

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Teori Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan masa yang dimulai dari konsepsi hingga lahirnya janin. Lama kehamilan ini berlangsung selama 280 hari (40 minggu atau sama dengan sembilan bulan tujuh hari) (Situmorang dkk., 2021).

Kehamilan merupakan proses yang diawali dengan pertemuan sel ovum dan sel sperma di dalam uterus tepatnya di tuba fallopi. Setelah itu terjadi proses konsepsi dan terjadi nidasi, kemudian terjadi implantasi pada dinding uterus, tepatnya pada lapisan endometrium yang terjadi pada hari keenam dan ketujuh setelah konsepsi (Rintho, 2022).

2. Klasifikasi kehamilan

Menurut Kasmiati (2023) yaitu mengklasifikasikan masa hamil menjadi tiga, yaitu :

- a. Trimester I (0-12 minggu)
- b. Trimester II (13-25 minggu).
- c. Trimester III (26-40 minggu)

3. Kebutuhan Pada Masa Kehamilan

Selain gizi yang cukup, kebutuhan dasar selama ibu hamil juga harus diperhatikan, karena hal ini sangat berpengaruh terhadap kondisi ibu baik fisik maupun psikologisnya mengingat reaksi terhadap perubahan selama masa kehamilan antara satu dengan ibu hamil lainnya dalam penerimanya tidaklah sama.

Menurut (Anggraini & Anjani, 2021) kebutuhan dasar ibu hamil diantaranya :

a. Nutrisi

Kecukupan gizi ibu hamil di ukur berdasarkan kenaikan berat badan. Kalori ibu hamil 300-500 kalori lebih banyak dari sebelumnya.

b. Seksual

Hubungan seksual pada trimester 3 tidak berbahaya kecuali ada beberapa riwayat pernah mengalami arbutus, Riwayat perdarahan pervaginam, terdapat tanda infeksi dengan adanya pengeluaran cairan disertai rasa nyeri dan panas pada jalan lahir.

c. Istirahat Cukup

Istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan Kesehatan dan kebutuhan tidur yang efektif yaitu 8 jam/ hari.

d. Kebersihan Diri (*Personal Hygiene*)

Penting bagi ibu menjaga kebersihan dirinya selama hamil, hal ini dapat mempengaruhi fisik dan psikologis ibu. Kebersihan lain yang juga penting dijaga yaitu kebersihan genetalia karena ibu hamil rentan mengalami keputihan selain itu persiapan laktasi, seperti penggunaan bra yang longgar dan menyangga membantu memberikan kenyamanan dan keamanan bagi ibu.

e. Mempersiapkan kelahiran dan kemungkinan darurat

Bekerja sama dengan ibu, keluarganya, serta masyarakat untuk mempersiapkan rencana kelahiran, termasuk mengidentifikasi penolong dan tempat persalinan, serta perencanaan tabungan untuk mempersiapkan biaya persalinan. Bekerja sama dengan ibu, keluarganya dan masyarakat untuk mempersiapkan rencana jika terjadi komplikasi, termasuk mengidentifikasi kemana harus pergi dan transportasi untuk mencapai tempat tersebut, mempersiapkan donor danar, mengadakan persiapan financial, mengidentifikasi pembuat keputusan kedua jika pembuat keputusan pertama tidak ada ditempat.

f. Memberikan konseling tentang tanda-tanda persalinan

Beberapa tanda-tanda persalinan yang harus ibu hamil ketahui sebagai berikut:

- 1) Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur.
- 2) Keluar lendir bercampur darah (*show*) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada servik.
- 3) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.
- 4) Pada pemeriksaan dalam serviks mendatar dan pembukaan telah ada.

4. Ketidaknyamanan Pada Masa Kehamilan

Ketidaknyamanan pada kehamilan menurut (Meti Patimah, 2020) menyatakan bahwa ibu hamil mengalami ketidaknyamanan selama masa kehamilan, yaitu :

a. Trimester pertama

1) Mual dan muntah

Diakibatkan karna meningkatnya kadar HCG, estrogen/progesterone. Penanganan : Hindari bau yang menyengat dan faktor penyebab, makan sedikit tapi sering, hindari makanan yang berminyak dan berbumbu yang merangsang.

2) Keputihan

Hyperplasia mukosa vagina, meningkatnya produksi lendir dan kelenjar endocervikal sebagai akibat dan peningkatan kadar estrogen. Penanganan: menjaga kebersihan vulva, memakai pakaian dalam yang terbuat dari bahan katun, hindari pakaian dalam yang terbuat dari bahan nilon.

b. Trimester ke Dua

1) Kram kaki

Karena adanya tegang pada otot betis dan otot telapak kaki, diduga adanya ketidakseimbangan mineral di dalam tubuh ibu yang memicu gangguan pada system persyarafan otot-otot

tubuh. Penanganan : lakukan senam hamil secara teratur karna senam hamil dapat memperlancar aliran darah dalam tubuh, meningkatkan komsumsi makanan yang tinggi kandungan kalsium dan magnesium seperti sayuran serta susu.

2) Sembelit

Karena peningkatan kadar progesterone menyebabkan peristaltic usus menjadi lambat. Penyerapan air di dalam kolon meningkat karan efek samping dari penggunaan zat besi. Penanganan : tingkatkan intac cairan, serat di dalam menu makanan , istirahat yang cukup, senam hamil, membiasakan BAB secara teratur.

c. Trimester ke Tiga

1) Sering buang air kecil

Adanya tekanan pada kandung kemih akibat semakinbesar ukuran janin. Penanganan : perbanyak minum pada siang hari dan mengurai minum pada malam hari.

2) Sesak nafas

Karna semakin besar ukuran janin di dalam uterus sehingga menekan diafragma. Penanganan : lakukan senam hamil secara teratur

5. Tanda Bahaya Pada Masa Kehamilan

Tanda-tanda bahaya pada kehamilan menurut menurut Buku Kesehatan Ibu Dan Anak (2020) yaitu :

a. Perdarahan pervaginam pada kehamilan muda

Perdarahan pervaginam dalam kehamilan terbagi menjadi 2 yaitu sebelum 24 minggu dan setelah 24 minggu usia kehamilan.

1) Perdarahan sebelum 24 minggu disebabkan oleh :

a) *Implantation bleeding* : sedikit perdarahan saat trophoblast melekat pada endometrium. *Bleeding* terjadi saat implantasi 8-12 hari setelah fertilisasi

- b) *Abortion* : 15% terjadi pada aborsi spontan sebelum 12 minggu usia kehamilan dan sering pada *primigravida*.
 - c) *Hydatidiform molae* : akibat dari degenerasi *chorionic villi* pada awal kehamilan. Embrio mati dan di *reabsorbsi/mola* terjadi di dekat *fetus*. Sering terjadi pada wanita perokok, mempunyai riwayat multipara.
 - d) *Ectopic pregnancy* : *ovum* dan *sperma* yang berfertilisasi kemudian berimplantasi di luar dari *uterine cavity*, 95% berada di tuba, bisa juga berimplantasi di *ovarium*, *abdominal cavity*
 - e) *Cervical lesion* : lesi pada serviks
 - f) *Vaginitis* : infeksi pada vagina
Perdarahan pada awal kehamilan yang abnormal bersifat merah segar, banyak dan adanya nyeri perut.
- b. Perdarahan lebih dari 24 minggu :
- Antepartum haemorrhage* adalah komplikasi serius karena bisa menyebabkan kematian maternal dan bayi. ada 2 jenis yaitu :
- 1) *Plasenta previa* : akibat dari letak plasenta yang abnormal, biasanya plasenta ini terletak sebagian atau total plasenta terletak pada segmen bawah Rahim
 - 2) *Solusio plasenta* : terlepasnya plasenta sebelum waktunya.
Penanganan : Tanyakan pada ibu tentang karakteristik perdarahan, kapan mulai terjadi, seberapa banyak, warnanya, adakah gumpalan, rasa nyeri ketika perdarahan.
 - a) Periksa tekanan darah ibu, suhu, nadi, dan denyut jantung janin
 - b) Lakukan pemeriksaan eksternal, rasakan apakah perut bagian bawah teraba lembut, kenyal ataupun keras
 - c) Jangan lakukan pemeriksaan dalam, apabila mungkin periksa dengan *speculum*

c. *Hipertensi*

Gastional hypertensional adalah adanya tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih atau peningkatan 20 mmHg pada tekanan *diastolic* setelah 20 minggu usia kehamilan dengan pemeriksaan minimal 2 kali setelah 24 jam pada wanita yang sebelumnya *normotensive*. Apabila diikuti proteinuria dan *oedema* maka dikategorikan sebagai *preeklamsia*, bila ditambah adanya kejang maka disebut *eklamsia*. Penanganan :

- 1) Tanyakan pada ibu mengenai tekanan darah sebelum dan selama kehamilan serta tanda-tanda *preeklamsia*
- 2) Tanyakan tentang riwayat tekanan darah tinggi dan *preeklamsia* pada ibu dan keluarga
- 3) Periksa dan monitor tekanan darah, *protein urine*, *refleks* dan *oedema*
- 4) Anjurkan ibu untuk rutin ANC dan perispakan rujukan untuk persalinan.

d. Nyeri perut bagian bawah

Nyeri perut bagian bawah perlu dicermati karena kemungkinan peningkatan kontraksi *uterus* dan mungkin mengarah pada adanya tanda-tanda ancaman keguguran. Nyeri yang membahayakan bersifat hebat, menetap, dan tidak hilang setelah ibu istirahat. Hal ini bisa berhubungan dengan *appendicitis*, kemahilan *ektopik*, *aborsi*, radang panggul, ISK. Penanganan :

- 1) Tanyakan pada ibu mengenai karakteristik nyeri, kapan terjadi, seberapa hebat, kapan mulai dirasakan, apakah berkurang bila ibu istirahat
- 2) Tanyakan pada ibu mengenai tanda gejala lain yang mungkin menyertai misalnya muntah, mual, diare, dan demam
- 3) Lakukan pemeriksaan luar dan dalam, periksa adanya nyeri di bagian pinggang dalam
- 4) Lakukan pemeriksaan proteinuria.

e. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala dan pusing sering terjadi selama kehamilan, sakit kepala yang berisfat hebat dan terus menerus dan tidak hilang bila di bawa istirahat adalah sakit kepala yang abnormal. Bila ibu merasakan sakit kepala hebat di tambah dengan adanya pandangan kabur bisa jadi adalah gejala *preeklamsia*. Penanganan :

- 1) Tanyakan ibu jika ia mengalami odema pada muka / tangan
- 2) Lakukan permeriksaan tekanan darah, adanya proteinuria, refleks dan *oedema*

f. Bengkak di wajah dan tangan

Bengkak yang muncul pada sore hari dan biasanya hilang bila istirahat dengan kaki ditinggikan adalah hal yang normal pada ibu hamil. Bengkak merupakan masalah yang serius apabila muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan di sertai dengan keluhan fisik lainnya. Hal tersebut mungkin merupakan tanda-tanda adanya *anemia*, gagal jantung, ataupun *preeklamsia*.

Penanganan :

- 1) Tanyakan pada ibu apakah mengalami sakit kepala
- 2) Periksa pembengkakan terjadi di mana, kapan hilang, dan karakteristik
- 3) Ukur tekanan darah
- 4) Lakukan pemeriksaan hemoglobin, lihat warna konjungtiva ibu, telapak tangan

g. Gerakan Janin Tidak Terasa

Secara normal ibu merasakan adanya gerakan janin pada bulan ke 5 atau ke 6 usia kehamilan, namun ada beberapa ibu yang merasakan gerakan janin lebih awal. Jika janin tidur gerakan janin menjadi lemah. Gerakan janin dapat ibu rasakan pada saat ibu istirahat, makan, dan berbaring. Biasanya janin bergerak paling sedikit 3 kali dalam 3 jam. Penanganan :

- 1) Tanyakan ibu kapan merasakan gerakan janin terakhir kali

- 2) Dengarkan denyut jantung janin menggunakan *doopler*
 - 3) Rujuk agar mendapatkan pemeriksaan *ultrasound*
6. Tujuan Asuhan Antenatal Care

Tujuan dari *Antenatal Care* adalah ibu hamil mendapatkan asuhan selama kehamilan meliputi pemeriksaan kehamilan, edukasi dan deteksi resiko tinggi sehingga apabila ada temuan bisa segera dilakukan upaya preventif dan kuratif guna mencegah morbiditas dan mortalitas (Lestari, 2020). Tujuan pelayanan *Antenatal Care* menurut Kementerian Kesehatan (2020) adalah :

 - a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
 - b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu juga bayi.
 - c. Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
 - d. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
 - e. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI ekslusif.
 - f. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.
7. Standar Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

Menurut *Midwifery Update*, 2016. Kunjungan *antenatal* sebaiknya paling sedikit 4 kali selama kehamilan :

- a. 1 kali pada usia kandungan sebelum 3 bulan
- b. 1 kali pada usia kandungan sebelum 4-6 bulan
- c. 2 kali pada usia kandungan sebelum 7-9 bulan

Standar Minimal pelayanan *Antenatal Care* yang diberikan kepada ibu hamil yaitu dalam melaksanakan pelayanan *Antenatal Care*, standar pelayanan yang harus dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang

dikenal dengan 10 T. Menurut Permenkes No 4 Tahun 2019, penerapan 10T adalah sebagai berikut :

- a. Berat Badan dan Ukur Tinggi Badan (T1)
- b. Pengukuran tekanan darah (T2)
- c. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA) (T3)
- d. Pengukuran tinggi fundus uteri (TFU) (T4)
- e. Pengukuran Persentasi Janin dan Detak Jantung Janin (DJJ) (T5)
- f. Melakukan Skrinning TT (*Tetanus Toxsoid*) (T6)
- g. Pemberian Tablet Fe (T7)
- h. Pemeriksaan Laboratorium (Rutin dan khusus) (T8)
- i. Tatalaksana atau penanganan khusus (T9)
- j. Temu wicara (Konseling) (T10)

B. Konsep Dasar Teori Persalinan

1. Pengertian persalinan

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prajayanti 2023).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan/kekuatan sendiri (Ayudita 2023).

Persalinan adalah proses pengeluaran (kelahiran) hasil konsepsi yang dapat hidup di luar uterus melalui vagina ke dunia luar. Proses tersebut dapat dikatakan normal atau spontan jika bayi yang dilahirkan berada pada posisi letak belakang kepala dan berlangsung tanpa bantuan alat-alat atau pertolongan, serta tidak melukai ibu dan bayi. Pada umumnya proses ini berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam (Aristiya Novita 2020).

2. Tanda-tanda dan gejala persalinan

Berdasarkan (Santika, Y. 2021) , tanda- tanda dimulainya persalinan adalah :

- a. Terjadinya His Persalinan Sifat his persalinan :
 - 1) Pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan.
 - 2) Sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar.
 - 3) Makin beraktifitas (jalan), kekuatan akan makin bertambah.
- b. Pengeluaran Lendir Darah Terjadinya his persalinan mengakibatkan terjadinya perubahan pada serviks yang akan menimbulkan :
 - 1) Pendataran dan pembukaan
 - 2) Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas
 - 3) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.
- c. Pengeluaran Cairan

Pada beberapa kasus persalinan akan terjadi pecah ketuban. Keadaan ini terjadi menjelang pembukaan lengkap. Setelah adanya pecah ketuban, diharapkan proses persalinan akan berlangsung kurang dari 24 jam. Hasil yang didapatkan pada pemeriksaan dalam :

- 1) Pelunakan *serviks*
- 2) Pendataran *serviks*
- 3) Pembukaan *Serviks*

3. Tahap – Tahap dalam Persalinan

Menurut Fitriana dan Widy (2020), tahapan persalinan yaitu sebagai berikut :

a. Kala I

Kala I persalinan dimulai dari saat persalinan mulai yang ditandai dengan keluarnya lendir darah (*bloody show*) dan timbulnya His atau dari (pembukaan 0) sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini terbagi dalam 2 fase, yaitu :

- 1) Fase *Laten* : berlangsung selama 8 jam, servik membuka sampai 4 cm, kontaksi mulai teratur tetapi lamanya masih 20 – 30 detik dalam 10 menit.
- 2) Fase Aktif : berlangsung selama 7 jam, servik membuka dari 4 cm sampai 10 cm, kontraksi lebih kuat dan lebih sering, terjadi 3 kali atau lebih dalam 10 menit lamanya 40 detik atau lebih. Dari pembukaan 4 cm sampai 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (*Nullipara* atau *primigravida*) atau lebih dari 1 hingga 2 cm pada multipara. Terjadi penurunan bagian bawah janin yang disebabkan oleh tekanan cairan amnion, tekanan langsung fundus pada bokong, kontraksi otot-otot uterus, ekstensi dan penulusuran badan janin.

b. Kala II

Kala II adalah kala pengeluaran bayi. Kala atau fase yang dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai dengan pengeluaran bayi. Setelah serviks membuka lengkap, janin akan segera keluar. His 2-3 x/menit lamanya 60-90 detik. His sempurna dan efektif bila koordinasi gelombang kontraksi sehingga kontraksi simetris dengan dominasi di fundus, mempunyai amplitude 40-60 mm air raksa berlangsung 60-90 detik dengan jangka waktu 2-4 menit dan tonus uterus saat relaksasi kurang dari 12 mm air raksa. Karena biasanya dalam hal ini kepala janin sudah masuk ke dalam panggul, maka pada his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektoris menimbulkan rasa mengedan. Juga dirasakan tekanan pada rectum dan hendak buang air besar. Kemudian perineum menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka. Labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada waktu his. Diagnosis persalinan kala II ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah

tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm (Amelia K dan Cholifah, 2019). Gejala utama kala II adalah sebagai berikut :

- 1) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- 2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- 3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan akibat tertekannya *pleksus frankenhauser*.
- 4) Kedua kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi : kepala membuka pintu, subocciput bertindak sebagai *hipomoglobin*, kemudian secara berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi hidung dan muka, serta kepala seluruhnya.
- 5) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
- 6) Setelah putar paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan cara kepala dipegang pada bagian *os occiput* dan dibawah dagu, kemudian ditarik dengan menggunkan *cunam* kebawah untuk melahirkan bahu depan dan *cunam* keatas untuk melahirkan bahu bawah, setelah kedua bayi lahir, ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi, dan bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.
- 7) Lamanya kala II untuk *primigravida* 1,5-2 jam dan *multigravida* 1,5-1 jam.

c. Kala III

Menurut Rosyati (2017), kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya *plasenta*, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Proses lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan mempertahankan tanda-tanda dibawah ini:

- 1) *Uterus Globuler*

- 2) *Uterus* terdorong keatas karena *plasenta* dilepas ke segmen bawah Rahim
- 3) Tali pusat memanjang
- 4) Terjadi semburan darah tiba-tiba

Sebelum melakukan manajemen aktif kala III, harus melakukan pemeriksaan abdomen ibu terlebih dahulu untuk melihat apakah terdapat janin kedua. Setelah dipastikan tidak terdapat janin kedua penulis melakukan manajemen aktif kala III yaitu melakukan suntik oksitosin 10 IU secara IM, melakukan peregangan tali pusat terkendali dan memassase fundus segera setelah plasenta lahir selama 15 detik .

d. Kala IV

Menurut Rosyati (2017), kala IV dimulai dari saat lahirnya *plasenta* sampai 2 jam postpartum. Kala ini terutama bertujuan untuk melakukan *observasi* karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Darah yang keluar selama perdarahan harus ditakar sebaik-baiknya. Kehilangan darah pada persalinan biasanya disebabkan disebabkan oleh luka pada saat pelepasan *plasenta* dan robekan pada *serviks* dan *perineum*. Rata-rata jumlah perdarahan yang dikatakan normal adalah 250 cc, biasanya 100-300 cc. Jika perdarahan lebih dari 500 cc, maka sudah dianggap abnormal, maka sudah dianggap abnormal, dengan demikian harus dicari penyebabnya . Selama 2 jam setelah lahirnya *plasenta*, yaitu pada 15 menit pertama dan 30 menit kedua, 7 hal yang harus diperhatikan adalah :

- 1) Kontraksi rahim : baik atau tidaknya diketahui dengan pemeriksaan *palpasi*. Jika perlu lakukan *massase* searah jarum jam dan berikan *uterotanika*, seperti *methegen*, atau *ermetrin* dan *oksitosin*.
- 2) Perdarahan ada atau tidak, banyak atau biasa.

- 3) Kandung kemih harus kosong, jika penuh, anjurkan ibu berkemih dan kalau tidak bisa, lakukan *kateter*.
- 4) Luka-luka: jahitannya baik atau tidak, ada perdarahan atau tidak.
- 5) *Plasenta* dan selaput ketuban harus utuh.
- 6) Keadaan umum ibu, tekanan darah, nadi, pernapasan, dan masalah lain.
- 7) Bayi dalam keadaan baik

4. Persalinan dengan komplikasi Ketuban Pecah Dini

a. Definisi Ketuban Pecah Dini

Ketuban Pecah Dini atau ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW) atau premature rupture of the membrane (PROM) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya melahirkan. Pecahnya ketuban sebelum persalinan atau pembukaan pada primipara < 3 cm dan multipara < 5 cm (Purwaningtyas, dkk. 2017).

Ketuban Pecah Dini (KPD) didefinisikan sebagai pecahnya selaput ketuban sebelum terjadinya persalinan. Ketuban pecah dini dapat terjadi setelah usia gestasi 37 minggu dan disebut KPD aterm atau premature rupture of membranes (PROM) dan sebelum usia gestasi 37 minggu atau KPD preterm atau preterm premature rupture of membranes (PPROM) (PNPK, 2016).

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan/sebelum inpartu, pada pembukaan < 4 cm (fase laten) (Cunningham, 2018).

b. Mekanisme Ketuban Pecah Dini

Mekanisme yang terjadi yaitu selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu mengalami perubahan biokimia yang menyebabkan selaput ketuban mengalami kelemahan. Perubahan

struktur, jumlah sel dan katabolisme kolagen menyebabkan aktivitas kolagen berubah dan menyebabkan selaput ketuban pecah (Irsam et al., 2017). Pada trimester ketiga selaput ketuban mudah pecah karena melemahnya kekuatan selaput ketuban yang berhubungan dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim serta gerakan janin. Pada trimester akhir ini terjadi perubahan biokimia pada selaput ketuban. Jika ketuban pecah pada kehamilan aterm adalah hal fisiologis. Namun, jika terjadi pada kehamilan *premature* dapat disebabkan oleh faktor eksternal, misalnya infeksi yang menjalar dari vagina. KPD pada *premature* sering terjadi pada *polihidramnion*, *inkompeten serviks*, dan *solusio plasenta* (Prawirohardjo, 2016).

Terdapat beberapa faktor yang berperan dalam mekanisme ketuban pecah dini menurut Negara, dkk (2017), diantaranya :

1) Peran Infeksi pada KPD

Infeksi merupakan penyebab tersering pada persalinan preterm dan KPD. Bakteri dapat menyebar ke uterus dan cairan *amnion* memicu terjadinya inflamasi dan mengakibatkan persalinan preterm dan KPD.

2) Peran Nutrisi pada KPD

Faktor nutrisi seperti kekurangan gizi merupakan salah satu faktor predisposisi untuk terjadinya gangguan struktur kolagen yang meningkatkan resiko pecahnya selaput ketuban. Vitamin C merupakan kofaktor pembentukan kolagen.

3) Peran Hormon Relaksin pada KPD

Relaksin adalah hormon *peptide kolagenolitik* yang diproduksi oleh *korpus luteum* dan plasenta selama kehamilan sebagai respon terhadap rangsangan oleh human gonadotropin (HCG). Kenaikan kadar hormon relaksin di dalam plasenta beresiko mengalami persalinan *premature* atau PROM.

4) Peran Mekanik pada KPD

Peregangan secara mekanis seperti polihidramnion, kehamilan ganda dan berat badan bayi besar akan menyebabkan regangan pada selaput ketuban. Distensi uterus yang berlebihan juga mengakibatkan meningkatnya tekanan intrauterine, sehingga mengakibatkan melemahnya selaput membran ketuban.

5) Peran ROS pada KPD

Reactive oxygen species (ROS) merupakan molekul tidak stabil yang diproduksi dalam tubuh, yang sedang dipertimbangkan bertanggung jawab atas kerusakan kantung chorioamniotic yang akhirnya akan menyebabkan rupture.⁶

6) Peran *Apoptosis* pada KPD

Pecahnya selaput ketuban tidak hanya berkaitan dengan faktor mekanis dan kimia. Namun, adanya proses kematian sel terprogram (*apoptosis*) dari sel-sel yang terdapat pada selaput ketuban juga berperan serta di dalamnya

c. Etiologi Ketuban Pecah Dini

Menurut (Aspiani & Reny 2017) faktor yang menyebabkan kejadian ketuban pecah dini antara lain :

- 1) Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban yang bisa menyebabkan terjadinya KPD.
- 2) *Serviks* yang *inkompetensia*, *kanalis servikalis* yang selalu terbuka karena kelainan pada *servik uteri* akibat persalinan atau *curetage*.
- 3) Tekanan intra uterine yang meningkat secara berlebihan ekanan intra uterine yang meningkat secara berlebihan dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini, misalnya : kehamilan gemelli, pada ibu multipara, usia ibu 20-35 tahun, umur kehamilan ≥ 37 minggu, kelainan letak, faktor golongan darah, infeksi lokal pada saluran kelamin, faktor sosial seperti:

peminum minuman keras dan keadaan, anemia dan terdapat *sefalopelvik disproporsi* (Arif & Kurnia, 2021).

d. Tanda Dan Gejala Ketuban Pecah Dini

Tanda dan gejala ketuban pecah dini menurut (Sunarti, 2017):

1) Keluarnya cairan yang berisi *meconium*

Cairan dapat keluar saat tidur, duduk, berdiri, atau saat berjalan.

Cairan berwarna putih, keruh, jernih dan hijau.

2) Demam

Apabila ketuban telah lama pecah dan terjadi infeksi, maka pasien akan demam.

3) Bercak darah vagina yang banyak

Plasenta previa : kondisi ini terjadi apabila plasenta berada di bagian bawah saluran vagina dan menyebabkan jalan lahir bayi terhalang pelepasan plasenta, kondisi ini terjadi apabila plasenta terlepas dari dinding uterus sebelum atau pada saat melahirkan dan darah mengumpul diantara plasenta dan uterus.

4) Nyeri perut

5) Ketuban pecah dini menyebabkan kontraksi yang mengakibatkan nyeri atau kram pada perut.

6) Denyut jantung janin bertambah cepat

DJJ bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi.

e. Klasifikasi Ketuban Pecah Dini

Klasifikasi ketuban pecah dini menurut (Ernawati, 2020) dibagi atas usia kehamilan yaitu :

1) Ketuban pecah dini atau disebut juga *premature pupture of membrane* atau *prelabour rupture of membrane* (PROM) adalah pecahnya selaput ketuban pada saat usia kehamilan aterm.

2) Ketuban pecah *prematur* yaitu pecahnya membran korioamniotik sebelum usia kehamilan yaitu kurang dari 37

minggu disebut juga *preterm premature rupture of membrane* atau *preterm prelabour rupture of membrane* (PPROM).

f. Komplikasi Ketuban Pecah Dini

Menurut (Sunarti, 2017) komplikasi ketuban pecah dini terhadap ibu dan janin yaitu :

1) Prognosis Ibu

Komplikasi yang dapat disebabkan KPD pada ibu yaitu infeksi saat persalinan, infeksi masa nifas, cairan ketuban sedikit atau kering, persalinan lama, perdarahan postpartum, meningkatnya tindakan *operatif obstetric* (khususnya section caesarea), meningkatnya angka kematian pada ibu.

2) Prognosis Janin

Komplikasi yang dapat disebabkan KPD pada janin itu yaitu *prematuritas* (*sindrom distes* pernapasan, *hipotermia*, masalah pemberian makanan *neonatal*), *retinopati prematur*, perdarahan *intraventrikular*, *enterecolitis necroticing*, gangguan otak, dan resiko *cerebral palsy*, *hiperbilirubinemia*, *anemia*, *sepsis*, *prolaps funiculli* atau penurunan tali pusat, *hipoksia* dan *asfiksia* sekunder pusat, prolaps uterus, persalinan lama, skor APGAR rendah, *encefalopati*, perdarahan *intrakranial*, gagal ginjal, distress pernapasan, *oligohidromnion* (*sindrom deformitas* janin, *hypoplasia* paru, *deformitas ekstremitas* dan pertumbuhan janin terhambat), serta meningkatkan angka kematian janin.

g. Diagnosa Ketuban Pecah Dini

Untuk menegakkan diagnosis terhadap KPD, tentunya perlu dilakukan anamnesis secara menyeluruh, pemeriksaan fisis dan juga pemeriksaan penunjang yaitu anamnesa, inspeksi, tes valsava,

pemeriksaan dengan speculum dan pemeriksaan dalam (Prawirohardjo, 2016)

Pemeriksaan Penunjang

h. Pemeriksaan Darah Lengkap

Pada kasus KPD leukosit darah $> 15.000/\text{mm}^3$, Hemoglobin normal 12 gram%. Janin yang mengalami takikardi mungkin mengalami infeksi *intrauterine*.

1) Tes Lakmus/Tes Nitrazin

Salah satu tes untuk mendiagnosis ketuban pecah dini adalah tes nitrazin (lakmus test). Secara normal pH cairan vagina adalah berkisar antara 4,5-6,0 dan cairan amnion berkisar antara 7,1-7,3. Akan terjadi perubahan warna pada kertas lakmus yakni menjadi warna biru jika cairan vagina tersebut memiliki pH basa. Namun, jika kertas lakmus tersebut tetap berwarna merah, hal tersebut menandakan jika selaput ketuban masih utuh. Penyebab tes pH positif palsu bisa dikarenakan adanya darah atau air mani, antiseptik alkali, atau vaginosis bakteri. Namun, juga dapat terjadi negatif palsu apabila ketuban pecah dini sudah berlangsung lama. Oleh karena itu, perlu dikonfirmasi dengan pemeriksaan ultrasonografi (Dayal S et al., 2020).

2) Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan USG berfungsi untuk menilai indeks cairan amnion. Jika volumenya berkurang tanpa adanya abnormalitas ginjal janin dan tidak ada pertumbuhan janin terhambat, maka dapat didiagnosis ketuban pecah (POGI, 2016).

3) Pemeriksaan Cardiotocography (CTG)

Cardiotocography (CTG) adalah alat khusus yang digunakan untuk memantau denyut jantung janin dan kontraksi rahim. Tindakan ini dapat melihat adanya gangguan

perkembangan janin sebelum atau selama persalinan. Hasil dari pemeriksaan CTG adalah Non Stress Test (NST) yaitu untuk menilai gambaran denyut jantung janin dalam hubungannya dengan gerakan/aktivitas janin.

i. Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini

Penanganan Ketuban Pecah Dini memerlukan pertimbangan usia gestasi, adanya infeksi pada kehamilan ibu dan janin, serta adanya tanda-tanda persalinan (Prawirohardjo, 2016).

- 1) Ketuban Pecah Dini dengan Kehamilan Aterm
 - a) Diberikan antibiotika profilaksis, Ampicillin 4 x 500 mg selama 7 hari.
 - b) Observasi temperature setiap 3 jam, bila ada kecenderungan meningkat lebih atau sama dengan 37,6 C, segera dilakukan terminasi.
 - c) Bila temperature tidak meningkat, dilakukan observasi selama 12 jam. Setelah 12 jam bila belum ada tanda-tanda inpartu dilakukan terminasi.
 - d) Batasi pemeriksaan dalam, dilakukan hanya berdasarkan indikasi obstetrik.
 - e) Bila dilakukan terminasi, lakukan evaluasi *Pelvic Score* (PS) :
 - (1) Bila PS ≥ 5 , dilakukan induksi dengan oksitosin drip.
 - (2) Bila PS > 5 , dilakukan pematangan serviks dengan Misoprostol 50 μ gr tiap 6 jam per oral maksimal 4 kali pemberian.
- 2) Ketuban Pecah Dini dengan Kehamilan Preterm :
 - a) Penanganan dirawat di Rumah Sakit
 - (1) Diberikan antibiotika : Ampicillin 4 x 500 mg selama 7 hari.

- (2) Untuk merangsang maturase paru diberikan kortikosteroid (untuk UK < 35 minggu) : Deksametason 5 mg setiap 6 jam.
 - (3) Observasi di kamar bersalin : tirah baring selama 24 jam, selanjutnya dirawat di ruang obstetrik. Dilakukan observasi temperature tiap 3 jam, bila ada kecenderungan meningkat lebih atau sama dengan 37,6 °C, segera dilakukan terminasi.
 - (4) Di Ruang Obstetri : temperatur diperiksa tiap 6 jam. Dilakukan pemeriksaan laboratorium: leukosit dan laju endap darah (LED) setiap 3 hari.
 - (5) Ata cara perawatan konservatif : Dilakukan sampai janin viable. Selama perawatan konservatif, tidak dianjurka melakukan pemeriksaan dalam. Dalam observasi 1 minggu, dilakukan pemeriksaan USG untuk menilai air ketuban, bila air ketuban cukup, kehamilan diteruskan, dan bila air ketuban kurang (oligohidramnion) dipertimbangkan untuk terminasi kehamilan. Pada perawatan konservatif, pasien dipulangkan hari ke 7 dengan saran tidak boleh koitus, tidak boleh melakukan manipulasi vagina, dan segera kembali ke
- b) Rumah Sakit bila ada keluar air ketuban lagi
- (1) Bila masih keluar air, perawatan konservatif dipertimbangkan dengan melihat pemeriksaan laboratorium.
 - (2) Bila terdapat leukositosis dan peningkatan LED,
 - (3) Lakukan terminasi kehamilan : induksi persalinan dengan drip oksitosin, *sectio caesarea* bila prasyarat drip oksitosin tidak terpenuhi atau bila drip oksitosin gagal, bila skor pelvik jelek, dilakukan pematangan dan

induksi persalinan dengan Misoprostol 50 µg tiap 6 jam per oral, maksimal 4 kali pemberian.

5. Asuhan standar persalinan normal

Asuhan standar masa persalinan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 tahun 2014 yaitu persalinan harus dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan, persalinan diberikan pada ibu bersalin dalam bentuk 5 aspek dasar yang meliputi membuat keputusan klinik, asuhan sayang ibu dan sayang bayi, pencegahan infeksi, pencatatan (rekam medis) asuhan persalinan dan rujukan pada kasus komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Persalinan dilakukan sesuai dengan standar Asuhan Persalinan Normal (APN). Asuhan Persalinan Normal (APN) terdiri dari 60 langkah menurut Oktarina (2016).

Salah satu prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikuti sertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayinya. Konsep asuhan sayang ibu yaitu, persalinan merupakan peristiwa alami. Sebagian besar persalinan umumnya akan berlangsung normal. Penolong memfasilitasi proses persalinan. Adanya rasa persahabatan, rasa saling percaya, tahu dan siap membantu kebutuhan klien, memberi dukungan moril dan kerja sama semua pihak (penolong, keluarga dan klien) (Indrayani, 2016).

Tujuan pendampingan dalam proses persalinan sangat dibutuhkan untuk memberikan dukungan dan bantuan kepada ibu saat persalinan serta dapat memberikan perhatian, rasa aman, nyaman, semangat, menenangkan hati ibu, mengurangi ketegangan ibu atau memperbaiki status emosional sehingga dapat dipersingkat proses persalinan (Indrayani, 2016).

C. Konsep Dasar Teori Nifas

1. Pengertian Nifas

Masa nifas berasal dari bahasa latin, yaitu *puer* artinya bayi dan *parous* artinya melahirkan atau masa sesudah melahirkan. Masa nifas atau *puerperium* dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai

dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. Pelayanan pasca persalinan harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, yang meliputi Upaya pencegahan, deteksi dini dan pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan pemberian ASI, cara menjarangkan kehamilan, imunisasi, dan nutrisi bagi ibu (R. Soerjo Hadijono, 2016)

2. *Anatomi dan Fisiologis Masa Nifas*

Sistem tubuh ibu akan kembali beradaptasi untuk menyesuaikan dengan kondisi *post partum*. Organ-organ tubuh ibu yang mengalami perubahan setelah melahirkan antara lain (Maritalia, 2017) :

1) *Uterus*

Uterus merupakan organ reproduksi interna, terdiri dari 3 bagian yaitu *fundus uteri*, *korpus uteri* dan *serviks uteri*. Selama kehamilan *uterus* berfungsi sebagai tempat tumbuh dan kembangnya hasil *konsepsi*. Setelah persalinan terjadi perubahan baik ukuran maupun berat *uterus*. Perubahan ini dipengaruhi peningkatan kadar hormon *estrogen* dan *progesteron* selama hamil yang menyebabkan *hipertrofi* otot polos *uterus* (Maritalia, 2017).

Perubahan ukuran *uterus* (*involusi uterus*) pada saat bayi baru lahir yaitu setinggi pusat, ketika *plaseta* lahir tinggi *uterus* 2 jari dibawah pusat, 1 minggu nifas tinggi *uterus* menjadi pertengahan pusat dan *simpisis*, 2 minggu nifas tinggi *uterus* tidak teraba diatas *simpisis*, 6 minggu nifas *uterus* bertambah kecil atau tidak teraba dan 8 minggu masa nifas *uterus* Kembali seperti semula.

2) *Serviks*

Serviks merupakan bagian dasar dari uterus yang bentuknya menyempit sehingga disebut juga sebagai leher rahim. Sesudah persalinan, *serviks* tidak secara otomatis akan menutup seperti *sfincter* melainkan akan menganga seperti corong. Hal ini disebabkan oleh *korpus uteri* yang berkontraksi sedangkan *serviks* tidak berkontraksi.

Segara setelah janin dilahirkan, *serviks* masih dapat dilewati oleh tangan pemeriksa. Setelah 2 jam persalinan *serviks* hanya dapat dilewati oleh 2-3 jari dan setelah 1 minggu persalinan hanya dapat dilewati oleh 1 jari (Maritalia, 2017).

3) *Vagina*

Vagina merupakan saluran yang menghubungkan rongga *uterus* dengan tubuh bagian luar dan memungkinkan *vagina* melebar pada saat persalinan dan sesuai dengan fungsinya sebagai bagian lunak jalan lahir. *Vagina* juga berfungsi sebagai saluran tempat dikeluarkannya lochea. Secara fisiologis, karakteristik *lochea* yang dikeluarkan akan berbeda dari hari ke hari akibat penurunan kadar hormon *estrogen* dan *progesteron*. Karakteristik *lochea* dalam masa nifas adalah sebagai berikut :

a) *Lochea rubra*

Timbul pada hari 1-2 postpartum, terdiri dari darah segar bercampur sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel *desidua*, sisa-sisa *vernix caseosa*, *lanugo* dan *meconium*.

b) *Lochea sanguinolenta*

Timbul pada hari ke 3-7 postpartum dengan karakteristik berupa darah bercampur lendir.

c) *Lochea serosa*

Lochea serosa adalah tahap perdarahan nifas (perdarahan setelah melahirkan) yang muncul pada hari ke-7 hingga ke-14 pasca persalinan. Cairan ini berwarna kuning kecoklatan dan mengandung serum, leukosit (sel darah putih), serta sisa-sisa jaringan desidua dan robekan plasenta, timbul setelah 1 minggu *postpartum*.

d) *Lochea alba*

Timbul setelah 2 minggu postpartum dan hanya merupakan cairan putih. Normalnya *lochea* agak berbau amis,

kecuali bila terjadi infeksi pada jalan lahir, baunya akan berubah menjadi bau busuk (Maritalia, 2017).

4) Payudara (*mammae*)

Payudara atau *mammae* adalah kelenjar yang terletak dibawah kulit, diatas dada. Setelah proses persalinan selesai, pengaruh hormon *estrogen* dan *progesteron* terhadap *hipofisis* mulai menghilang. Pada proses *laktasi* terdapat dua refleks yang berperan, yaitu refleks *prolactin* dan refleks aliran yang timbul akibat perangsangan *putting* susu dikarenakan isapan bayi (Maritalia, 2017).

3. Perubahan Psikologi Masa Nifass

Berikut ini 3 tahap penyesuaian psikologi ibu dalam masa *post partum*, menurut Sutanto (2019) :

1) *Fase Taking In*

Periode ketergantungan berlangsung hari pertama sampai kedua setelah melahirkan. Fokus perhatian ibu adalah dirinya sendiri dan pengalaman proses persalinan sehingga ibu cenderung lebih pasif pada lingkungan sekitarnya.

2) *Fase Taking Hold*

Periode ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu merasa khawatir tidak mampu merawat bayinya dan memerlukan dukungan dalam proses adaptasi.

3) *Fase Letting Go*

Fase ini berlangsung setelah 10 hari melahirkan, merupakan fase menerima tanggungjawab akan peran barunya.

4. Kebutuhan Masa Nifas

Kebutuhan dasar pada ibu masa nifas Walyani (2017) yaitu :

1) Nutrisi

Mengkonsumsi tambahan kalori 500 tiap hari, diet berimbang yaitu makanan yang mengandung karbohidrat yang cukup, protein dan vitamin yang tinggi serta mineral yang cukup, minum

sedikitnya 3 liter tiap hari, yaitu menganjurkan ibu untuk minum air hangat kuku setiap kali hendak menyusui, konsumsi zat besi, konsumsi kapsul vitamin A, makanan harus bermutu, bergizi dan cukup kalori. Sebaiknya makan makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayur-sayuran dan buah-buahan

2) *Ambulasi*

Karena lelah setelah bersalin, ibu harus beristirahat, tidur telentang selama 8 jam *post partum*. Kemudian boleh miring ke kiri/kanan untuk mencegah terjadinya trombosis dan *tromboemboli*, pada hari kedua dibolehkan duduk, hari ketiga diperbolehkan jalan-jalan. Mobilisasi diatas punya variasi, bergantung pada komplikasi persalinan, nifas dan sembahunya luka.

3) Eliminasi

a) *Miksi*

Hendaknya BAK dapat dilakukan sendiri secepatnya kadang-kadang mengalami sulit BAK karena *springter uretra* tertekan oleh kepala janin dan *spasme* oleh iritasi *muskullo springter ani* selama persalinan juga oleh karena adanya oedema kandung kemih yang terjadi selama persalinan.

b) *Defekasi*

BAB seharusnya dilakukan 3 – 4 hari *post partum*.

4) Kebersihan diri/ personal hygiene

a) Perawatan payudara

Telah dimulai sejak wanita hamil supaya *putting* susu lemas, tidak keras dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya. Sebelum ibu menyusui dianjurkan mencuci tangan kemudian membersihkan area *putting*, untuk mencegah infeksi dari bakteri yang ada di sekitar *putting*. Perawatan payudara sebaiknya dilakukan sedini mungkin. Perawatan payudara hendaknya ibu menyiapkan minyak kelapa, gelas

susu, air hangat didalam wadah baskom, air dingin didalam wadah baskom, waslap atau sapu tangan, dan handuk bersih.

Tahap perawatan payudara dimulai dengan membersihkan area payudara dan *putting*, kemudian mengoleskan minyak kelapa dan lakukan pengurutan secara melingkar dari arah luar menuju *putting* searah dengan jarum jam. Lakukan pengurutan secara bergantian dan ulangi sebanyak 20-30 kali. Setelah dilakukan pengurutan kemudian dikompres dengan kompres hangat dan dingin secara bergantian, kemudian lakukan pengosongan payudara dengan memerah ASI.

b) Perawatan *perineum*

Menganjurkan ibu menjaga kebersihan daerah *genitalia* dengan cara sering mengganti pembalut, mencuci tangan sebelum dan sesudah membersihkan alat *genitalia*. Jika ada luka *episiotomi/laserasi*, hindari menyentuh daerah luka, kompres luka tersebut dengan kassa *betadine* setiap pagi dan sore hari untuk pengeringan luka dan menghindari terjadinya infeksi.

5) *Laktasi*

Untuk menghadapi masa *laktasi* sejak dari kehamilan terjadi perubahan pada kelenjar mammae. Bila bayi mulai disusui, isapan pada *putting* merupakan rangsangan yang *psikis* yang secara *reflektoris*, mengakibatkan *oksitotin* dikeluarkan oleh *hipofise*. Produksi ASI akan lebih banyak. Sebagai efek positif adalah *involusi uteri* akan lebih sempurna.

6) Istirahat

Ibu nifas dianjurkan untuk istirahat cukup, mengkomunikasikan dengan keluarga pada kegiatan rumah tangga secara perlahan, menyarankan untuk istirahat siang saat bayi tidur, karena istirahat diperlukan guna pemulihan tubuh ibu selama nifas dalam proses

involusi, mempengaruhi produksi ASI dan mencegah terjadinya depresi pada masa nifas.

7) Seksual

Hubungan seksual pada masa nifas harus memperhatikan beberapa hal seperti kondisi fisik aman, begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari, jika ada luka jahitan harus dalam kondisi kering, boleh melakukan hubungan suami istri, namun sebaiknya ibu mengikuti program KB. Pada saat permulaan hubungan seksual perhatikan jumlah waktu, penggunaan *kontrasepsi* (jika menggunakan), dan *dispareuni*.

8) Senam Nifas

Menurut Maryunani (2016), senam nifas merupakan suatu prosedur latihan gerak yang diberikan pada ibu post partum dengan kondisi ibu baik. Tujuan senam nifas ialah untuk memulihkan kembali otot-otot setelah kehamilan dan persalinan pada keasaan sebelum hamil. Persiapan alat ialah tempat tidur dan persiapan klien yaitu kondisi ibu baik pada post partum hari pertama, kedua, ketiga dan seterusnya.

4) Tanda Bahaya Masa Nifas

Menurut Wilujeng & Hartati (2018), beberapa tanda bahaya yang dapat terjadi pada ibu masa nifas yaitu :

- a) Perdarahan pervaginam yang luar biasa banyak / yang tiba – tiba bertambah banyak (lebih banyak dari perdarahan haid biasa / bila memerlukan penggantian pembalut 2 kali dalam $\frac{1}{2}$ jam).
- b) Pengeluaran pervaginam yang baunya menusuk.
- c) Rasa sakit bagian bawah abdomen atau punggung.
- d) Sakit kepala yang terus-menerus, nyeri ulu hati, atau masalah penglihatan
- e) Pembengkakan diwajah / tangan.

- f) Demam, muntah, rasa sakit waktu BAK,/ merasa tidak enak badan
- g) Payudara yang berubah merah, panas, dan terasa sakit.
- h) Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama
- i) Rasa sakit, merah, nyeri tekan dan / pembengkakan kaki.
- j) Merasa sangat sedih / tidak mampu mengasuh sendiri bayinya / diri sendiri
- k) Merasa sangat lelah / nafas tertengah-engah.
- l) Asuhan Standar Masa Nifas

5. Asuhan standar masa nifas

Menurut Wijaya, W., Limbong, T., Yulianti, D. (2023) kegiatan pelayanan kesehatan ibu nifas antara lain pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu, pemeriksaan tinggi *fundus uteri*, pemeriksaan *lochia* pada perdarahan, pemeriksaan jalan lahir, pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI Eksklusif, pemberian kapsul vitamin A, pelayanan kontrasepsi pasca persalinan, konseling dan penanganan resiko tinggi dan komplikasi pada masa nifas.

Menyusui merupakan tugas seorang ibu setelah tugas melahirkan bayi berhasil dilaluinya. Menyusui dapat merupakan pengalaman yang menyenangkan atau dapat menjadi pengalaman yang tidak nyaman bagi ibu dan bayi. Beberapa keadaan berikut ini dapat menjadi pengalaman yang tidak menyenangkan bagi ibu selama masa menyusui. *Putting susu* lecet dapat disebabkan trauma pada puting susu saat menyusui, selain dapat pula terjadi retak dan pembentukan celah-celah. Retakan pada *putting susu* sebenarnya bisa sembuh sendiri dalam waktu 48 jam.

Penyebabnya yaitu teknik menyusui yang tidak benar, *putting susu* terpapar oleh sabun, krim, alkohol ataupun zat iritan lain saat ibu membersihkan *putting susu*, *moniliasis* pada mulut bayi yang menular pada *putting susu* ibu, bayi dengan tali lidah pendek (*frenulum lingue*), dan cara menghentikan menyusui yang kurang tepat.

D. Konsep Dasar Teori Bayi Baru lahir

1. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir atau *neonatus* adalah masa kehidupan (0–28 hari), dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim menuju luar rahim dan terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem. Bayi hingga umur kurang satu bulan merupakan golongan umur yang memiliki resiko gangguan kesehatan paling tinggi dan berbagai masalah kesehatan bisa muncul, sehingga tanpa penanganan yang tepat bisa berakibat fatal (Kemenkes RI, 2020).

Periode ini merupakan periode yang sangat rentan terhadap suatu infeksi sehingga menimbulkan suatu penyakit. Periode ini juga masih membutuhkan penyempurnaan dalam penyesuaian tubuhnya secara fisiologis untuk dapat hidup di luar kandungan seperti sistem pernapasan, sirkulasi, termoregulasi dan kemampuan menghasilkan glukosa (Juwita & Prisusanti, 2020).

2. Asuhan Standar Masa Bayi Baru Lahir

Menurut Kuswanto., dkk (2024) tentang Pelayanan kesehatan neonatal esensial pada bayi baru lahir antara lain :

- a) Menjaga bayi tetap hangat
- b) Inisiasi menyusu dini
- c) Pemotongan dan perawatan tali pusat
- d) Pemberian suntikan vitamin K1
- e) Pemberian salep mata antibiotik
- f) Pemberian imunisasi hepatitis B0
- g) Pemeriksaan fisik Bayi Baru Lahir
- h) Pemantauan tanda bahaya
- i) Penanganan asfiksia Bayi Baru Lahir
- j) Pemberian tanda identitas diri
- k) Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil, tepat waktu ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu.

3. Memberikan vitamin K

Bayi baru lahir relatif kekurangan vitamin K karena berbagai alasan, antara lain simpanan vitamin K yang rendah pada waktu lahir, sedikitnya perpindahan vitamin K melalui *plasenta*, rendahnya kadar vitamin K pada ASI dan *sterilitas* saluran cerna. *Defisiensi* vitamin K inilah yang menyebabkan perdarahan pada bayi baru lahir dan meningkatkan *intrakranial* sehingga penting untuk diberikan injeksi vitamin K pada bayi baru lahir (Hanifah, Rizka, dkk, 2017).

Menurut Kuswanto., dkk (2024), bayi yang baru lahir sangat membutuhkan vitamin K karena bayi yang baru lahir sangat rentan mengalami *defisiensi* vitamin K. Ketika bayi baru lahir, proses pembekuan darah (*koagulan*) menurun dengan cepat, dan mencapai titik terendah pada usia 48-72 jam. Salah satu sebabnya adalah karena selama dalam rahim, plasenta tidak siap menghantarkan lemak dengan baik (padahal vitamin K larut dalam lemak). Selain itu, saluran cerna bayi baru lahir masih steril, sehingga tidak dapat menghasilkan vitamin K yang berasal dari *flora* di usus. Asupan vitamin K dari ASI pun biasanya rendah. Itu sebabnya, pada bayi yang baru lahir, perlu segera diberi tambahan vitamin K, baik melalui suntikan atau diminumkan. Ada tiga bentuk vitamin K yang bisa diberikan, yaitu :

- a. Vitamin K1 (*phylloquinone*) yang terdapat pada sayuran hijau.
- b. Vitamin K2 (*menaquinone*) yang di *sintesa* oleh tumbuh-tumbuhan di usus kita.
- c. Vitamin K3 (*menadione*), merupakan vitamin K *sintetik*

Menurut Kuswanto., dkk (2024) pemberian vitamin K untuk mencegah terjadinya perdarahan karena *defisiensi* vitamin K pada bayi baru lahir, maka lakukan hal-hal berikut :

- a. Semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberi vitamin K peroral 1mg/ hari selama tiga hari.
- b. Bayi beresiko tinggi diberikan vitamin K parenteral dengan dosis 0,5-1 mg secara IM.

E. Keluarga Berencana (KB)

1. Pengertian Keluarga Berencana (KB)

Keluarga berencana (KB) merupakan suatu upaya untuk mengatur kelahiran, jumlah dan jarak kehamilan dengan teknik promosi, perlindungan dan pemberian bantuan sesuai dengan hak reproduksi bagi wanita dan pria untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas. Program keluarga berencana mencakup layanan, informasi, edukasi, kebijakan, sikap, komoditas dan praktik (Matahari R, 2018).

Selain itu, program keluarga berencana juga telah memiliki kebijakan khusus yang tertuang dalam peraturan dan perundang-undangan kesehatan. Maka keluarga berencana atau *family planning, planned and parenthood* merupakan suatu upaya untuk menjarangkan kehamilan atau merencanakan jumlah anak dengan menggunakan metode kontrasepsi baik dengan alat atau tanpa alat untuk mewujudkan sebuah keluarga yang bahagia dan sejahtera (Fatonah, 2023).

Keluarga Berencana (KB) merupakan tindakan dalam membantu pasangan suami istri dalam menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, maupun mengatur *interval* kelahiran. Keluarga Berencana (KB) diartikan sebagai program yang dirancang untuk mengurangi jumlah kelahiran atau mengatur jarak kelahiran dengan menggunakan metode kontrasepsi *hormonal* maupun *non hormonal* (Kemenkes, 2016).

2. Tujuan Keluarga Berencana (KB)

Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014 tentang perkembangan kependudukan dan pengembangan keluarga, keluarga berencana dan sistem informasi keluarga, tujuan program keluarga berencana (BKKBN, 2017), yaitu :

- a. Mengatur kehamilan yang diinginkan.
- b. Menjaga kesehatan dan menurunkan angka kematian ibu (AKI), angka
- c. kematian bayi atau balita (AKB) dan anak.

- d. Meningkatkan kualitas dan akses informasi, konseling, pendidikan dan
 - e. pelayanan keluarga berencana serta kesehatan reproduksi.
 - f. Meningkatkan peran serta pratisipasi pria dalam program keluarga berencana.
 - g. Mensosialisasikan dan mempromosikan pemberian air susu ibu (ASI) sebagai
 - h. upaya untuk menjarangkan kehamilan
3. Sasaran/Target Program Keluarga Berencana (KB)

Menurut Kemenkes RI (2021), sasaran program KB dibagi menjadi 2 yaitu sasaran secara langsung dan tidak langsung. Sasaran langsung ditujukan pada. Pasangan Usia Subur (PUS) yang bertujuan menurunkan angka kelahiran dengan menggunakan kontrasepsi secara berkelanjutan. Sedangkan sasaran tidak langsung ditujukan untuk pelaksana dan pengelola KB, yang bertujuan untuk menurunkan angka kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam mencapai keluarga yang sejahtera dan berkualitas.

4. Pelayanan Keluarga Berencana (KB)

Menurut Kemenkes RI (2021), pelayanan keluarga berencana yang bermutu, yaitu :

- a. Perlunya pelayanan disesuaikan dengan kebutuhan klien
- b. Klien harus dilayani secara profesional dan memenuhi standar pelayanan
- c. Perlu dipertahankan kerahasiaan dan privasi klien
- d. Upayakan klien tidak menunggu terlalu lama untuk dilayani
- e. Petugas memberikan informasi terkait pilihan kontrasepsi yang tersedia dan menjelaskan tentang kemampuan fasilitas kesehatan dalam melayani berbagai pilihan kontrasepsi kepada klien Fasilitas pelayanan memenuhi persyaratan yang ditentukan dan tersedia pada waktu yang ditentukan serta nyaman bagi klien
- f. Tersedianya bahan dan alat kontrasepsi dalam jumlah yang cukup

- g. Terdapat mekanisme *supervisi* yang dinamis yang dapat membantu dalam menyelesaikan masalah yang mungkin muncul dalam pelayanan dan terdapat mekanisme umpan balik dayang relatif bagi klien (Kemenkes, 2021).
5. Ruang Lingkup Keluarga Berencana (KB)
- Ruang lingkup KB menurut Kemenkes RI (2021), meliputi :
- a. Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE)
 - b. Konseling
 - c. Pelayanan Kontrasepsi
 - d. Pelayanan Infertilitas
 - e. Pendidikan Sex (*sex education*)
 - f. Konsultasi pra perkawinan dan konsultasi perkawinan
 - g. Konsultasi genetic
 - h. Tes Keganasan
 - i. Adopsi
6. Akseptor Keluarga Berencana (KB)
- a. Akseptor Keluarga Berencana (KB)
- Menurut Suwardono et al. (2020), ada empat jenis akseptor KB diantaranya yaitu :
- 1) *Akseptor* baru adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang pertama kali menggunakan kontrasepsi atau akseptor yang kembali menggunakan kontrasepsi setelah *abortus* atau melahirkan.
 - 2) *Akseptor* lama adalah akseptor yang telah menggunakan kontrasepsi, tetapi datang kembali berganti ke alat kontrasepsi yang lain.
 - 3) *Akseptor* aktif adalah akseptor yang saat ini menggunakan salah satu alat kontrasepsi tanpa diselingi kehamilan.
 - 4) *Akseptor* aktif kembali adalah akseptor yang berhenti menggunakan kontrasepsi selama tiga bulan atau lebih kemudian datang kembali untuk menggunakan kontrasepsi

yang sama atau berganti dengan cara lain setelah berhenti/istirahat paling kurang tiga bulan dan bukan karena hamil (Suwardono).

- b. Akseptor KB menurut sasarannya menurut Kemenkes RI (2021), meliputi :

1) Fase menunda kehamilan

Menunda kehamilan sebaiknya dilakukan oleh pasangan yang usia istrinya belum mencapai 20 tahun. Kriteria kontrasepsi yang diperlukan untuk fase ini yaitu kontrasepsi dengan pulihnya kesuburan tinggi atau kembalinya kesuburan dapat terjamin 100%. Kontrasepsi yang disarankan yaitu AKDR dan pil KB.

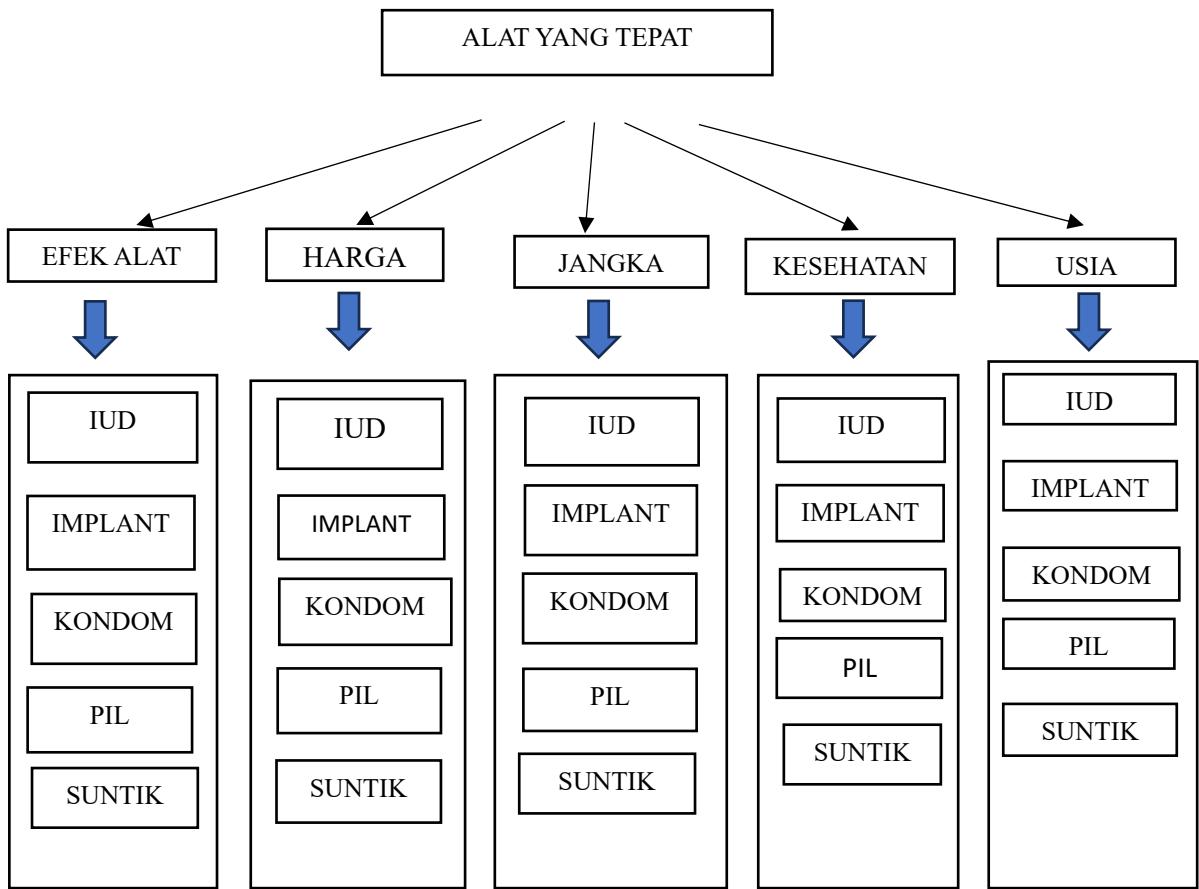
2) Fase mengatur/menjarangkan kehamilan

Pada fase ini, usia istri antara 20-35 tahun merupakan usia paling baik untuk melahirkan. Kriteria kontrasepsi yang diperlukan untuk fase ini yaitu efektifitasnya tinggi dan reversibilitasnya tinggi karena pasangan masih mengharapkan memiliki anak lagi. Kontrasepsi dapat digunakan 3-4 tahun sesuai dengan jarak kelahiran yang direncanakan.

3) Fase mengakhiri kesuburan

Pada fase ini, sebaiknya setelah umur istri lebih dari 35 tahun tidak hamil dan memiliki 2 anak. Jika pasangan sudah tidak mengharapkan mempunyai anak lagi, kontrasepsi yang dapat disarankan yaitu AKRD, *vasektomi/tubektomi, implan*, pil KB dan suntik KB (Kemenkes, 2016).

6. Pemilihan Alat Kontrasepsi yang tepat pada peserta KB dengan Menggunakan Metode AHP (*Analitical Hierarky Process*), sebagai berikut :



Tabel 2.1 Tabel Hiraku AHP Memilih Alat Kontrasepsi

7. Jenis-jenis kontrasepsi

Menurut Kemenkes RI (2021), kontrasepsi terdapat tiga macam yaitu kontrasepsi hormonal, kontrasepsi non hormonal dan kontrasepsi alamiah, sebagai berikut :

1) Kontrasepsi Hormonal

Menurut Kemenkes RI (2021), kontrasepsi hormonal adalah alat kontrasepsi yang terbuat dari bahan mengandung *preparate estrogen* dan *progesteron* yang bertujuan untuk mencegah terjadinya kehamilan. Jenis-jenis kontrasepsi hormonal :

a) Pil KB

Pil KB merupakan alat kontrasepsi oral yang memiliki fungsi untuk mencegah kehamilan dengan kerja mencegah *ovulasi* dan lendir mulut rahim menjadi lebih kental sehingga sperma sulit masuk (Priyanti & Syalfina, 2017).

b) Suntik

Kontrasepsi metode suntikan yang mengandung *Depo Medroxyprogesteron* merupakan cara untuk mencegah terjadinya kehamilan menggunakan suntikan hormonal (Priyanti & Syalfina, 2017).

c) Implant/Susuk

Kontrasepsi implant merupakan kontrasepsi yang mengandung *levonorgetrel* yang dibungkus *silastik silicon, polidimetri silikon* dan disusukkan dibawah kulit (Priyanti & Syalfina, 2017).

2) Kontrasepsi Non Hormonal

Menurut Kemenkes RI (2021), kontrasepsi non hormonal merupakan alat kontrasepsi yang bertujuan untuk mencegah kehamilan yang tidak mengandung hormon. Jenis-jenis kontrasepsi non hormonal :

a) Kondom pria dan Wanita

Metode ini merupakan salah satu kontrasepsi yang terbuat dari bahan *lateks* sangat tipis (karet) atau poliuretan (plastik) berfungsi mencegah bertemuanya sperma dengan sel telur. Untuk kondom wanita, dimasukkan kedalam vagina dan dilonggarkan (Yusita, 2019).

b) Intra Uteri Devices (IUD/AKDR)

AKDR merupakan alat yang efektif, aman, dan *reversible* untuk mencegah kehamilan dengan cara dimasukkan kedalam *uterus* melalui *kanalis servikalis*. AKDR terbuat dari bahan plastik atau logam kecil (Priyanti & Syalfina, 2017).

c) Sterilisasi MOW/MOP

Pada wanita disebut *MOW* atau *tubektomi*, adalah tindakan pembedahan yang dilakukan pada kedua *tuba fallopii* Wanita dan merupakan metode kontrasepsi permanen. Sedangkan pada pria disebut *MOP* atau *vasektomi*, yaitu tindakan pembedahan

yang dilakukan dengan memotong sebagian (0,5-1 cm) saluran benih (Priyanti & Syalfina, 2017).

d) *Diafragma*

Diafragma merupakan cangkir *lateks fleksibel* yang digunakan dengan *spermisida* dan dimasukkan kedalam *vagina* sebelum berhubungan (Apter, 2017).

e) *Spermisida*

Spermisida merupakan bahan kimia yang digunakan untuk membunuh sperma. Jenis *spermisida* biasanya meliputi krim, busa, *suppositoria vagina* dan gel (Priyanti & Syalfina, 2017).

3) Kontrasepsi Alamiah

Kontrasepsi alamiah merupakan salah satu cara mencegah kehamilan tanpa menggunakan alat atau secara alami tanpa bantuan alat dan memanfaatkan sifat alami tubuh (Jalilah & Prapitasari, 2020). Jenis-jenis kontrasepsi alamiah, yaitu :

a) Metode kalender atau pantang berkala

Metode kalender atau pantang berkala merupakan metode kontrasepsi sederhana yang digunakan dengan cara tidak melakukan senggama atau hubungan seksual pada masa subur atau ovulasi (Priyanti & Syalfina, 2017).

b) *Coitus Interruptus* atau Senggama Terputus

Metode ini adalah metode dimana ejakulasi dilakukan diluar vagina atau pria mengeluarkan alat kelaminnya dari vagina sebelum mencapai ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina (Priyanti & Syalfina, 2017).

c) Metode suhu basal

Suhu tubuh basal merupakan suhu terendah tubuh selama istirahat atau dalam keadaan tidur. Pengukuran suhu basal ini dilakukan pada pagi hari sebelum melakukan aktivitas atau segera setelah bangun tidur. Suhu basal tubuh diukur

menggunakan termometer basal, yang dapat digunakan secara oral, per vagina, atau melalui dubur dan ditempatkan pada lokasi selama 5 menit (Priyanti & Syalfina, 2017).

d) Metode lendir *serviks*

Metode mukosa serviks atau metode ovulasi ini merupakan metode keluarga berencana alamiah (KBA) yaitu dengan mengamati lendir *serviks* dan perubahan rasa pada *vulva* untuk mengenali masa subur dari siklus menstruasi (Priyanti & Syalfina, 2017).

e) Metode *Amenorea Laktasi* (MAL)

Lactational Amenorrhea Method (LAM) atau *Metode Amenorea Laktasi* (MAL) merupakan salah satu metode alamiah yang menggunakan Air Susu Ibu (ASI). Metode ini merupakan metode sementara dengan pemberian ASI secara eksklusif, yang artinya hanya memberikan ASI saja tanpa tambahan makanan atau minuman lainnya (Jalilah & Prapitasari, 2020).

Metode Amenorea Laktasi (MAL) dapat dipakai sebagai alat kontrasepsi, apabila :

- (1) Menyusui secara penuh (*full breast feeding*), lebih efektif bila diberikan minimal 8 kali sehari
- (2) Belum mendapat haid
- (3) Umur bayi kurang dari 6 bulan

Cara kerja *Metode Amenorea Laktasi* (MAL) berfungsi untuk menunda atau mencegah terjadinya ovulasi. Selama menyusui, hormon prolaktin dan oksitosin memainkan peran utama. Peningkatan frekuensi menyusui akan meningkatkan kadar prolaktin dalam tubuh, yang pada gilirannya mengurangi produksi hormon gonadotropin yang berfungsi merangsang ovulasi. Kadar estrogen yang rendah, akibat pengaruh hormon penghambat, mencegah terjadinya ovulasi. Dengan demikian,

MAL efektif dalam mencegah kehamilan selama periode laktasi (Jalilah dan Prapitasari, 2020).

Efektivitas Metode Amenorea Laktasi (MAL) mencapai sekitar 98 persen jika digunakan dengan benar dan memenuhi syarat berikut : diterapkan selama enam bulan pertama setelah melahirkan, ibu belum mengalami menstruasi pasca melahirkan, dan menyusui secara eksklusif tanpa memberikan makanan atau minuman tambahan. Keberhasilan metode ini juga sangat bergantung pada frekuensi dan intensitas menyusui. Namun, MAL tidak direkomendasikan untuk ibu yang positif HIV/AIDS atau mengalami TBC aktif. Penggunaan MAL dalam kondisi tersebut harus dipertimbangkan dengan penilaian medis yang cermat, memperhatikan tingkat keparahan kondisi ibu serta ketersediaan dan penerimaan metode kontrasepsi alternatif (Jalilah dan Prapitasari, 2020).

Berikut adalah beberapa poin keuntungan KB MAL menurut Jalilah & Prapitasari (2020) :

(1) Efektif sebagai kontrasepsi

KB MAL efektif mencegah kehamilan pada masa menyusui eksklusif (0-6 bulan) selama ibu memenuhi kriteria tertentu seperti menyusui secara rutin dan tidak memberikan makanan atau minuman tambahan selain ASI.

(2) Tidak memerlukan biaya

KB MAL tidak memerlukan biaya karena hanya mengandalkan pemberian ASI eksklusif, berbeda dengan metode kontrasepsi lain yang mungkin memerlukan biaya pembelian alat atau obat.

(3) Tidak ada efek samping hormonal

Metode ini tidak melibatkan hormon, sehingga tidak ada efek samping hormonal yang umum terjadi pada kontrasepsi hormonal seperti pil KB, suntik KB, atau implan.

(4) Meningkatkan bonding ibu dan bayi

Menyusui secara eksklusif dapat memperkuat ikatan emosional antara ibu dan bayi. Manfaat kesehatan bagi ibu : menyusui dapat membantu mengurangi risiko kanker payudara dan ovarium pada ibu, meningkatkan kualitas ASI dan ASI eksklusif pada masa awal bayi sangat baik untuk perkembangan bayi.

8. Standar Asuhan Kebidanan

Asuhan kebidanan adalah aktivitas atau intervensi yang dilaksanakan oleh bidan kepada klien, yang mempunyai kebutuhan atau permasalahan, khususnya dalam KIA atau KB. Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi, kegiatan dan tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan dan/atau masalah kebidanan meliputi masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi dan keluarga berencana termasuk Kesehatan reproduksi perempuan serta pelayanan kesehatan masyarakat (Asrinah, dkk, 2017).