	Perut ibu sangat besar, gerak anak terasa dibanyak tempat
4	Hamil kembar air/Hidramnion	Perut ibu sangat membesar, gerak anak kurang terasa karena air ketuban terlalu banyak, biasanya anak kecil
5	Hamil lebih bulan/hamil serotinus	Ibu hamil 9 bulan dan lebih 2 minggu belum melahirkan
6	Janin mati di dalam rahim	Ibu hamil tidak merasakan gerakan anak lagi, perut mengecil

7	Letak sungsang	Rasa berat menunjukan letak dari kepala janin di atas perut; kepala bayi ada di atas dalam rahim
8	Latak lintang	Rasa berat menunjukan letak kepala janin di samping perut; kepala bayi dalam rahim terletak di sebelahh kanan atau kiri.

Sumber: Rochjati (2015)

c) Kelompok III

Ada Gawat Darurat Obstetrik AGDO, ada 2 faktor risiko, ada ancaman nyawa ibu dan bayi.

Tabel 5. Faktor Risiko yang Terdapat dalam Kelompok III

No	Faktor Risiko (FR II)	Batasan Kondisi Ibu
1	Perdarahan sebelum bayi lahir	Mengelurkan darah pada waktu hamil, sebelum melahirkan bayi
2	Pereklampsia berat	Pada hamil 6 bulan lebih; sakit kepala/pusing, bengkak tungkai/wajah, tekanan darah tinggi, pemeriksaan urine ada albumin
	Eklampsia	Ditambah dengan terjadi kejang-kejang

Sumber: Rochjati (2015)

3. Persalinan

a. Definisi

Persalinan adalah serangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu, yang dimulai dengan kontraksi persalinan sejati ditandai oleh perubahan progresif pada serviks dan

diakhiri dengan kelahiran plasenta. Menjelang persalinan, otot polos uterus mulai menunjukkan aktivitas kontraksi secara terkoordinasi, diselingi dengan suatu periode relaksasi dan mencapai puncaknya menjelang persalinan, serta secara berangsur menghilang pada periode postpartum. Mekanisme regulasi yang mengatur aktivitas kontraksi myometrium selama kehamilan, persalinan, dan kelahiran, sampai saat ini masih belum jelas benar. Persalinan dapat dibedakan menjadi tiga, yaitu:¹⁸

1) Persalinan Spontan

Persalinan spontan merupakan persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu.

2) Persalinan Buatan

Persalinan buatan adalah bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar misalnya ekstraksi forceps, atau dilakukan operasi caesar.

3) Persalinan Anjuran

Persalinan anjuran merupakan persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian oksitosin atau prostaglandin.

b. Etiologi

Selama kehamilan, didalam tubuh perempuan terdapat dua hormon yang dominan yaitu estrogen dan progesteron. Hormon estrogen berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim serta memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin, dan mekanis. Sedangkan, hormon progesteron berfungsi untuk menurunkan sensitivitas otot rahim, menghambat rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin dan mekanis serta menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi. Sampai saat ini hal yang menyebabkan mulainya proses persalinan belum diketahui sehingga hanya ada teori-teori antara lain disebabkan oleh hormon, struktur rahim, sirkulasi rahim,

pengaruh tekanan pada saraf, dan nutrisi. Dengan demikian dapat disebutkan beberapa teori yang dapat menyebabkan persalinan yaitu sebagai berikut:¹⁹

1) Teori Penurunan Progesteron

Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meningkatkan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his. Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

2) Teori Oksitosin

Menjelang persalinan, terjadi peningkatan reseptor oksitosin dalam otot rahim, sehingga mudah terangsang saat disuntikkan oksitosin dan menimbulkan kontraksi.

3) Teori Keregangan Otot Rahim

Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenta sehingga plasenta mengalami degenerasi. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang sampai batas tertentu. Apabila batas tersebut sudah terlewati, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

4) Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Prostaglandin yang

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

5) Teori Janin

Terdapat hubungan hipofisis dan kelenjar suprarenal yang menghasilkan sinyal kemudian diarahkan kepada maternal sebagai tanda bahwa janin telah siap lahir. Namun mekanisme ini belum diketahui secara pasti

6) Teori Plasenta Menjadi Tua

Plasenta yang semakin tua seiring dengan bertambahnya usia kehamilan akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron sehingga timbul kontraksi rahim

c. Faktor yang mempengaruhi persalinan

Terdapat 4 faktor yang mempengaruhi kemajuan persalinan yaitu:

- 1) *Passage* (jalan lahir) yang meliputi ukuran panggul, bentuk panggul dan kemampuan serviks untuk membuka dan kemampuan vagina untuk meregang.
- 2) *Passenger* (janin) yang meliputi ukuran janin, terutama kepala janin, sikap janin, yang mendeskripsikan hubungan antara kepala, bahu, dan tungkai janin terhadap satu sama lain, letak janin, yang menunjukkan hubungan antara aksis panjang janin dengan aksis panjang ibu, presentasi janin, yang

mendeskripsikan bagian janin yang masuk panggul pertama kali, posisi janin, yang menunjukkan arah bagian presentasi menghadap yaitu depan, samping, atau belakang panggul ibu.

- 3) *Power* (tenaga) yang meliputi frekuensi, durasi, dan intensitas kontraksi uterus, tekanan abdomen yang terjadi akibat mengejan pada kala II persalinan.
- 4) *Psycho* (kondisi psikis) yang meliputi persiapan fisik, emosi, dan intelektual ibu, pengalaman kelahiran ibu sebelumnya, sikap budaya ibu, dukungan dari orang yang penting bagi ibu.

d. Tanda persalinan

Tanda-tanda persalinan diantaranya adalah:¹⁹

1) Tanda-tanda Persalinan Sudah Dekat

a) *Lightening*

Pada minggu ke-36 pada primigravida terjadi penurunan fundus karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh:

- (1) Kontraksi *Braxton Hicks*
- (2) Ketegangan otot perut
- (3) Ketegangan ligamentum rotundum
- (4) Gaya berat janin kepala ke arah bawah

b) Terjadinya His Permulaan

Makin tua usia kehamilan, pengeluaran progesteron dan estrogen semakin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi, yang lebih sering disebut his palsu.

Sifat his palsu:

- (1) Rasa nyeri ringan dibagian bawah
- (2) Datangnya tidak teratur
- (3) Tidak ada perubahan serviks
- (4) Durasinya pendek
- (5) Tidak bertambah jika beraktivitas

2) Tanda Masuk dalam Persalinan

a) Terjadinya His Persalinan

- (1) Pinggang terasa sakit, yang menjalar ke depan
- (2) Sifatnya teratur, intervalnya makin pendek dan kekuatannya makin besar
- (3) Terjadi perubahan pada serviks

b) *Bloody Show*

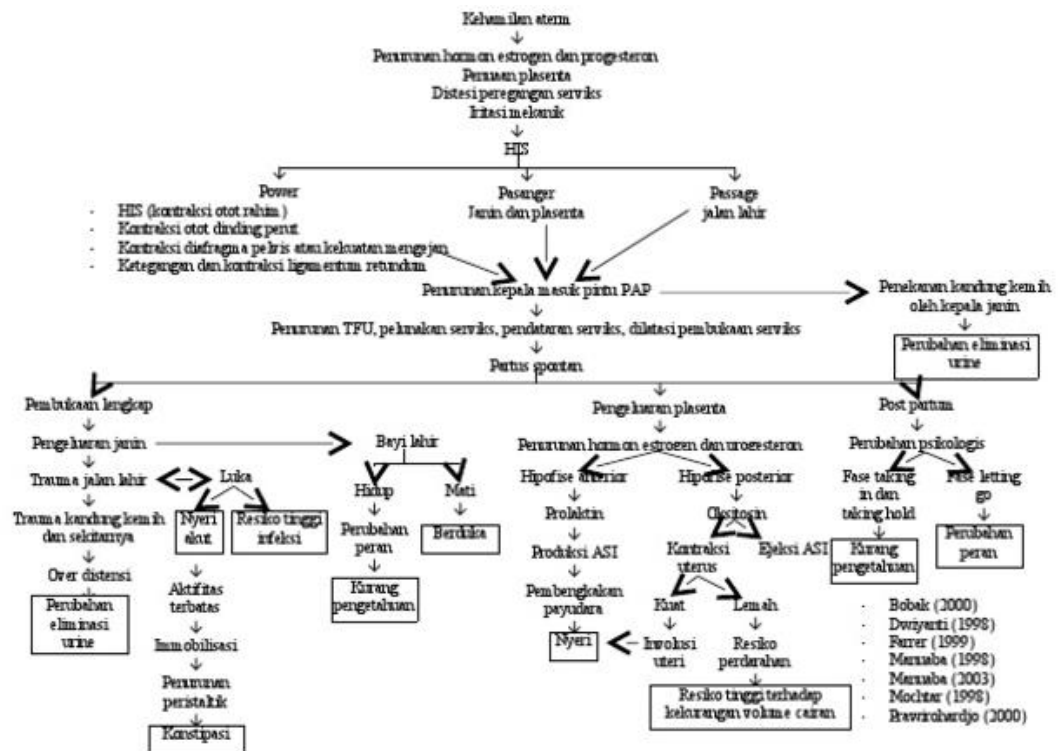
Pengeluaran lendir disertai darah melalui vagina. Dengan his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, lendir yang terdapat di kanalis servikalis lepas, kapiler pembuluh darah pecah yang menjadikan perdarahan sedikit.

c) Pengeluaran Cairan

Terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap tetapi kadang pecah pada pembukaan kecil.

e. Pathways Persalinan Normal

Gambar 1. Pathways Persalinan Normal



4. Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang berusia 0-28 hari. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram, bayi segera menangis, bergerak aktif kulit kemerahan, mengisap ASI dengan baik, tidak ada cacat bawaan.²⁰

b. Klasifikasi Neonatus²²

a) Neonatus menurut masa gestasinya

- a) Kurang bulan (*preterm infant*): < 259 hari (37 minggu)
- b) Cukup bulan (*term infant*): 259-294 hari (37-42 minggu)
- c) Lebih bulan (*postterm infant*): > 294 hari (42 minggu atau lebih)

b) Neonatus menurut berat badan lahir

- a) Berat lahir rendah: < 2500 gram
- b) Berat lahir cukup: 2500-4000 gram
- c) Berat lahir lebih: > 4000 gram

c) Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan)

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

c. Penanganan Bayi Baru Lahir

1) Pemotongan Dan Pengikatan Tali Pusat

Setelah penilaian sepiantas dan tidak ada tanda asfiksia pada bayi, dilakukan manajemen bayi baru lahir normal dengan mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, kemudian bayi diletakkan di atas dada atau perut ibu.

Setelah pemberian oksitosin pada ibu, lakukan pemotongan tali pusat dengan satu tangan melindungi perut bayi. Perawatan tali pusat adalah dengan tidak membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apa pun pada tali pusat. Perawatan rutin untuk tali pusat adalah selalu cuci tangan sebelum memegangnya, menjaga tali pusat tetap kering dan terpapar udara, membersihkan dengan air, menghindari dengan alkohol karena menghambat pelepasan tali pusat, dan melipat popok di bawah umbilicus.²¹

2) Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu 10 untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusui. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusui pertama biasanya berlangsung pada menit ke- 45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusui dari satu payudara.²²

3) Mempertahankan suhu tubuh bayi

Mekanisme pengaturan temperatur bayi belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak dilakukan pencegahan kehilangan panas maka bayi akan mengalami hipotermia. Hipotermia dapat terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada dalam ruangan yang hangat. Pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama 6 jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi.

4) Pemberian salep mata

Pemberian salep atau tetes mata diberikan untuk pencegahan infeksi mata. Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika profilaksis (tetrasiklin 1%, oxytetrasiklin 1% atau 11 antibiotika lain). Pemberian salep atau tetes mata harus tepat 1 jam setelah kelahiran. Upaya pencegahan infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari 1 jam setelah kelahiran.

5) Penyuntikan Vitamin K1

Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (*Phytomenadione*) 1 mg intramuskuler di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir.

6) Pemberian imunisasi Hepatitis B

Pemberian imunisasi Hepatitis B (HB0) dosis tunggal di paha kanan Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam di paha kanan setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan Hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati.

7) Pemeriksaan Bayi Baru Lahir (BBL)

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

8) Pemberian ASI Eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berusia 0-6 bulan dan jika memungkinkan dilanjutkan dengan pemberian ASI dan makanan pendamping sampai usia 2 tahun. Pemberian ASI

eksklusif mempunyai dasar hukum yang diatur dalam SK Menkes Nomor 450/Menkes/SK/IV/2004 tentang pemberian ASI Eksklusif pada bayi 0-6 bulan. Setiap bayi mempunyai hak untuk dipenuhi kebutuhan dasarnya seperti Inisiasi Menyusu Dini (IMD), ASI Eksklusif, dan imunisasi serta pengamanan dan perlindungan bayi baru lahir dari upaya penculikan dan perdagangan bayi.

d. Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya tiga kali yaitu:²³

- 1) Kunjungan neonatal I (KN 1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir:
 - a) Mempertahankan suhu tubuh bayi
 - b) Pemeriksaan fisik bayi
 - c) Dilakukan pemeriksaan fisik: telinga, mata, hidung, leher, dada.
 - d) Konseling: jaga kehangatan, pemberian Asi sulit, kesulitan bernafas, warna kulit abnormal.
- 2) Kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari
 - a) Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering
 - b) Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, dan diare
 - c) Memberikan ASI bayi disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam.
 - d) Menjaga suhu tubuh bayi
 - e) Menjaga kehangatan bayi
 - f) Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan Asi eksklusif, pencegahan hipotermi, dan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan buku KIA.
 - g) Diberitahukan teknik menyusui yang benar

- 3) Kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8-28 hari
- Pelayanan kesehatan diberikan oleh dokter/bidan/perawat, dapat dilaksanakan di Puskesmas atau melalui kunjungan rumah:
- a) Pemeriksaan fisik
 - b) Menjaga kebersihan bayi
 - c) Memberitahukan ibu tentang tanda-tanda bahaya bayi baru lahir
 - d) Memberikan Asi minimal 10-15 kali dalam 24 jam
 - e) Menjaga kehangatan bayi
 - f) Menjaga suhu tubuh bayi
 - g) Memberitahu ibu tentang imunisasi BCG.

5. Nifas dan Menyusui

a. Definisi

Masa nifas adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan. Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira – kira 6 minggu.²⁴

b. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Pada masa nifas, terjadi perubahan-perubahan anatomi dan fisiologis pada ibu. Perubahan fisiologis yang terjadi sangat jelas, walaupun dianggap normal, di mana proses-proses pada kehamilan berjalan terbalik. Perubahan-perubahan anatomi dan fisiologis dalam masa nifas yaitu meliputi:

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

Involusi uteri dapat dikatakan sebagai proses kembalinya uterus pada keadaan semula atau keadaan sebelum hamil setelah melahirkan. Perubahan-

perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah seperti berikut ini:²⁵

Tabel 6. Perubahan Uterus Masa Nifas

Involusi	TFU	Berat
		Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 jari bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan simpisis	pusat 500 gr
2 minggu	Tidak teraba simpisis	diatas 350 gr
6 minggu	Normal	50 gr
8 minggu	Normal tapi sebelum hamil	30 gr

Selama masa nifas, ibu akan mengeluarkan lochea, Lokia adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas yang berasal dari campuran antara darah dan decidua, biasanya berwarna merah muda atau putih pucat, memiliki bau amis meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda – beda pada setiap wanita. Lochea mengalami perubahan warna karena proses involusi.

Tabel 7. Perubahan Warna Lochea

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari desidua
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7-14 hari	Kekuningan Atau kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri leukosit dan robekan laserasi plasenta.
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati.

b) Payudara

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

dengan pompa sel-sel acini terangsang untuk menghasilkan ASI lebih banyak.²⁴

2) Tanda tanda vital²⁶

a) Suhu Badan

Pasca melahirkan dapat naik +0,5o Celcius dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan diakibatkan karena kerja keras sewaktu persalinaan, kehilangan cairan, maupun kelelahan

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60 – 80 kali per menit. Pasca melahirkan, denyut nadi dapat menjadi lebih cepat. Namun, jika denyut nadi lebih dari 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum.

c) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari.

d) Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16-24 kali per menit. Pada ibu post partum umumnya pernafasan lambat atau normal karena dalam masa pemulihan atau kondisi istirahat.

3) Penurunan Berat badan

Wanita mengalami penurunan berat badan rata-rata 12 pon (4,5 kg) pada waktu melahirkan. Penurunan ini mewakili gabungan berat bayi, plasenta dan cairan amnion. Wanita dapat kembali mengalami penurunan berat badan sebanyak 5 pon selama minggu pertama pascapartum karena kehilangan cairan.²⁷

4) Sistem Sistem kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam hilang darah sekitar 300-400 cc. Perubahan terdiri dari volume darah dan hemokonsentrasi. Apabila pada persalinan pervaginam, hemokonsentrasi akan naik dan pada SC hemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4- 6 minggu.²⁸

5) Sistem muskuloskeletal

Sistem muskuloskeletal pada ibu selama masa pemulihan/postpartum termasuk penyebab relaksasi dan kemudian hipermobilitas sendi serta perubahan pada pusat gravitasi. Stabilisasi sendi lengkap akan terjadi pada minggu ke-6 sampai ke-8 setelah wanita melahirkan. Dinding abdominal lembek setelah proses persalinan karena peregangan selama kehamilan.²⁹

6) Perubahan Sistem Pencernaan

Setelah kelahiran plasenta, maka terjadi pula penurunan produksi progesteron. Sehingga hal ini dapat menyebabkan heartburn dan konstipasi terutama dalam beberapa hari pertama. Kemungkinan terjadi hal ini karena kurangnya keseimbangan cairan selama persalinan dan adanya reflek hambatan defekasi dikarenakan adanya rasa nyeri pada perineum karena adanya luka episiotomy.³⁰

7) Perubahan Sistem Perkemihan

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

berlangsung dan trauma ini dapat berkurang setelah 24 jam postpartum.²⁵

c. Perubahan Psikologis Ibu Nifas

Periode Postpartum menyebabkan stress emosional terhadap ibu baru, bahkan lebih menyulitkan bila terjadi perubahan fisik yang hebat. Faktor-faktor yang mempengaruhi suksesi masa transisi ke masa menjadi orang tua pada masa postpartum, yaitu:³¹

- 1) Respon dan dukungan dari keluarga dan teman
- 2) Hubungan antara pengalaman melahirkan dan harapan serta aspirasi
- 3) Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lain
- 4) Pengaruh budaya

Dalam menjalani adaptasi psikososial menurut Rubin setelah melahirkan, ibu akan melalui fase-fase sebagai berikut:³²

1) Masa *Taking In* (Fokus pada Diri Sendiri)

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

2) Masa *Taking On* (Fokus pada Bayi)

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

3) Masa *Letting Go* (Mengambil Alih Tugas sebagai Ibu Tanpa Bantuan NAKES)

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan.

Ibu mengambil langsung tanggung jawab dalam merawat bayinya, dia harus menyesuaikan diri dengan tuntutan ketergantungan bayinya dan terhadap interaksi social. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

d. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

1) Kebersihan diri

- a) Perawatan 3-4 hari di rumah sakit cukup untuk mengembalikan fisik ibu yang baru bersalin dengan operasi. Sebelum pulang, sebaiknya ibu menguasai bagaimana cara merawat luka operasi. Biasanya, pasien diminta datang kembali ke dokter untuk pemantauan perawatan luka tujuh hari setelah pulang. Pasien boleh mandi seperti biasanya, setelah hari ke-5 operasi. Setelah itu keringkan dan rawat luka seperti biasa.
- b) Jahitan bekas luka di perut ibu akan ditutupi kain kasa lembut. Kasa perut harus di lihat satu hari pascabedah. Apabila basah dan berdarah arus dibuka dan diganti. Umumnya, kasa perut dapat diganti pada hari ke 3-4 sebelum pulang dan seterusnya pasien menggantinya setiap hari. Luka dapat diberi salep Betadin sedikit.
- c) Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Memastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah di sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, baru kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Memberikan nasehat ibu untuk membersihkan diri setiap kali selesai buang air kecil atau besar.
- d) Memberikan saran kepada ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Kain dapat

digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik, dan dikeringkan di bawah matahari atau disterika.

- e) Memberikan saran kepada ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.²⁷

2) Nutrisi dan Cairan

Ibu yang melahirkan secara normal, tidak ada pantangan diet. Dua jam setelah melahirkan ibu boleh minum dan makan seperti biasa bila ingin. Namun perlu diperhatikan jumlah kalori dan protein ibu menyusui harus lebih besar daripada ibu hamil, kecuali apabila ibu tidak menyusui bayinya. Kebutuhan pada masa menyusui meningkat hingga 25% yaitu untuk produksi ASI dan memenuhi kebutuhan cairan yang meningkat tiga kali dari biasanya. Penambahan kalori pada ibu menyusui sebanyak 500 kkal tiap hari.³³ Makanan yang dikonsumsi ibu berguna untuk melaksanakan aktivitas, metabolisme, cadangan dalam tubuh, proses produksi ASI serta sebagai ASI itu sendiri yang akan dikonsumsi bayi untuk pertumbuhan dan perkembangannya. Makanan yang dikonsumsi juga perlu memenuhi syarat, seperti susunanya harus seimbang, porsiya cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengandung alkohol, nikotin serta bahan pengawet dan pewarna. Menu makanan yang seimbang mengandung unsur-unsur, seperti sumber tenaga, pembangunan, pengatur dan perlindungan.

3) Ambulasi

Pada masa nifas, perempuan sebaiknya melakukan ambulasi dini. Ambulasi dini adalah beberapa jam setelah melahirkan, segera bangun dari tempat tidur dan segera bergerak, agar lebih kuat dan lebih baik. Gangguan kemih dan buang air besar juga dapat teratasi. Mobilisasi sangat bervariasi, tergantung

pada komplikasi persalinan, nifas, atau sembuhnya luka (jika ada luka). Jika tidak ada kelainan, lakukan mobilisasi sedini mungkin, yaitu dua jam setelah persalian normal. Ini berguna untuk memepercepat sirkulasi darah dan mengeluarkan cairan vagina (lochea).

Tahapan mobilisasi dini dilakukan setelah kala IV. Setelah kala IV ibu bisa turun dari tempat tidurnya dan beraktivitas seperti biasa, hal ini dikarenakan pada masa persalinan kala IV ibu memerlukan istirahat yang cukup untuk memulihkan tenaga pada proses penyembuhan.²⁷ Dalam persalinan normal, setelah 1 atau 2 jam persalinan ibu harus melakukan rentang gerak dalam tahapan mobilisasi dini, jika ibu belum melakukannya dalam rentang waktu tersebut maka ibu belum melakukan mobilisasi secara dini (late ambulation). Dalam waktu sekitar 2-6 jam bidan akan membantu ibu untuk melakukan mobilisasi dini, misalnya duduk di tempat tidur, duduk di bagian samping tempat tidur, serta mulai jalan dengan jarak yang dekat. Jika semakin cepat ibu dapat bergerak kembali maka proses menyusui dan merawat anak akan semakin cepat dan mudah dilakukan oleh ibu. Mobilisasi dini yang baik dapat mengurangi terjadinya perdarahan abnormal karena dengan melakukan mobilisasi dini maka kontraksi uterus akan baik, sehingga fundus uteri akan keras. Mobilisasi yang tidak baik dapat menyebabkan involusi uteri yang tidak baik sehingga darah-darah yang tersisa tidak dapat dikeluarkan dan menyebabkan infeksi.

4) Eliminasi

Rasa nyeri kadangkala menyebabkan keengganan untuk berkemih, tetapi ibu harus tetap berkemih secara teratur, karena kantung kemih yang penuh dapat menyebabkan gangguan kontraksi rahim, yang dapat menyebabkan

timbulnya perdarahan dari rahim. Seperti halnya dengan berkemih, perempuan pascapersalinan sering tidak merasakan sensasi ingin buang air besar, yang dapat disebabkan pengosongan usus besar (klisma) sebelum melahirkan atau ketakutan menimbulkan robekan pada jahitan dikemaluan. Sebenarnya kotoran yang dalam beberapa hari tidak dikeluarkan akan mengeras dan dapat menyulitkan dikemudian hari.

Pengeluaran air seni akan meningkat 24-48 jam pertama sampai hari ke-5 setelah melahirkan. Hal ini terjadi karena volume darah meningkat pada saat hamil tidak diperlukan lagi setelah persalinan. Oleh karena itu, ibu perlu belajar berkemih secara spontan dan tidak menahan buang air kecil ketika ada rasa sakit pada jahitan. Menahan buang air kecil akan menyebabkan terjadinya bendungan air seni dan gangguan kontraksi rahim sehingga pengeluaran cairan vagina tidak lancar. Sedangkan buang air besar akan sulit karena ketakutan akan rasa sakit, takut jahitan terbuka atau karena adanya haemoroid (wasir). Kesulitan ini dapat dibantu dengan mobilisasi dini, mengonsumsi makanan tinggi serat dan cukup minum.

5) Istirahat

Wanita pasca persalinan harus cukup istirahat. Delapan jam pasca persalinan, ibu harus tidur terlentang untuk mencegah perdarahan. Sesudah 8 jam, ibu boleh miring ke kiri atau ke kanan untuk mencegah trombosis. Ibu dan bayi ditempatkan pada satu kamar. Pada hari kedua, bila perlu dilakukan latihan senam. Pada hari ketiga umumnya sudah dapat duduk, hari keempat berjalan dan hari kelima sudah dapat dipulangkan. Makanan yang diberikan harus bermutu tinggi dan cukup kalori, cukup protein dan banyak buah. Anjurkan untuk

mencegah kelelahan yang berlebihan, usahakan untuk rileks dan istirahat yang cukup, terutama saat bayi sedang tidur. Meminta bantuan suami atau keluarga ketika ibu merasa lelah. Putarkan dan dengarkan lagu-lagu klasik disaat ibu dan bayi sedang istirahat untuk menghilangkan rasa tegang dan lelah.

6) Seksualitas

Setelah persalinan pada masa ini ibu menghadapi peran baru sebagai orang tua sehingga sering melupakan perannya sebagai pasangan. Namun segera setelah ibu merasa percaya diri dengan peran barunya dia akan menemukan waktu dan melihat sekelilingnya serta menyadari bahwa dia telah kehilangan aspek lain dalam kehidupannya yang juga penting. Oleh karena itu perlu memahami perubahan yang terjadi pada istri sehingga tidak punya perasaan diabaikan. Anjuran:

- a) Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu ibu merasakan aman untuk melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.
- b) Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai waktu tertentu setelah 40 hari atau 6 minggu pasca persalinan. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan.
- c) Kerjasama dengan pasangan dalam merawat dan memberikan kasih sayang kepada bayinya sangat dianjurkan.

e. Tanda bahaya masa nifas

Tanda-tanda bahaya masa nifas adalah sebagai berikut:

- 1). Perdarahan pervaginam yang luar biasa atau tiba-tiba bertambah banyak (lebih dari perdarahan haid biasa atau bila

memerlukan pergantian pembalut-pembalut 2 kali dalam setengah jam).

- 2). Pengeluaran cairan vagina yang berbau busuk.
 - 3). Rasa sakit dibagian bawah abdomen atau punggung.
 - 4). Sakit kepala yang terus menerus, nyeri ulu hati, atau masalah penglihatan.
 - 5). Pembengkakan diwajah atau ditangan.
 - 6). Demam, muntah, rasa sakit sewaktu BAK atau jika merasa tidak enak badan.
 - 7). Payudara yang bertambah atau berubah menjadi merah panas dan atau terasa sakit.
 - 8). Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama.
 - 9). Rasa sakit merah, lunak dan atau pembengkakan dikaki.
 - 10). Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri bayinya atau dirinya sendiri.
 - 11). Merasa sangat letih dan nafas terengah-engah.
- f. Kunjungan Ulang Masa Nifas (KF)

Waktu kunjungan nifas KF1-KF3 menurut Panduan pelayanan operasional persalinan dan nifas normal bagi tenaga kesehatan (2015) menganjurkan ibu untuk melakukan kontrol/ kunjungan masa nifas setidaknya 4 kali.²⁷

- 1) Kunjungan Nifas Pertama (KF1) Adalah kunjungan nifas pada masa mulai dari 6-48 jam setelah persalinannya. Asuhan yang diberikan meliputi mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, memberikan konseling bagaimana cara mencegah atonia uteri, pemberian ASI awal, melakukan hubungan antara ibu dan bayi, menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.
- 2) Kunjungan Nifas Kedua (KF2) Adalah kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah persalinan.

Asuhan yang diberikan pada KF2 yaitu memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal; menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal; memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup; memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi; memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit; memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

- 3) Kunjungan Nifas Ketiga (KF3) Adalah kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah persalinan. Asuhan pada KF3 yaitu menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia alami dan memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, dan tandatanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi.
- a) Kunjungan Nifas Keempat (KF4) Adalah kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 setelah persalinan. Asuhan yang diberikan yaitu Menanyakan penyulit-penyulit yang di alami ibu selama masa nifas dan Memberikan konseling KB secara dini.

6. Keluarga Berencana

a. Definisi

Keluarga berencana merupakan usaha suami istri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Prinsip dasar metode kontrasepsi adalah mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi telur wanita (fertilisasi) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang didalam rahim.³⁴

b. Tujuan Keluarga Berencana

Tujuan umum untuk lima tahun kedepan yaitu mewujudkan visi dan misi program KB yaitu membangun kembali dan melestarikan pondasi yang kokoh bagi pelaksana program KB di masa mendatang untuk mencapai keluarga berkualitas.³⁵

Keluarga berencana memiliki beberapa tujuan yaitu: ³⁵

- 1) Mencegah terjadinya ledakan penduduk dengan menekan laju pertumbuhan penduduk dengan menurunkan angka kelahiran atau TFR (Total Fertility Rate).
- 2) Mengatur kehamilan dengan menunda kehamilan anak pertama dan menjarangkan kehamilan setelah kelahiran anak pertama serta menghentikan kehamilan apabila merasa anak telah cukup.
- 3) Tercapainya keluarga yang berkualitas, yakni keluarga yang harmonis, sehat, tercukupi sandang, pangan, papan, pendidikan dan produktif dari segi ekonomi.

c. Sasaran Keluarga Berencana

Sasaran langsung KB yaitu pasangan usia subur yang wanitanya berusia antara 15-49 tahun, karena pasangan usia subur ini adalah pasangan yang aktif melakukan hubungan seksual dan mudah terjadinya kehamilan. Pasangan Usia Subur (PUS) diharapkan secara bertahap menjadi peserta KB yang aktif lestari sehingga memberi efek langsung penurunan fertlisasi.

Sasaran tidak langsung KB yaitu: ³⁵

- 1) Kelompok remaja usia 15-19 tahun karena remaja bukan target untuk menggunakan alat kontrasepsi secara langsung melainkan termasuk kelompok yang beresiko untuk melakukan hubungan seksual. Sehingga program KB pada sasaran remaja menjadi upaya promotif dan preventif untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan agar tidak berujung pada aborsi.

- 2) Organisasi-organisasi, lembaga kemasyarakatan, instansi pemerintah maupun swasta serta tokoh masyarakat dan pemuka agama yang diharapkan dapat memberikan dukungan kelembagaan dua anak cukup

d. Definisi Kontrasepsi

Kontrasepsi berasal dari kata kontra dan konsepsi. Kontra yang berarti "melawan" atau mencegah", sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur yang matang dengan sperma yang mengakibatkan kehamilan. Jadi kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan akibat adanya pertemuan antara sel telur³⁵

e. Prinsip Kerja Kontrasepsi

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

f. Macam-macam Metode Kontrasepsi

Macam-macam metode kontrasepsi dibagi atas antara lain:³⁶

1) Metode Tradisional

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

2) Metode Alamiah tanpa Alat

Metode alamiah yang tanpa alat antara lain metode kelender, metode suhu basal badan, metode lendir servik, metode pantang berkala, metode amenorae laktasi, metode senggama terputus.

3) Metode Alamiah dengan Alat (Metode Barrier)

Metode barrier merupakan metode alamiah yang menggunakan alat terdiri atas kondom, spermiside, diafragma, kap serviks.

4) Metode Modern

Metode modern terdiri dari metode kontrasepsi hormonal dan non hormonal. Metode hormonal terdiri dari pil KB, suntik dan implan dan metode non hormonal terdiri dari IUD.

5) Metode mantap

a) Kontrasepsi mantap pada wanita

Penyinaran, Medis Operatif Wanita (MOW), penyumbatan tuba fallopii secara mekanis dan penyumbatan tuba fallopii secara kimiawi.

b) Kontrasepsi mantap pada pria

Medis Operatif Pria (MOP), penyumbatan vas deferens secara mekanis dan penyumbatan vas deferens secara kimiawi.³⁵

g. Jenis Alat Kontrasepsi

Macam-macam alat kontrasepsi yang aman dan tidak mengganggu laktasi meliputi metode amenhorea laktasi (MAL), pil progestin, suntik progestin, implan dengan progestin dan alat kontrasepsi dalam rahim. Semua metode baik hormonal maupun non hormonal dapat digunakan sebagai metode dalam pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan, akan tetapi pada masa menyusui bayi ini beberapa yang disarankan agar tidak mengganggu produksi ASI yaitu diantaranya:

1) Metode Amenore Laktasi (MAL)

Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, hanya Air Susu Ibu saja tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya.

a) Keuntungan kontrasepsi

Secepatnya efektif, tidak mengganggu menyusui, tidak ada efek samping secara sistematis, tidak perlu pengawasan medis, tidak perlu obat atau alat dan tanpa mengeluarkan biaya.

b) Keuntungan Nonkontrasepsi

Keuntungan non kontrasepsi bagi bayi yaitu akan mendapat kekebalan pasif (mendapat antibodi perlindungan lewat air susu ibu), sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal dan terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air susu lain atau formula. Sedangkan bagi Ibu dapat mengurangi perdarahan pascapersalinan, mengurangi risiko anemia dan meningkatkan hubungan psikologis ibu dan bayi.

2) Pil Progestin

Pil progestin (minipills) adalah pil kontrasepsi yang hanya mengandung progestin saja tanpa estrogen dengan dosis progestin yang kecil (0,5 atau kurang). Pil progestin dapat mulai diberikan dalam 6 minggu pertama pasca persalinan.

a) Keuntungan Cocok untuk perempuan yang menyusui, efektif pada masa laktasi, tidak menurunkan kadar ASI, tidak memberikan efek samping estrogen.

b) Keterbatasan

Mengalami gangguan haid, harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama, bila lupa satu pil saja kegagalan menjadi lebih besar, risiko kehamilan ektopik cukup tinggi, mual.

3) Suntik Progestin

Suntik progestin merupakan suntik yang digunakan untuk tujuan kontrasepsi parenteral, mempunyai efek progestagen yang kuat dan sangat efektif. Jenisnya yaitu Depo Medroksi

Progesteron Asetat (Depo Provera) dan Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat).

- a) Keuntungan dari suntik progestin yaitu: Pencegahan kehamilan jangka panjang, tidak berpengaruh pada hubungan suami istri, tidak pengaruh pada ASI, sedikit efek samping, dapat digunakan pada perempuan usia > 35 tahun.
- b) Keterbatasan suntik progesteron Sering ditemukan gangguan haid, klien tergantung pada pelayanan kesehatan, tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu, terlambatnya kembali kesuburan setelah berhenti penghentian pemakaian

4) Implant

Implant adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga hingga lima tahun. Metode ini sangat efektif (0,2-1 kehamilan per 100 perempuan).

- a) Keuntungan Implant
Daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang (sampai 5 tahun), pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan, bebas dari pengaruh estrogen, tidak mengganggu kegiatan senggama, tidak mengganggu ASI, klien hanya perlu kembali ke klinik bila ada keluhan, dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan.
- b) Keterbatasan Implant
Pada penggunaan jangka panjang dapat terjadi amenorea, progestin dapat memicu pertumbuhan miom, dapat terjadi perforasi uterus pada saat insersi (<1/1000 kasus).

5) IUD

IUD merupakan kontrasepsi sangat efektif dan berjangka panjang. Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya

tinggi. Sangat efektif yaitu 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan). Cara kerja IUD antara lain menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, mencegah sperma dan ovum bertemu.³⁴

IUD dapat dipasang dalam keadaan setelah haid sedang berlangsung, karena keuntungannya pemasangan lebih mudah oleh karena servik pada waktu agak terbuka dan lembek. Rasa nyeri tidak seberapa keras, perdarahan yang timbul sebagai akibat pemasangan tidak seberapa dirasakan, kemungkinan pemasangan IUD pada uterus yang sedang hamil tidak ada. Selain itu, pemasangan dapat dilakukan saat post partum. Pemeriksaan sesudah IUD dipasang dilakukan pada 1 minggu pasca pemasangan, 3 bulan berikutnya, berikutnya setiap 6 bulan sekali.

6) Kondom

Yakni alat kontrasepsi yang dibuat dari karet yang dipergunakan dipenis laki laki untuk menghindari sperma masuk kedalam vagina. Kondom termasuk kontrasepsi non hormonal. Yaitu alat kontrasepsi guna menghalangi secara mekanik. Alat ini dapat mengantisipasi kehamilan dengan menghalangi pertemuan sel telur dengan sperma secara mencegah sperma agar tidak masuk ke vagina. kondom aman untuk ibu menyusui karena tidak mengganggu proses laktasi.³⁴

a) Keuntungan penggunaan kondom

Efektif apabila digunakan dengan benar, tidak mengganggu produksi ASI, tidak mengganggu kesehatan, harganya murah dan dapat dibeli secara umum dan tidak perlu resep bidan maupun dokter.

b) Kekurangan penggunaan kondom

Efektifitas tidak terlalu tinggi, cara penggunaan sangat mempengaruhi efektifitas dari kontrasepsi, agak mengganggu hubungan seksual, dapat menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi, harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual, kondom rusak pada saat akan digunakan untuk hubungan seksual.

7. Konsep Primi Tua Sekunder

a. Pengertian Primi Tua Sekunder

Primi tua sekunder adalah wanita yang hamil pertama kali dan perkawinan lebih atau sama dengan 4 tahun, jarak kehamilan sekarang dengan kehamilan sebelumnya lebih atau sama dengan 10 tahun (Saminem, 2011).

Suparyanto (2012) menyebut *older primigravida* pada ibuyang hamil pertama pada usia 35 tahun atau lebih. Pada primigravida tua ada yang menggunakan batasan umur 40 tahun atau lebih bahkan ada yang memakai usia 44 tahun atau lebih.

Primi tua sekunder adalah Ibu hamil dengan persalinan terakhir ≥ 10 tahun yang lalu. Ibu dalam kehamilan dan persalinan ini seolah-olah menghadapi persalinan yang pertama lagi.¹⁷

b. Faktor yang mempengaruhi primi tua sekunder

1) Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan oleh seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah suatu cita-cita tertentu. Semakin rendah tingkat pendidikan seseorang maka akan semakin rendah tingkat kepedulian mereka pada kondisi kesehatannya.

2) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan domain dari perilaku. Semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang, maka perilaku akan lebih bersifat langgeng. Dengan kata lain ibu yang tahu dan paham tentang jumlah anak yang ideal, maka ibu akan berperilaku sesuai dengan apa yang ia ketahui.

- 3) Aspek social ekonomi ibu hamil dari keluarga miskin pada umumnya tergolong dalam kelompok gizi kurang, anemis penyakit menahun, ibu risiko tinggi atau ibu dengan komplikasi persalinan dari keluarga miskin membutuhkan dukungan biaya dan transportasi untuk rujukan kerumah sakit.

c. Penyebab terjadinya primi tua sekunder

- 1) Anak pertama mati dengan nilai sosial tinggi
- 2) Anak terkecil hidup umur 10 tahun lebih, ibu tidak ber KB

d. Cara mengatasi primi tua sekunder

Cara mengatasi terjadinya primi tua sekunder dengan pertolongan kader kesehatan dan tenaga kesehatan yaitu dengan cara :

- 1) Memberikan Komunikasi, Informasi, edukasi/KIE, agar melakukan perawatan antenatal yang teratur pada bidan desa posyandu atau puskesmas
- 2) Menemukan sedini mungkin adanya penyakit dari ibu maupun kelainan atau faktor resiko dari kehamilan dan persalinan ini
- 3) Merencanakan persalinan aman, agar ibu dan bayi hidup selamat
- 4) Melakukan rujukan terencana dengan kesiapan mental biaya dan transportasi untuk melahirkan di rumah sakit.

e. Dampak Kehamilan yang terjadi pada Primitua Sekunder

Ibu yang hamil pertama pada umur ≥ 35 tahun. Pada usia tersebut mudah terjadi penyakit pada ibu dan organ kandungan yang menua. Jalan lahir juga tambah kaku. Ada kemungkinan lebih besar ibu hamil mendapatkan anak cacat, terjadi persalinan macet dan perdarahan. Bahaya yang terjadi antara lain :

- 1) Hipertensi / tekanan darah tinggi
- 2) Pre-eklamsia
- 3) Ketuban pecah dini: yaitu ketuban pecah sebelum persalinan
- 4) Persalinan tidak lancar atau macet: ibu mengejan lebih dari satu jam, bayi tidak dapat lahir dengan tenaga ibu sendiri melalui jalan lahir biasa.
- 5) Perdarahan setelah bayi lahir
- 6) Bayi lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR) < 2500 gr.

Usia ibu hamil 35 tahun ke atas dapat berisiko mengalami kelainan-kelainan antara lain:

- 1) Frekuensi mola hidatidosa pada kehamilan yang terjadi pada awal atau akhir usia subur relatif lebih tinggi. Efek paling berat dijumpai pada wanita berusia lebih dari 45 tahun.
- 2) Frekuensi abortus yang secara klinis terdeteksi meningkat 26% pada mereka yang usianya lebih dari 45 tahun
- 3) Wanita bukan kulit putih berusia 35 sampai 44 tahun lima kali lebih mungkin mengalami kehamilan ektopik daripada wanita kulit putih berusia 15 sampai 24 tahun.
- 4) Risiko nondisjungsi meningkat seiring dengan usia ibu. Oosit tertahan dalam midprofase dari miosis 1 sejak lahir sampai ovulasi, penuaan diperkirakan merusak kiasma yang menjaga agar pasangan kromosom tetap menyatu. Apabila miosis dilanjutkan sampai selesai pada waktu ovulasi, nondisjungsi menyebabkan

salah satu gamet anak mendapat dua salinan dari kromosom yang bersangkutan, sehingga terbentuk trisomi, anak lahir dengan cacat bawaan sindrom down. Ibu hamil dengan persalinan terakhir ≥ 10 tahun yang lalu. Ibu dalam kehamilan dan persalinan ini seolah-olah menghadapi persalinan yang pertama lagi.³⁷ Bahaya yang dapat terjadi:

- Persalinan dapat berjalan tidak lancar
- Perdarahan pasca persalinan
- Penyakit ibu: Hipertensi (tekanan darah tinggi), diabetes, dan lain-lain.

f. Dampak Persalinan Pada Primitua Sekunder

Beberapa Penyulit Persalinan pada Primigravida tua seperti diuraikan dalam gambaran umum, pada umumnya peneliti menemukan bahwa kejadian penyulit kehamilan dan persalinan pada primigravida tua lebih tinggi; dan bagaimana kejadian jenis-jenis penyulit persalinan terutama yang akan masuk dalam penelitian ini, akan dipaparkan selanjutnya yaitu :

1) Kelainan his

Kelainan his atau kelainan tenaga adalah salah satu yang menyebabkan faktor persalinan yang sulit atau distosia. His yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan rintangan pada jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan, dan bila tidak dapat diatasi, maka persalinan akan mengalami hambatan atau kemacetan. Terdapat kelainan baik kekuatan maupun sifatnya, sehingga menghambat kelancaran persalinan.³⁸

Jenis-jenis kelainan his :

a) Inersia uteri

Inersia uteri merupakan keadaan dimana his bersifat

biasa dalam arti bahwa fundus berkontraksi lebih kuat dan lebih dahulu daripada bagian-bagian lain, dan peranan fundus tetap menonjol. Kelainan terletak dalam hal kontraksi uterus lebih lemah, singkat dan jarang daripada biasa (dibandingkan his yang normal). Keadaan umum penderita baik dan rasa nyeri tidak seberapa.

- b) *Hypertonic uterine contraction (coordinated hypertonic uterine contraction).*

His terlampau kuat atau *hypertonic uterine contraction* disebut juga tetania uteri.²⁸ Ini bukan merupakan penyebab distosia tetapi merupakan kelainan his. His yang terlalu kuat dan efisien menyebabkan persalinan selesai dalam waktu yang sangat singkat. His terlampau kuat atau *hypertonic uterine contraction* yang terkoordinasi dapat menyebabkan partus presipitatus yaitu persalinan selesai dalam waktu kurang dari 3 jam. Sifat his normal, tonus otot diluar his juga biasa, kelainannya terletak pada kekuatan his. Kadang-kadang ditemukan lingkaran retraksi patologis Bandl yaitu antara bagian atas dan bagian bawah lingkaran retraksi menjadi sangat jelas. Ligamen rotunda menjadi tegang serta lebih jelas teraba.

- c) *Incoordinated uterine action (incoordinated hypertonic uterine contraction)*

Kelainan his yang disebut *incoordinated uterine contraction*, disini sifat his berubah. Tonus otot terus meningkat juga diluar his, dan kontraksinya tidak berlangsung seperti biasa karena tidak ada sinkronisasi kontraksi antara bagian-bagiannya. Tidak adanya koordinasi antara kontraksi bagian atas, tengah dan bawah sehingga menyebabkan his tidak efisien dalam mengadakan pembukaan. Disamping itu tonus otot uterus menarik menyebabkan rasa nyeri yang

lebih keras dan lama bagi ibu dan dapat pula menyebabkan hipoksia pada janin. Kelainan ini disebut juga uncoordinated hypertonic uterine contraction.

2) Persalinan Lama

Persalinan lama atau partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 18 jam yang dimulai dari tanda-tanda persalinan.³⁹ Definisi lain persalinan lama adalah persalinan yang berlangsung 24 jam pada primi dan 18 jam pada multigravida. Luke dan Brown (2007) menggunakan istilah dan batasan prolonged labour lebih dari 20 jam, demikian juga Manuaba mendefinisikan persalinan lama atau partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam¹¹.

3) Seksio Sesarea

Istilah yang disebut oleh Mochtar (1998) selain seksio sesarea disebut juga dengan Operasi Kaisar atau Sectio Caesarea. Istilah section caesarea berasal dari perkataan Latin caedere yang artinya memotong. Perlu diingat seorang wanita yang telah mengalami operasi pasti akan menimbulkan cacat dan parut pada rahim, yang dapat membahayakan kehamilan dan persalinan berikutnya, walaupun bahaya tersebut relatif kecil (Manuaba, 2014

g. Dampak Nifas Persalinan Pada Primitua Sekunder

Perdarahan postpartum sekunder disebut juga perdarahan postpartum lanjut. Dalam buku panduan praktis pelayanan kesehatan maternal dan neonatal mengemukakan bahwa terdapat beberapa masalah mengenai definisi perdarahan pasca persalinan. Perkiraan kehilangan darah biasanya tidak sebanyak yang sebenarnya, kadang-kadang hanya setengah dari Pelepasan plasenta selalu terjadi perdarahan karena sinus-sinus maternalis ditempat insersinya pada

dinding uterus terbuka. Biasanya perdarahan itu tidak banyak, sebab kontraksi dan retraksi otot-otot uterus menekan pembuluh-pembuluh darah yang terbuka, sehingga lumennya tertutup kemudian pembuluh darah tersumbat oleh bekuan darah. Seorang wanita sehat dapat kehilangan 500 ml darah tanpa akibat buruk.

Menjelang aterm, diperkirakan bahwa sekitar 600 ml/mnt darah mengalir melalui ruang antartilus. Dengan terlepasnya plasenta, arteri-arteri dan vena uterus yang mengangkut dari dan ke plasenta terputus secara tiba-tiba. Di bagian tubuh lain hemostasis tanpa ligasi bedah bergantung pada vasospasme intrinsik dan pembentukan bekuan darah lokal. Di tempat implantasi plasenta, yang paling penting untuk hemostasis adalah kontraksi dan retraksi miometrium untuk menekan pembuluh darah dan menutup lumennya. Potongan plasenta atau bekuan darah besar yang melekat akan menghambat kontraksi dan retraksi miometrium yang efektif sehingga hemostasis di tempat implantasi terganggu. Sebenarnya. Darah tersebut bercampur dengan cairan amnion atau dengan urin. Darah juga tersebar pada spons, handuk, dan kain didalam ember dan di lantai. Volume darah yang hilang juga bervariasi akibatnya sesuai dengan kadar hemoglobin ibu. Seorang ibu dengan kadar Hb normal akan dapat menyesuaikan diri terhadap kehilangan darah yang akan berakibat fatal pada yang anemia.

8. Persalinan Kala I Memanjang

a. Pengertian

Persalinan kala I dikatakan memanjang jika berlangsung lebih dari 24 jam pada primigravida dan 18 jam pada multigravida. Menurut WHO, partus lama adalah persalinan dengan adanya kontraksi uterus yang disertai pembukaan serviks dan berlangsung lebih dari 24 jam. Definisi lain menurut *American Collage of Obstetricians and Gynecologist* (ACOG) partus lama adalah kala I fase laten lebih dari 20 jam pada nulipara dan lebih dari 14 jam pada

multipara. Partus lama dapat menyebabkan berbagai komplikasi pada ibu dan janin diantaranya trauma obstetrik pada ibu dan terjadi asfiksia neonatorum pada janin. Angka kematian ibu dengan partus lama di Indonesia sebesar 1-1,8%.⁴⁰

Akibat dari persalinan lama pada janin mengakibatkan asfiksia, caput succedaneum, molase, cedera akibat tindakan ekstraksi, pecahnya ketuban lama sebelum kelahiran dapat mengakibatkan infeksi paru-paru dan infeksi sistemik pada bayi. Sedangkan pada ibu akan terjadi penurunan semangat, kelelahan, syok, atonia uteri, laserasi, infeksi dan resiko ruptur uteri.⁴¹

b. Etiologi

Menurut Oxorn ada beberapa hal yang menjadi etiologi partus lama kala 1 memanjang yaitu⁴² :

- 1) Disproporsi fetopelvik
 - a.) Panggul kecil
 - b.) Anak besar
- 2) Malpresentasi/malposisi
- 3) Persalinan tidak efektif
 - a.) *Primary inefficient uterine contraction*
 - b.) Kelelahan myometrium : inertia sekunder
 - c.) Cincin konstiksi
 - d.) Ketidakmampuan atau penolakan pasien untuk mengejan
 - e.) Anesthesia berlebihan
- 4) Distosia jaringan lunak
 - a.) Canalis vaginalis yang sempit
 - b.) Perineum kaku

c. Klasifikasi

Menurut Nurhayani Purba tahun 2021 terdapat 2 klasifikasi kala 1 memanjang yaitu :

- 1) Fase laten memanjang

Merupakan tahapan awal dari kala 1 fase laten yang dimulai dari pembukaan 0 sampai pembukaan 3 cm. Membutuhkan waktu 13 jam pada primipara dan 8 jam pada multipara. Fase laten yang melampaui waktu 20 jam pada primipara dan 14 jam pada multipara merupakan keadaan yang abnormal.

2) Fase aktif memanjang

Merupakan fase yang paling penting dalam kemajuan persalinan. Pada fase ini bidan sebagai penolong persalinan harus mampu menilai kemajuan persalinan dengan acuan penurunan bagian terbawah janin dan kemajuan pembukaan serviks yang dipengaruhi oleh kontraksi yang adekuat. Pada primipara, fase aktif lebih dari 12 jam merupakan keadaan yang abnormal. Yang penting dari kala 1 fase aktif memanjang ini adalah kecepatan dilatasi serviks yang lajunya kurang dari 1,2 cm perjam, membuktikan adanya abnormalitas dan harus menimbulkan kewaspadaan dokter atau bidan yang menjadi penolong persalinan tersebut. Pemanjangan fase aktif meliputi:

- a) Malpresentasi janin
- b) Disproporsi pelvik
- c) Penggunaan sedative dan analgetik yang sembrono
- d) Ketuban pecah sebelum dimulainya persalinan

Fase aktif memanjang pada multipara yang berlangsung lebih dari 6 jam (rata-rata 2,5 jam) dan laju dilatasi serviks kurang dari 1,5 cm per jam merupakan keadaan abnormal. Pengamatan yang cermat menjadi upaya untuk menghindari kelahiran pervaginam yang traumatik dan pertimbangan *sectio caesarea* (SC) merupakan tindakan penting dalam penatalaksanaan masalah kala 1 memanjang (Laurenche, 2023).

d. Patofisiologi

Faktor-faktor yang menjadi penyebab terjadinya kala 1 memanjang meliputi keadaan his yang sangat berpengaruh pada proses dilatasi serviks. Kelainan his meliputi inersia uteri, his yang terlalu kuat, dan kekuatan uterus yang tidak terkoordinasi. Kelainan letak janin dan keadaan janin yaitu letak sungsang, letak melintang, janin besar, kelainan anatomik mayor. Kelainan panggul atau jalan lahir yaitu panggul sempit dan *cephalopelvic disproportion* (CPD). Panggul sempit terbagi menjadi tiga yaitu kesempitan pada pintu atas panggul (PAP), kesempitan pada pintu tengah panggul (PTP), dan kesempitan pada pintu bawah panggul (PBP).

e. Faktor predisposisi

1) Faktor dari ibu

a) Umur

Pada ibu dengan umur kurang dari 20 tahun, perkembangan alat-alat reproduksi belum matang sehingga sering timbul komplikasi persalinan, sedangkan ibu dengan umur lebih dari 35 tahun, mulai terjadi regresi sel-sel tubuh terutama endometrium sehingga menyebabkan proses kehamilan dan persalinan menjadi beresiko.

b) Paritas

Pada ibu dengan paritas primipara karena tidak punya pengalaman melahirkan maka kemungkinan terjadinya kelainan dan komplikasi cukup besar.

Pada ibu yang sering melahirkan memiliki resiko mengalami komplikasi persalinan pada kehamilan

berikutnya apabila tidak memperhatikan kebutuhan gizi. Pada paritas lebih dari tiga, keadaan rahim biasanya sudah lemah sehingga menimbulkan persalinan lama dan persarahan saat kehamilan.

c) His

His adalah kontraksi otot-otot rahim dalam proses persalinan. His mempunyai sifat baik dan sempurna yaitu kontraksi yang simetris, kekuatan paling tinggi berada di fundus uteri, kekuatannya seperti gerakan memeras rahim, setelah adanya kontraksi diikuti dengan adanya relaksasi dan pada setiap his menyebabkan terjadinya perubahan serviks yaitu menipis dan membuka.

His dapat dinilai dengan kemajuan persalinan, sifat dari his itu sendiri (frekuensinya, lamanya, kuatnya, dan relaksasinya).

(1) Inersia uteri / *Hypotonic Uterine Contraction*

Suatu keadaan dimana kontraksi uterus lebih lama, singkat dan jarang dari biasanya. Ketika ketuban masih utuh umumnya tidak bahaya baik bagi ibu dan janin, kecuali jika persalinan telah berlangsung terlalu lama.

(2) His yang terlalu kuat/ *Hypertonic Uterine Contraction* His yang terlalu kuat dan terlalu efisien dapat menyebabkan persalinan selesai dalam waktu singkat. Partus yang selesai kurang dari 3 jam dinamakan partus presipitatus. Bahaya partus presipitatus bagi ibu adalah terjadi perlukaan yang luas di jalan lahir terkhusus serviks uteri, vagina, dan perineum. Sedangkan bagi janin terjadi perdarahan dalam tengkorak karena bagian tersebut mengalami

tekanan kuat dalam waktu yang singkat.

- (3) Kekuatan uterus yang tidak terkoordinasi /Incoordinate Uterine Action

Tidak terjadi adanya koordinasi antara kontraksi bagian atas, tengah, bawah menyebabkan his tidak efisien dalam mengadakan pembukaan sehingga menyebabkan kala 1 memanjang.

d) Jalan lahir

Kelainan panggul disebabkan oleh gangguan pertumbuhan, penyakit tulang dan sendi (rachititis, neoplasma, fraktur), penyakit kolumna vertebralis (kyphosis, scoliosis), kelainan ekstremitas inferior (coxitis, fraktur). Kelainan panggul menyebabkan kesempitan panggul terbagi menjadi 3 bagian yaitu :

- (1) Kesempitan pintu atas panggul (PAP)

Pintu atas panggul (PAP) dapat dikatakan sempit jika ukuran konjugata vera kurang dari 10 cm atau diameter transversa kurang dari 12 cm.

- (2) Kesempitan pintu tengah panggul (PTP)

Pintu tengah panggul (PTP) dapat dikatakan sempit jika distansia interspinarum ditambah diameter sagitalis posterior kurang dari 13,5 cm. Normalnya berukuran 10,5 cm ditambah 5 cm yaitu 15,5 cm.

- (3) Kesempitan pintu bawah panggul (PBP)

Pintu bawah panggul (PBP) dapat dikatakan sempit jika distansia intertuberum kurang dari 8 cm dan diameter transversa ditambah dengan diameter sagitalis posterior kurang dari 15 cm. Normalnya berukuran 11 cm ditambah 7,5 cm yaitu 18,5 cm.

2) Faktor janin

Kelainan keadaan janin yang meliputi kelainan letak sungsang, letak melintang, kelainan ukuran janin, kelainan anatomik mayor.

f. Tanda dan gejala klinis

Tanda klinis kala 1 fase aktif memanjang terjadi pada ibu dan juga pada janin meliputi :

1) Pada Ibu

Gelisah, lelah, suhu tubuh meningkat, berkeringat. nadi cepat, pernapasan cepat dan perut kembung.

2) Pada Janin

- a) Denyut jantung janin cepat/tidak teratur, air ketuban terdapat mekonium, kental kehijauan dan berbau
- b) Caput succedaneum yang besar
- c) Moulage kepala yang hebat
- d) Kematian janin dalam kandungan
- e) Kematian janin intra partal⁴³

Gejala klinis kala 1 fase aktif memanjang terjadi pada ibu dan juga janin meliputi :

1) Bagi Ibu

- a) Ketuban Pecah Dini

Apabila kepala tertahan pada pintu atas panggul,

seluruh tenaga dari uterus diarahkan ke bagian membran yang menyentuh os internal. Akibatnya, ketuban pecah dini lebih mudah terjadi infeksi.

b) Sepsis Puerperalis

Infeksi menimbulkan resiko serius bagi ibu dan janin pada kasus persalinan lama, terutama karena selaput ketuban pecah dini. Bahaya infeksi akan meningkat karena pemeriksaan vagina yang berulang-ulang.

c) Ruptur Uterus

Penipisan segmen bawah rahim yang abnormal menimbulkan resiko serius selama persalinan lama. Jika disproporsi sangat jelas sehingga tidak ada engagement atau penurunan, segmen bawah rahim menjadi sangat teregang, dan dapat diikuti oleh rupture.

d) Cedera Dasar Panggul

Cedera pada otot dasar panggul, persarafan atau fascia penghubung adalah konsekuensi kelahiran pervaginam yang sering terjadi, terutama apabila kelahirannya sulit.

e) Dehidrasi

Ibu nampak kelelahan, nadi meningkat, tensi mungkin normal atau telah turun, temperatur meningkat.

2) Bagi Janin

Denyut jantung janin mengalami gangguan, dapat

terjadi takikardi menjadi bradikardi. Pada pemeriksaan dengan menggunakan NST (*Non Stress Test*) atau OCT (*Oxytocin Challenge Test*) menunjukkan asfiksia intrauterin. Persalinan lama juga dapat mengakibatkan adanya caput succedaneum yang seringkali terbentuk pada bagian kepala yang paling dependen, dan molase (tumpang tindih tulang-tulang kranium) pada kranium janin mengakibatkan perubahan bentuk kepala.

g. Komplikasi pada ibu dan janin

Kala I Memanjang dapat menimbulkan komplikasi serius bagi salah satu keduanya, yaitu :

1) Pada ibu

a) Infeksi intrapartum

Infeksi intrapartum adalah bahaya serius yang mengancam ibu dan janin, terutama bila disertai pecahnya ketuban. Bakteri didalam cairan amnion dapat menembus dan menginvasi desidua serta pembuluh korion sehingga terjadi bakteremia dan sepsis pada ibu serta janin. Pneumonia pada janin merupakan akibat dari aspirasi cairan amnion yang terinfeksi. Pemeriksaan serviks dengan memasukkan jari tangan ke dalam vagina akan memasukkan bakteri di vagina ke dalam uterus. Pemeriksaan ini dibatasi selama persalinan.

b) Rupture uteri

Penipisan abnormal segmen bawah rahim menimbulkan bahaya serius selama kala I memanjang, terutama pada ibu dengan paritas tinggi dan pada mereka

dengan riwayat *Sectio Caesarea* (SC). Apabila disproporsi antara kepala janin dan panggul sedemikian besar sehingga kepala tidak cakap (engaged) dan tidak terjadi penurunan, segmen bawah rahim akan menjadi sangat teregang kemudian dapat menyebabkan ruptur.

c) Cincin retraksi patologis

Pada kala I memanjang tidak jarang muncul cincin lokal uterus. Tipe yang paling sering adalah cincin retraksi patologis. Bandl adalah pembentukan cincin retraksi normal yang berlebihan. Cincin ini sering timbul akibat persalinan yang terhambat, lama dan disertai dengan peregangan dan penipisan berlebihan pada segmen bawah rahim. Pada kasus ini, cincin dapat terlihat jelas sebagai suatu identitas abdomen dan menandakan adanya ancaman akan rupturnya segmen bawah rahim.

d) Pembentukan fitsula

Ketika bagian terendah bawah janin menekan kuat ke PAP, tetapi tidak maju untuk jangka waktu yang lama, bagian jalan lahir yang terletak diantaranya dan dinding panggul dapat mengalami tekanan yang berlebihan. Karena gangguan sirkulasi, dapat terjadi nekrosis yang jelas dalam beberapa hari setelah melahirkan dengan munculnya fitsula vesikoservikal, fitsula vesikovaginal, dan rekovaginal.

e) Cidera otot-otot dasar panggul

Pada persalinan pervaginam dan persalinan kala I memanjang disertai penyulit lainnya memiliki konsekuensi akan mengalami cidera otot dasar panggul

atau persyarafan. Saat bayi lahir, dasar panggul mendapatkan tekanan langsung dari kepala janin serta tekanan kebawah akibat dari upaya mengejan ibu. Tekanan ini meregangkan dan melebarkan otot dasar panggul sehingga terjadi perubahan fungsional dan anatomik otot, saraf dan jaringan ikat.

f) Dehidrasi

Ibu nampak kelelahan, nadi meningkat, tekanan darah normal atau turun, suhu tubuh ibu meningkat.

2) Pada janin

a) Gangguan DJJ

Detak jantung janin mengalami gangguan yaitu terjadi takikardi dan bradikardi

b) Asfiksia pada janin akibat dari kala I memanjang

c) Caput succedaneum

Caput succedaneum yang besar dibagian terbawah kepala janin (pembengkakan kulit kepala). Biasanya caput succedaneum dapat hilang dalam beberapa hari setelah persalinan.

d) Moulage kepala janin

Moulage atau moulase kepala janin terjadi akibat his yang kuat, lempeng-lempeng tulang tengkorak saling bertumpang tindih satu sama lain di sutura-sutura besar. Moulase kepala janin dapat menyebabkan robekan tentorium laserasi pembuluh darah janin dan mengakibatkan perdarahan intracranial pada janin.

h. Indikasi Kala I Memanjang

1) Fase aktif memanjang

Terjadi pembukaan serviks melewati kanan garis waspada partograf

2) Inersia uteri

Frekuensi his kurang dari 3x/10 menit/kurang dari 40 detik

3) Obstruksi kepala

Terjadi pembukaan serviks dan turunnya bagian janin yang dipresentasi tidak maju dengan caput, terdapat moulase hebat, edema serviks, tanda rupture uteri imminens, gawat janin

4) Malpresentasi atau malposisi

Kelainan presentasi (selain vertex dengan oksiput anterior)

i. Diagnosis Penunjang

Untuk menegakkan diagnosis diperlukan beberapa pemeriksaan penunjang antara lain :

- 1) Pemeriksaan USG untuk mengetahui letak janin
- 2) Pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui kadar hemoglobin guna mengidentifikasi apakah pasien menderita anemia atau tidak
- 3) Pemeriksaan sinar *rontgen* dilakukan jika diagnosis sulit ditegakkan karena terjadi moulage yang cukup banyak dan *caput succedaneum* yang besar, pemeriksaan sinar *rontgen* dapat membantu menentukan posisi janin serta menentukan bentuk dan ukuran panggul.

j. Penatalaksanaan

Penanganan umum pada ibu bersalin dengan kala 1 memanjang yaitu :

- 1) Nilai keadaan umum, tanda-tanda vital dan kadar cairan
- 2) Periksa keadaan janin : periksa DJJ selama atau setelah his, hitung frekuensinya minimal setiap 30 menit selama fase aktif

- 3) Jika terdapat gawat janin lakukan *sectio caesarea* kecuali jika syarat dipenuhi lakukan ekstraksi vacum atau forceps
- 4) Jika ketuban sudah pecah, berwarna kehijau-hijauan atau bercampur darah pikirkan kemungkinan gawat janin
- 5) Jika tidak ada air ketuban yang mengalir setelah selaput ketuban pecah, pertimbangkan adanya indikasi penurunan jumlah air ketuban yang dapat menyebabkan gawat janin
- 6) Perbaiki keadaan umum dengan :
 - a) Memberikan dukungan semangat kepada pasien selama persalinan.
 - b) Pemberian intake cairan kurang lebih 2.500ml per hari. Dehidrasi ditandai adanya aseton dalam urin dan harus dicegah.
 - c) Pemberian terapi micropostol 0,4 mg sesuai dengan advis dokter, obat ini digunakan untuk memberikan perubahan pembukaan.
 - d) Pemeriksaan rectum atau vaginal harus dikerjakan dengan frekuensi sekecil mungkin. Pemeriksaan ini menyakiti pasien dan meningkatkan resiko infeksi. Semua pemeriksaan harus dilakukan dengan tujuan yang jelas.
 - e) Apabila hasil pemeriksaan menunjukkan adanya kemajuan dan kelahiran diperkirakan terjadi dalam jangka waktu yang layak serta tidak terjadi dalam jangka waktu yang layak serta tidak terjadi gawat janin ataupun pada ibu maka persalinan dapat dilakukan dengan spontan
- 7) Apabila kontraksi tidak adekuat
 - a) Menganjurkan untuk mobilisasi dengan berjalan dan mengubah posisi dalam persalinan.
 - b) Rehidrasi melalui infus atau minuman.

- c) Merangsang puting susu.
 - d) Mandi selama persalinan fase aktif.
 - e) Lakukan penilaian frekuensi dan lamanya kontraksi berdasarkan patograf.
- 8) Evaluasi ulang dengan pemeriksaan vaginal tiap 4 jam.
- a) Apabila garis tindakan dilewati (memotong) lakukan sectio caesarea.
 - b) Apabila ada kemajuan persalinan maka evaluasi setiap 2 jam.
 - c) Apabila tidak didapatkan tanda adanya CPD

(*Cephalopelvic disproportion*) berikan :

- i. Berikan penanganan umum yang kemungkinan akan memperbaiki kontraksi dan mempercepat kemajuan persalinan.
 - ii. Apabila kecepatan pembukaan serviks pada waktu fase aktif kurang dari 1 cm per jam lakukan penilaian kontraksi uterus.
 - iii. Lakukan induksi dengan oksitosin drip 5 unit dalam 500 cc *dektrosa* atau NaCl.
- 9) Standar Prosedur Operasional (SPO) RSI Fatimah Cilacap dalam penanganan kala I memanjang :
- a) Apabila kala I memanjang disebabkan oleh KPD maka SPO nya adalah :
 - (1) Pada pasien konservatif

(a) Berikan antibiotik sesuai advice dokter

(b) Berikan steroid jika umur kehamilan < 34 minggu untuk kematangan paru yaitu injeksi

dexamethasone 2x1 ampul selama 2 hari
atau sesuai advice dokter DPJP.

- (c) Berikan tokolitik yaitu nifedipine 10 mg 1-2 kali dalam waktu 1 jam atau sesuai advice dokter DPJP jika UK 32-37 minggu.

(2) Pada pasien fase aktif

- (a) Induksi persalinan dengan misoprostol 50 mg tiap 6 jam.
- (b) Berikan antibiotik dosis tinggi bila ada tanda- tanda infeksi dan persalinan di akhiri.
- (c) Berikan antibiotik setelah persalinan bila tanda infeksi dilanjutkan untuk 24-48 jam setelah bebas panas.
- (d) Lakukan evaluasi tindakan, kontrak untuk kegiatan selanjutnya dan dokumentasikan tindakan.

b) Kala I memanjang karena fetal distress, SPO nya adalah :

- (1) Tegakkan diagnosa apabila DJJ < 100x/menit atau > 180x/menit.
- (2) Hentikan infus bila sedang diinfus oksitosin.

(3) Berikan tokolitik (nifedipine tab 10 mg).

- (4) Posisikan ibu miring kiri (memberikan oksigen ke janin).
- (5) Lakukan pemeriksaan dalam untuk mengetahui penyebab gawat janin, jika sebab dari ibu tidak diketahui DJJ tetap abnormal sepanjang paling sedikit 3 kontraksi.

- (6) Pikirkan solusio plasenta, jika terdapat perdarahan dengan nyeri hilang timbul atau menetap.
 - (7) Berikan antibiotik untuk amnionitis jika terdapat tanda infeksi.
 - (8) Lakukan penanganan prolaps tali pusat jika tali pusat terletak dibagian bawah janin atau dalam vagina.
 - (9) Siapkan persalinan dengan ekstraksi vacum atau SC jika DJJ tetap abnormal atau ada tanda-tanda lain gawat janin.
- c) Kala I memanjang dengan permasalahan kontraksi, SPO dengan infeksi sebagai berikut :
- (1) Berikan oksitosin drip 5 iu dengan 500 cc RL dosis 8 tpm.
 - (2) Pantau DJJ, TTV ibu, dan kontraksi uterus.
 - (3) Lanjutkan pemberian oksitosin kedua apabila belum ada pembukaan dan jika tidak ada komplikasi lakukan partus spontan.
 - (4) Hentikan induksi jika terjadi : tetani uteri, inkoordinasi rahim, ring kontraksi, jika terjadi berikan oksigen tokolitik dan lakukan tindakan segera/SC CITO.
 - (5) Dokumentasikan dan evaluasi tindakan.
- d) Kala I memanjang karena malpresentasi, SPO nya sebagai berikut :
- (1) Apabila presentasi dahi lakukan SC.
 - (2) Apabila presentasi muka posisi dagu anterior :

lahirkan dengan spontan apabila pembukaan lengkap, lakukan SC apabila tidak ada kemajuan persalinan.

- (3) Apabila posisi dagu posterior : lahirkan jika pembukaan lengkap, lakukan SC apabila persalinan macet.
- (4) Apabila presentasi majemuk : persalinan dapat spontan jika bayi kecil/mati dan maserasi, tempatkan ibu dalam posisi trendelenburg, dorong tangan keluar pubis dan pertahankan sampai ada kontraksi dan kepala turun ke rongga panggul, lanjutkan penatalaksanaan normal.
- (5) Apabila presentasi bokong : lakukan SC.
- (6) Apabila letak lintang : lakukan SC.

k. Tata laksana Kala I Memanjang oleh bidan

Bidan memiliki kewenangan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/ 320/ 2020 tentang standar profesi bidan dalam penanganan kegawatdaruratan pada partus lama/macet. Peran bidan adalah mengenali secara tepat tanda dan gejala partus lama/macet serta melakukan penanganan yang memadai dan tepat waktu untuk merujuk ke persalinan yang aman. Tujuannya adalah untuk mengetahui segera dan memberi penanganan yang tepat pada partus lama/macet. Hasil yang diharapkan yaitu mengenali secara dini tanda gejala partus lama/macet dan melakukan tindakan yang tepat. Serta menggunakan patograf secara seksama untuk semua ibu dalam

proses persalinan sebagai upaya penurunan kematian/morbiditas ibu dan bayi akibat partus lama/macet.