

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kehamilan

2.1.1. Kehamilan

a. Pengertian

Kehamilan adalah proses mata rantai dan berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai persalinan aterm (cukup bulan) yaitu sekitar 280 sampai 300 hari.(Dwina Astuti, 2021)

b. Klarifikasi kehamilan

Kehamilan diklasifikasikan dalam 3 trimester menurut Sarwono, 2011.

- 1) Trimester kesatu, dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan (0- 12 minggu).
- 2) Trimester kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan (13-27 minggu).
- 3) Trimester ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (28-40 minggu).

Usia kehamilan (usia gestasi) adalah masa sejak terjadinya konsepsi sampai dengan saat kelahiran, dihitung dari hari pertama haid terakhir (menstrual age of pregnancy). Kehamilan cukup bulan (term/ aterm adalah usia kehamilan 37 – 42 minggu (259 – 294 hari) lengkap. Kehamilan kurang bulan (preterm) adalah masa gestasi kurang dari 37 minggu (259 hari). Dan kehamilan lewat waktu (postterm) adalah masa gestasi lebih dari 42 minggu.

c. Proses kehamilan

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implementasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga bayi lahir, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan yaitu pertumbuhan dan perkembangan dari intrauterin mulai sejak konsepsi sampai permulaan persalinan. Setiap

bulan wanita melepaskan satu sampai dua sel telur dari induk telur (ovulasi) yang ditangkap oleh umbai-umbai (fimbriae) dan masuk ke dalam sel telur. Saat melakukan hubungan seksual, cairan sperma masuk ke dalam vagina dan berjuta-juta sel sperma bergerak memasuki rongga rahim lalu masuk ke dalam sel telur. Pembuahan sel telur oleh sperma biasa terjadi di bagian yang mengembang dari tuba falopii. Pada sekeliling sel telur banyak berkumpul sperma kemudian pada tempat yang paling mudah untuk dimasuki, masuklah satu sel sperma dan kemudian bersatu dengan sel telur. Peristiwa ini disebut fertilisasi.

Ovum yang telah dibuahi ini segera membelah diri sambil bergerak oleh rambut getar tuba menuju ruang rahim kemudian melekat pada mukosa rahim untuk selanjutnya bersarang diruang rahim, Peristiwa ini disebut nidasi (implantasi). Dari pembuahan sampai nidasi diperlukan waktu kira-kira 6-7 hari. Proses kehamilan dimulai dengan terjadinya konsepsi. Konsepsi adalah bersatunya sel telur (ovum) dan sperma. Proses kehamilan atau (gestasi) berlangsung selama 40 minggu atau 280 hari dihitung dari hari pertama menstruasi terakhir. Usia kehamilan sendiri adalah 38 minggu, karena dihitung mulai dari tanggal konsepsi (tanggal bersatunya sperma dengan telur) yang terjadi dua minggu setelahnya.(Soekmawaty dkk., 2023)

d. Tanda dan gejala kehamilan

1) Tanda presumtif kehamilan

a) Amenore

Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi. Dengan diketahuinya tanggal hari pertama haid terakhir supaya dapat ditaksir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan akan terjadi, dengan memakai rumus Neagie: $HT-3$ (bulan + 7)

b) Mual muntah

Keadaan ini biasa terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan pertama. Sering terjadi pada pagi hari disebut

“morning sickness”.

- c) Ngidam (menginginkan makanan tertentu)
Sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan, akan tetapi menghilang dengan makin tuanya kehamilan.
- d) Pingsan atau sinkope
bila berada tempat-tempat ramai yang sesak dan padat. Biasanya hilang sesudah kehamilan 16 minggu
- e) Payudara tegang
Disebabkan pengaruh estrogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli payudara
- f) Anoreksia Nervosa
Pada bulan-bulan pertama terjadi anoreksia (tidak nafsu makan), tetapi setelah itu nafsu makan muncul kembali.
- g) Sering kencing (miksi)
Keadaan ini terjadi karena kandung kencing pada bulan-bulan pertama kehamilan tertekan oleh.(Soekmawaty dkk., 2023)

2) Tanda Kemungkinan (Probability Sign)

- a) Pembesaran Perut
Terjadi akibat pembesaran uterus. Hal ini terjadi pada bulan keempat kehamilan.
- b) Tanda Hegar
Tanda Hegar adalah pelunakan dan dapat ditekannya isthmus uterus.
- c) Tanda Goodel/ Pelunakan serviks
- d) Tanda Chadwicks
Perubahan warna menjadi keunguan pada vulva dan mukosa vagina termasuk juga porsio dan serviks.
- e) Tanda Piskacek
Pembesaran uterus yang tidak simetris. Terjadi karena ovum berimplantasi pada daerah dekat dengan kornu sehingga daerah tersebut berkembang lebih dulu.

f) Kontraksi Braxton Hicks

Peregangan sel – sel otot uterus, akibat meningkatnya actomycin didalam otot uterus. Kontraksi ini tidak beritmik, sporadis, tidak nyeri, biasanya timbul pada kehamilan 8 minggu.

g) Teraba Ballotement

Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa.

h) Pemeriksaan tes biolgis kehamilan (planotest) positif

Pemeriksaan ini adaah untuk mendeteksi adanya hCG yang diproduksi oleh sinsitotrofoblas sel selama kehamilan. Hormon ini disekresi diperedaran darah ibu (pada plasma darah), dan diekskresi pada urine ibu

3) Tanda Pasti (Positive Sign)

- a) Gerakan janin
- b) Denyut jantung janin
- c) Bagian bagian janin
- d) Kerangka janin

e. Tanda bahaya kehamilan

6 masalah ini bisa menyebabkan keguguran atau kelahiran dini(prematur) yang membahayakan ibu dan bayi yaitu:

- 1) Perdarahan pada hamil muda maupun hamil tua
- 2) Bengkak dikaki, tangan atau wajah disertai sakit kepala atau kejang.
- 3) Demam atau panas tinggi
- 4) Air ketuban keluar sebelum waktunya
- 5) Bayi dikandung gerakannya berkurang atau tidak bergerak
- 6) Muntah terus (tidak mau makan

2.1.2 Antenatal Care (ANC)

ANC adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetric untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan

a. Tujuan ANC

- 1) Memonitor kemajuan kehamilan guna memastikan kesehatan ibu dan perkembangan bayi yang normal
- 2) Mengenali secara dini penyimpangan dari normal dan memberikan penatalaksanaan yang diperlukan
- 3) Membina hubungan saling percaya antara ibu dan bidan dalam rangka mempersiapkan ibu dan keluarga secara fisik, emosional, dan logis untuk menghadapi kelahiran serta serta kemungkinan adanya komplikasi. (Rismalinda, 2015)

b. Kebijakan program asuhan ANC

Menurut teori (Rismalinda, 2015), ditinjau dari tuanya kehamilan, kehamilan dibagi dalam 3 bagian, yaitu:

- 1) Kehamilan triwulan pertama (antara 0 – 14 minggu)
- 2) Kehamilan triwulan kedua (antara 14 – 28 minggu)
- 3) Kehamilan triwulan ketiga (antara 28 – 40 minggu)

c. Standar asuhan pelayanan pemeriksaan kehamilan / ANC

Menurut Depkes RI (2014) Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar terdiri dari :

1) Timbang Berat Badan dan ukur tinggi badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor risiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan risiko untuk terjadinya CPD (Cephalo Pelvic Disproportion).

2) Ukur Tekanan Darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal

dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah 140/90 mmHg pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi) disertai edema wajah dan atau tungkai bawah dan atau proteinuria).

3) Ukur Tinggi Fundus Uteri

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

Tabel 2. 1 Tinggi Fundus Uteri

Usia Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
12	3 Jari diatas simfisis
16	Pertengahan pusat-simpisis
20	3 jari di bawah pusat
24	Setinggi pusat
28	3 jari diatas pusat
32	Pertengahan pusat-prosesus xiphoideus (px)
36	1 jari dibawah prosesus xiphoideus (px)
40	3 jari dibawah prosesus xiphoideus

4) Beri Imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama., ibu hamil di skrining status imunisasi TT, Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil , sesuai dengan status imunisasi saat ini.

Tabel 2. 2 Imunisasi Tetanus Toxoid

Antigen	Interval	Lama Perlindungan
TT 1	Pada kunjungan antenatal pertama	
TT 2	4 Minggu setelah TT 1	3 Tahun
TT 3	6 Bulan setelah TT 2	5 Tahun
TT 4	1 Tahun setelah TT 3	10 Tahun
TT 5	1 Tahun setelah TT 4	25 Tahun/Seumur hidup

5) Beri Tablet Tambah darah (Zat Besi)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama. Pemeriksaan Hb yang sederhana yakni dengan cara Talquis dan dengan cara Sahli. Pemeriksaan Hb dilakukan pada kunjungan ibu hamil pertama kali, lalu periksa lagi menjelang persalinan. Pemeriksaan Hb adalah salah satu upaya untuk mendeteksi Anemia pada ibu hamil. Menurut WHO kadar Hb terdiri dari :

- a) Normal : 11,5 gr%
- b) Anemia ringan : 9-11 gr%
- c) Anemia sedang : 7-8,9 gr%
- d) Anemia berat : < 7 gr%

6) Pemeriksaan VDRL (Venereal Disease Research Lab)

Pemeriksaan Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) adalah untuk mengetahui adanya treponema pallidum/ penyakit menular seksual, antara lain syphilis. Pemeriksaan kepada ibu hamil yang pertama kali datang diambil spesimen darah vena \pm 2 cc. Apabila hasil tes dinyatakan positif, ibu hamil dilakukan pengobatan/rujukan. Akibat fatal yang terjadi adalah kematian janin pada kehamilan < 16 minggu, pada kehamilan lanjut dapat menyebabkan prematur, cacat bawaan.

7) Perawatan Payudara

Senam payudara atau perawatan payudara untuk ibu hamil, dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dimulai pada usia kehamilan 6 Minggu.

8) Senam Hamil

Senam hamil bermanfaat untuk membantu ibu hamil dalam mempersiapkan persalinan. Adapun tujuan senam hamil adalah memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut, ligamentum, otot dasar panggul, memperoleh relaksasi

tubuh dengan latihan-latihan kontraksi dan relaksasi.

9) Temu wicara / Konseling

Komunikasi yang baik antara pasien dan tenaga kesehatan, sangat penting dibina dari sejak awal melalui temu wicara dapat ditemukan kesepakatan untuk melakukan rujukan apabila terjadi komplikasi-komplikasi pada saat kehamilan.

10) Pemeriksaan Protein urine

Pemeriksaan ini berguna untuk mengetahui adanya protein dalam urin ibu hamil. Adapun pemeriksaannya dengan asam asetat 2-3% ditujukan pada ibu hamil dengan riwayat tekanan darah tinggi, kaki oedema.

11) Pemeriksaan urine reduksi

Untuk ibu hamil dengan riwayat DM. bila hasil positif maka perlu diikuti pemeriksaan gula darah untuk memastikan adanya Diabetes Melitus Gestasioal. Diabetes Melitus Gestasioal pada ibu dapat mengakibatkan adanya penyakit berupa pre-eklampsia, polihidramnion, bayi besar.

12) Pemberian Obat Malaria

Diberikan kepada ibu hamil pendatang dari daerah malaria juga kepada ibu hamil dengan gejala malaria yakni panas tinggi disertai menggigil dan hasil apusan darah yang positif. Dampak atau akibat penyakit tersebut kepada ibu hamil yakni kehamilan muda dapat terjadi abortus, partus prematurus juga anemia.

13) Pemberian Kapsul Minyak Yodium

Diberikan pada kasus gangguan akibat kekurangan Yodium di daerah endemis yang dapat berefek buruk terhadap tumbuh kembang manusia.

2.1.3 Perubahan Fisiologis dalam Kehamilan Trimester I,II,III

1. Trimester I (Satu)

a. Uterus

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima hasil

konsepsi sampai nanti persalinan. Pada usia kehamilan 12 minggu uterus berukuran kira-kira seperti buah jeruk besar.

b. Serviks

Serviks merupakan organ yang kompleks dan heterogen yang mengalami perubahan yang luar biasa selama kehamilan dan persalinan. Satu bulan setelah konsepsi serviks akan menjadi lebih lunak dan menjadi kebiruan. Serviks bersifat seperti katub yang bertanggung jawab menajadi janin di dalam uterus sampai akhir kehamilan dan selama kehamilan. Selama kehamilan serviks tetap tertutup rapat, melindungi janin dari kontaminasi eksternal, dan menahan isi uterus. Panjang uterus tetap sama yaitu kurang lebih 2,5 cm selama kehamilan tetapi menjadi lebih lunak karna adanya peningkatan estrogen dan progesteron dan menjadi berwarna kebiruan dikarenakan peningkatan vaskularitas.

c. Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda.hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah yang relatif minimal (Prawirohardjo, 2010).

d. Vagina

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendorornya jaringan ikat dan hipertrofi sel otot polos.Peningkatan volume sekresi vagina juga terjadi, dimana sekresi akan berwarna keputihan, menebal dan PH antara 3,5-6 yang merupakan hasil dari peningkatan produksi asam laktat glikogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari lactobacillus acidophilus (Prawirohardjo, 2010).

e) Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya

dan vena-vena dibawah kulit akan lebih terlihat, Putih payudara akan lebih besar, kehitaman dan tegak, Setelah bulan pertama cairan kuning bernama kolostrum akan keluar. Kolostrum ini berasal dari kelenjar-kelenjar asinus yang mulai bersekresi.

Meskipun dapat dikeluarkan, air susu belum dapat diproduksi karena hormon prolaktin ditekan oleh prolaktin inhibiting hormone. Setelah persalinan kadar progesteron dan estrogen menurun sehingga pengaruh inhibisi progesterone terhadap α -laktalbumin akan hilang. Peningkatan prolaktin akan merangsang sintesis lactose dan pada akhirnya akan meningkatkan produksi air susu (Prawirohardjo, 2010).

2. Trimester II (Dua)

a. Uterus

Pada trimester ini uterus akan membesar sehingga uterus akan menyentuh dinding abdominal dan hamper menyentuh hati, mendorong usus ke samping dan ke atas. Pada trimester kedua ini kontraksi dapat di deteksi dengan pemeriksaan

bimanual. (Rimalinda, 2015). Perubahan bentuk dan ukuran uterus :

- 1) Pada kehamilan 16 minggu, tingginya rahim (uterus) setengah dari jarak simfisis dan pusat. Plasenta telah terbentuk seluruhnya.
- 2) Pada kehamilan 20 minggu, fundus rahim terletak 3 jari dibawah pusat sedangkan pada umur 24 minggu tepat ditepi atas pusat.
- 3) Pada kehamilan 28 minggu, tingginya fundus uteri sekitar 3 jari diatas pusat atau sepertiga antara pusat dan prosesus xifoideus. (Manuaba, 2010)

b. Vagina

Pada kehamilan trimester ke dua ini terjadinya peningkatan cairan vagina selama kehamilan adalah normal. Cairan biasanya jernih, pada saat ini biasanya agak kenyal dan mendekati persalinaan menjadi cair. Yang terpenting adalah tetap menjaga kebersihan. (Rimalinda, 2015).

c. Payudara

Pada trimester kedua ini, payudara akan semakin membesar dan

mengeluarkan cairan yang kekuningan yang disebut dengan colostrum. Keluarnya kolostrum ini adalah makanan bayi pertama kali yang kaya akan protein, colostrum akan keluar bila puting di pencet. Areola payudara makin hitam karena hiperpigmentasi.

3. Trimester III.

a. Uterus

Perubahan bentuk dan ukuran uterus :

- 1) Pada kehamilan 32 minggu, tingginya fundus setengah jarak prosesus xifoideus dan pusat.
- 2) Pada kehamilan 36 minggu, tinggi fundus uteri sekitar 1 jari dibawah prosesus xifoideus. Kepala bayi belum masuk Pintu Atas Panggul (PAP).
- 3) Pada kehamilan 40 minggu, fundus uteri turun setinggi 3 jari dibawah prosesus xifoideus, karena kepala janin sudah masuk Pintu Atas Panggul (PAP). (Manuaba, 2010)

b. Serviks

Pembukaan serviks merupakan mekanisme yang terjadi saat jaringan ikat serviks yang keras dan panjang secara progresif melunak dan memendek dari atas ke bawah. Serat otot yang melunak sejajar os serviks internal tertarik ke atas, masuk ke segmen bawah uterus dan berada di sekitar bagian presentasi janin dan air ketuban.

c. Vagina

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatkan ketebalan mukosa.

Peningkatan volume secret vagina juga terjadi, dimana sekresi akan berwarna keputihan menebal, dan PH antar 3,5-6 yang merupakan hasil dari peningkatan produksi asam laktat glikogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari *Lactobacillus acidophilus*.

2.1.3 Perubahan Psikologi

Menurut Romauli, 2014 Adapun Perubahan Psikologi Trimester 3 yaitu :

1. Trimester 1 (periode penyesuaian)

Kadar hormon estrogen dan progesteron segera setelah konsepsi mengalami peningkatan sehingga menyebabkan mual muntah pada pagi hari, lemas, lelah dan membesarnya payudara. Hal ini menyebabkan ibu merasa tidak sehat dan terkadang membenci, kecewa, cemas, sedih dan menolak kehamilannya. Pada trimester pertama ini, ibu hamil selalu mencari tanda-tanda untuk meyakinkan bahwa dirinya sedang hamil.

2. Trimester 2 (periode kesehatan yang baik)

Pada trimester ke 2 ini sudah tidak seperti trimester sebelumnya, ibu sudah merasa lebih sehat. Tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi, rasa tidak nyaman dengan kehamilannya sudah berkurang dan menerima kehamilannya. Ibu merasa lebih stabil, dalam mengatur diri dan kondisi juga lebih baik dan menyenangkan, ibu mulai terbiasa dengan perubahan fisik yang terjadi pada dirinya.

3. Trimester 3 (periode penantian dengan penuh kewaspadaan)

Trimester 3 ini sering disebut periode menunggu dan waspada karena ibu tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Terkadang ibu khawatir dengan bayinya yang akan lahir sewaktu waktu. Keadaan ini menyebabkan ibu menjadi lebih waspada terjadinya tanda atau gejala terjadinya persalinan. Sering terjadi ibu yang khawatir dengan bayinya apabila lahir dengan keadaan tidak normal. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ini, banyak ibu yang merasa dirinya aneh dan jelek. Disamping itu ibu juga merasa sedih karena akan berpisah dengan bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterimanya selama hamil.

2.1.5 Tanda bahaya dan komplikasi ibu dan janin pada kehamilan

1. Perdarahan pervaginam pada kehamilan muda

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

a. Perdarahan sebelum 24 minggu disebabkan oleh :

- 1) *Implantation bleeding* : sedikit perdarahan saat trophoblast melekat pada endometrium. *Bleeding* terjadi saat implantasi 8 – 12 hari setelah fertilisasi
- 2) *Abortion* : 15% terjadi pada aborsi spontan sebelum 12 minggu usia kehamilan dan sering pada primigravida.
- 3) *Hydatidiform molae* : akibat dari degenerasi chorionic villi pada awal kehamilan. Embrio mati dan di reabsorpsi / mola terjadi di dekat fetus. Sering terjadi pada wanita perokok, mempunyai riwayat multipara.
- 4) *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
- 5) *Cervical lesion* : lesi pada serviks
- 6) *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.
 - Periksa tekanan darah ibu, suhu, nadi, dan denyut jantung janin.
 - Lakukan pemeriksaan eksternal, rasakan apakah perut bagian bawah terasa lembut, kenyal ataupun keras.

- Jangan lakukan pemeriksaan dalam, apabila mungkin periksa dengan speculum.

c. Hipertensi

Gestational 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 di katagorikan sebagai preeklamsi, bila di tambah adanya kejang maka di sebut eklamsi.

Penanganan:

- 1) Tanyakan pada ibu mengenai tekanan darah sebelum dan selama kehamilan serta tanda-tanda preeklamsi.
- 2) Tanyakan tentang riwayat tekanan darah tinggi dan preeklamsi 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.

2. 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:

- a. Tanyakan pada ibu mengenai karakteristik nyeri, kapan terjadi, seberapa hebat, kapan mulai dirasakan, apakah berkurang bila ibu istirahat.
- b. Tanyakan pada ibu mengenai tanda gejala lain yang mungkin menyertai misalnya muntah, mual, diare, dan demam.

c. Lakukan pemeriksaan luar dan dalam, periksa adanya nyeri di bagian pinggang dalam.

d. Lakukan pemeriksaan proteinuria.

3. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala dan pusing sering terjadi selama kehamilan, sakit kepala yang bersifat 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 preeklamsi.

Penanganan:

a. Tanyakan ibu jika ia mengalami odema pada muka / tangan

b. Lakukan pemeriksaan tekanan darah, adanya proteinuria, refleks dan oedema

c. 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 preeklamsi.

Penanganan:

a. Tanyakan pada ibu apakah mengalami sakit kepala

b. Periksa pembengkakan terjadi di mana, kapan hilang, dan karakteristik

c. Ukur tekanan darah

d. Lakukan pemeriksaan hemoglobin, lihat warna konjungtiva ibu, telapak tangan

4. 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 (Rismalinda, 2015).

Penanganan:

- a. Tanyakan ibu kapan merasakan gerakan janin terakhir kali
- b. Dengarkan denyut jantung janin menggunakan doopler
- c. Rujuk agar mendapatkan pemeriksaan ultrasound

5. Faktor Risiko Kehamilan Primi Tua Sekunder

Menurut Puji (2011), faktor risiko dibagi menjadi 3 kelompok berdasarkan kapan ditemukan, cara pengenalan, dan sifat risikonya. Kelompok faktor risiko I kehamilan terdiri dari sepuluh faktor yang dikategorikan ada potensi gawat obstetrik (APGO) termasuk terlalu lama hamil lagi (anak terkecil > 10 tahun). Faktor risiko I kehamilan ini sering disingkat dengan 7 terlalu dan 3 pernah. Ibu hamil yang memiliki satu atau lebih faktor risiko I kehamilan harus diwaspadai kemungkinan timbulnya komplikasi saat kehamilan terlebih saat persalinan.

Menurut Puji (2011) ibu hamil dengan persalinan terakhir ≥ 10 tahun yang lalu disebut primi sekunder. Ibu dalam kehamilan dan persalinan ini seolah-olah menghadapi kehamilan/ persalinan yang pertama lagi dan umur ibu biasanya lebih bertambah tua. Kehamilan ini bisa terjadi pada anak pertama mati, janin didambakan dengan nilai sosial tinggi, anak terkecil hidup umur 10 tahun lebih, ibu tidak ber-KB. Bahaya yang dapat terjadi pada ibu primi tua sekunder: Persalinan dapat berjalan tidak lancar seperti persalinan lama, perdarahan pascapersalinan, penyakit ibu : hipertensi dalam kehamilan, diabetes, dan lain-lain. Hipertensi adalah tekanan darah sekurang-kurangnya 140 mmHg sistolik atau 90 mmHg diastolik pada dua kali pemeriksaan berjarak 4-6 jam pada wanita yang sebelumnya normotensi. Faktor predisposisi yaitu kehamilan kembar, hidramnion, diabetes mellitus, gangguan vaskuler plasenta, faktor herediter, riwayat preeklampsia sebelumnya, obesitas sebelum hamil.

Kondisi wanita primi tua sekunder biasanya elastisitas otot dan pembuluh darahnya menurun, sehingga tekanan darah ibu bisa meningkat (hipertensi) dan saat persalinan berisiko mengalami partus lama. Hipertensi ibu sendiri dapat menjadi faktor predisposisi pecahnya ketuban secara dini (Husin, F;2014)

Asuhan Kebidanan pada primi sekunder menurut Puji (2011)

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

2.2 Konsep Persalinan

2.2.1 Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup ke dunia luar rahim melalui jalan lahir atau jalan lain (Diana, 2019). Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya *serviks*, sehingga janin dapat turun ke jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) dengan adanya kontraksi rahim pada ibu. Prosedur secara ilmiah lahirnya bayi dan plasenta dari rahim melalui proses yang dimulai dengan terdapat kontraksi uterus yang menimbulkan terjadinya dilatasi *serviks* atau pelebaran mulut rahim (Irawati, Muliani, & Arsyad, 2019). .

2. Tujuan Asuhan Persalinan Normal Tujuan persalinan normal adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui upaya yang terintegrasi dan lengkap,

tetapi dengan intervensi yang seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan (optimal). Melalui pendekatan ini maka setiap intervensi yang diaplikasikan dalam Asuhan Persalinan Normal (APN) harus mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan (JNPK-KR, 2017).

3. Etiologi Persalinan

Menurut Ari Kurniarum (2016) sebab mulainya persalinan belum diketahui dengan jelas, ada banyak faktor yang memegang peranan dan bekerja sama sehingga terjadi persalinan. Beberapa teori yang ditemukan adalah sebagai berikut:

a) Penurunan Kadar Progesteron

Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggalkan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbulnya his.

b) Teori Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar *hipofisis posterior*. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *braxton hicks*. Di akhir kehamilan kadar progesteron dan estrogen menurun, sehingga oksitosin bertambah dan meningkatkan aktivitas otot-otot rahim yang memicu terjadinya kontraksi sehingga terdapat tanda-tanda persalinan.

c) Keregangan Otot-otot

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu kemudian terjadi kontraksi, sehingga persalinan dapat dimulai. Bila dinding teregang oleh isi yang bertambah, maka akan timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya.

d) Teori Plasenta Menjadi Tua

Semakin tuanya plasenta akan menyebabkan penurunan kadar progesteron dan estrogen yang berakibat pada kontraksi pembuluh darah, sehingga menyebabkan uterus berkontraksi.

e) Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat keluar. Prostaglandin dapat dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan.

4. Fase-fase dalam Persalinan

1) Fase Persalinan Kala I

Menurut Girsang (2017) beberapa jam terakhir dalam kehamilan ditandai adanya kontraksi uterus yang menyebabkan penipisan, dilatasi serviks, dan mendorong janin keluar melalui jalan lahir normal. Persalinan kala satu disebut juga sebagai proses pembukaan yang dimulai dari pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm). Kala I persalinan terdiri dari 2 fase yaitu sebagai berikut:

a) Fase Laten

Dimulai dari permulaan kontraksi uterus yang regular sampai terjadi dilatasi *serviks* yang mencapai ukuran diameter 3 cm. Fase ini berlangsung selama kurang lebih 6 jam. Pada fase ini dapat terjadi perpanjangan apabila ada ibu yang mendapatkan analgesik atau sedasi berat selama persalinan. Pada fase ini terjadi akan terjadi ketidaknyamanan akibat nyeri yang berlangsung secara terus- menerus.

b) Fase Aktif

Selama fase aktif persalinan, dilatasi *serviks* terjadi lebih cepat, dimulai dari akhir fase laten dan berakhir dengan

dilatasi *serviks* dengan diameter kurang lebih 4 cm sampai dengan 10 cm. Pada kondisi ini merupakan kondisi yang sangat sulit karena kebanyakan ibu merasakan ketidaknyamanan yang berlebih yang disertai kecemasan dan kegelisahan untuk menuju proses melahirkan.

2) Fase Persalinan Kala II

Kala II disebut juga kala pengeluaran. Kala ini dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) hingga bayi lahir. Proses ini berlangsung selama kurang lebih 2 jam pada ibu primigravida dan kurang lebih 1 jam pada ibu multigravida. Adapun tanda dan gejala yang muncul pada kala dua adalah sebagai berikut:

- a) Kontraksi (his) semakin kuat, dengan interval 2-3 menit dengan durasi 50-100 detik.
- b) Menjelang akhir kala I, ketuban akan pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak dan tidak dapat dikontrol.
- c) Ketuban pecah pada pembukaan yang dideteksi lengkap dengan diikuti rasa ingin mengejan.
- d) Kontraksi dan mengejan akan membuat kepala bayi lebih terdorong menuju jalan lahir, sehingga kepala mulai muncul kepermukaan jalan lahir, *sub occiput* akan bertindak sebagai *hipomoklion*, kemudian bayi lahir secara berurutan dari ubun-ubun besar, dahi, hidung, muka, dan seluruhnya.

3) Fase Persalinan Kala III

Kala III disebut juga kala persalinan plasenta. Lahirnya plasenta dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda sebagai berikut:

- a) Uterus menjadi bundar.
- b) Uterus terdorong keatas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim.
- c) Tali pusat bertambah panjang.

- d) Terjadi perdarahan (adanya semburan darah secara tiba-tiba).
- e) Biasanya plasenta akan lepas dalam waktu kurang lebih 6-15 menit setelah bayi lahir.

4) Fase Persalinan Kala IV

Kala IV adalah kala pengawasan selama 2 jam setelah bayi dan plasenta lahir yang bertujuan untuk mengobservasi persalinan terutama mengamati keadaan ibu terhadap bahaya perdarahan postpartum. Pada kondisi normal tidak terjadi perdarahan pada daerah vagina atau organ setelah melahirkan plasenta.

5. Mekanisme Persalinan

- a) Engagement Masuknya kepala ke pintu atas panggul, pada primi terjadi pada bulan terakhir kehamilan dan pada multi terjadi pada permulaan persalinan.(Dwi, Cristine. 2012).
- b) Turunnya kepala Penurunan kepala lebih lanjut terjadi pada kala satu dan kala dua persalinan. Hal ini disebabkan karena adanya kontraksi dan retraksi dari segmen atas rahim, yang menyebabkan tekanan langsung pada fundus pada bokong janin. Dalam waktu yang bersamaan terjadi relaksasi dari segmen bawah rahim, sehingga terjadi penipisan dan dilatasi serviks. Keadaan ini menyebabkan bayi terdorong ke jalan lahir.
- c) Fleksi Merupakan gerakan kepala janin yang menunduk ke depan sehingga dagunya menempel pada dada (Lockhart. 2014). Keuntungan dari bertambah fleksi ialah bahwa ukuran kepala yang lebih kecil melalui jalan lahir: diameter suboksipito bregmatika (9,5 cm) menggantikan diameter suboksipito frontalis (11 cm). Fleksi ini disebabkan karena anak didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir pintu atas panggul, serviks, dinding panggul atau dasar panggul. Akibat dari kekuatan ini adalah terjadinya fleksi karena moment yang menimbulkan fleksi lebih besar dari moment yang menimbulkan defleksi.
- d) Rotasi interna (putaran paksi dalam) Yang dimaksud dengan

putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symphysis. Pada presentasi belakang kepala bagian yang terendah ialah daerah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar ke depan dan ke bawah symphysis. Sebab-sebab terjadinya putaran paksi dalam adalah :

- 1) Pada letak fleksi, bagian belakang kepala merupakan bagian terendah dari kepala
- 2) Bagian terendah dari kepala ini mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genialis antara m. Levator ani kiri dan kanan.
- 3) Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter anteroposterior.

e) Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya. (Dwi, Cristine. 2011)

f) Rotasi eksterna (putaran paksi luar)

Setelah kepala lahir, maka kepala anak memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Gerakan ini disebut putaran restitusi (putaran balasan = putaran paksi luar) (Lockhart. 2014).

g) Ekspulsi

Mengacu kepada kelahiran bagian tubuh bayi yang lain dan peristiwa ini menandai akhir dari kala dua persalinan. (Lockhart. 2014)

6. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut (Saragih, 2017) ada beberapa faktor yang mempengaruhi proses persalinan normal yang dikenal dengan istilah 5P yaitu: *power*,

passage, *passenger*, psikis ibu bersalin, dan penolong persalinan yang dijelaskan dalam uraian berikut:

1) *Power* (Tenaga)

Power (tenaga) merupakan kekuatan yang mendorong janin untuk lahir. Dalam proses kelahiran bayi terdiri dari 2 jenis tenaga yaitu primer dan sekunder.

- a) Primer: berasal dari kekuatan kontraksi uterus (his) yang berlangsung sejak muncul tanda-tanda persalinan hingga pembukaan lengkap.
- b) Sekunder: usaha ibu untuk mengejan yang dibutuhkan setelah pembukaan lengkap.

2) *Passenger* (Janin)

Faktor lain yang berpengaruh terhadap persalinan adalah faktor janin, yang meliputi berat janin, letak janin, posisi sikap janin (*habilitus*), serta jumlah janin. Pada persalinan normal yang berkaitan dengan *passenger* antara lain: janin bersikap fleksi dimana kepala, tulang punggung, dan kaki berada dalam keadaan fleksi, dan lengan bersilang di dada. Taksiran berat janin normal adalah 2500-4000 gram dan DJJ normal yaitu 120-160 x/menit.

3) *Passage* (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu yaitu bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan *introitus vagina* (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Oleh karena itu, ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai.

4) Psikis Ibu Bersalin

Persalinan dan kelahiran merupakan proses fisiologis yang menyertai kehidupan hampir setiap wanita. Pada umumnya persalinan dianggap hal yang menakutkan karena disertai nyeri

hebat, bahkan terkadang menimbulkan kondisi fisik dan mental yang mengancam jiwa.

5) Penolong Persalinan

Orang yang berperan sebagai penolong persalinan adalah petugas kesehatan yang mempunyai legalitas dalam menolong persalinan, antara lain: dokter, bidan, perawat maternitas, dan petugas kesehatan yang mempunyai kompetensi dalam pertolongan persalinan, menangani kegawatururatan, serta melakukan rujukan jika diperlukan. (Nurhapipa, 2015).

2.2.2 Persalinan dengan komplikasi Ketuban Pecah Dini

a. Definisi Ketuban Pecah Dini

- 1) Ketuban Pecah Dini atau ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW) atau *premature reapture 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).
- 2) 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).
- 3) 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. Membran *amniochorionic* merupakan tempat diproduksi *inflammatory cytokine* sebagai respon terhadap infeksi, oleh karena itu infeksi, inflamasi berhubungan dengan infeksi. Terdapat beberapa macam bakteri yang dihubungkan dengan persalinan *preterm* dan KPD diantaranya: *Chlamydia*, *Mycoplasma hominis*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, dan *Hemophilus vaginalis*.

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. Defisiensi vitamin C menyebabkan struktur kolagen tidak sempurna. Selaput ketuban mempunyai elastisitas yang berbeda tergantung kadar vitamin C di dalam darah ibu. Kurangnya asupan vitamin C selama

kehamilan merupakan salah satu faktor resiko terjadinya ketuban pecah dini. Pemberian vitamin C 100 mg per hari setelah umur kehamilan 20 minggu efektif menurunkan insiden terjadinya KPD.

3) Peran Hormon Relaksin pada KPD

Relaksin adalah *hormone 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*. Normalnya terdapat keseimbangan antara produksi dan eliminasi ROS. Ibu perokok, infeksi, perdarahan *antepartum* diketahui bisa memproduksi ROS yang akan menyebabkan kolagenolisis dari membran janin.

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. Selaput ketuban dari ibu hamil dengan KPD menunjukkan indeks *apoptosis* yang tinggi. Proses *apoptosis* berpotensi melemahkan selaput ketuban dengan mengeliminasi sel fibroblas yang berfungsi menyusun kolagen baru

dan secara simultan mengkativasi enzim yang mengurai kolagen yang ada.

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) *Servik yang inkompetensia, kanalis servikalis* yang selalu terbuka karena kelainan pada servik uteri akibat persalinan atau *curetage*.
- 3) Tekanan *intra uterine* yang meningkat secara berlebihan
Tekanan *intra uterine* yang meningkat secara berlebihan dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini, misalnya:
 - a) Pada kehamilan Gemelli terjadinya distensi uterus yang berlebihan sehingga menimbulkan adanya ketegangan rahim secara berlebihan, hal ini terjadi karena jumlahnya berlebih, isi rahim yang lebih besar dan kantung (selaput ketuban) relatif kecil sedangkan dibagian bawah tidak ada yang menahan sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah.
 - b) Hasil penelitian yang dilakukan (Rahayu & Sari, 2017) mengenai penyebab kejadian ketuban pecah dini pada ibu bersalin bahwa kejadian KPD mayoritas pada ibu multipara, usia ibu 20-35 tahun, umur kehamilan ≥ 37 minggu, pembesaran uterus normal dan letak janin presentasi kepala.
- c) Kelainan Letak

Hubungan kelainan letak adalah lebih dominan pada kelainan letak sungsang karena pada letak sungsang posisi janin berbalik, kepala berada dalam ruangan yang besar yaitu di *fundus uteri*, sedangkan bokong dengan kedua tungkai yang terlipat lebih besar di paksa untuk menempati ruang yang kecil

yaitu di segmen bawah rahim, sehingga dapat membuat ketuban bagian terendah langsung menerima tekanan *intrauteri* dan ketegangan rahim meningkat, sedangkan letak lintang bagian terendah adalah bahu sehingga tidak dapat menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah maupun pembukaan *servik* (Arif & Kurnia, 2021).

d) Faktor Golongan Darah

Inkompatibilitas rhesus dapat terjadi jika ibu yang bergolongan darah rhesus negatif mengandung janin yang bergolongan darah rhesus positif, perbedaan golongan darah ini terjadi akibat ayah memiliki golongan darah rhesus positif. *Inkompatibilitas rhesus* jarang terjadi pada kehamilan pertama. Hal ini karena ibu hamil dengan rhesus negatif baru membentuk antibodi terhadap rhesus positif setelah kehamilan pertama. Oleh karena itu, anak pertama ibu dengan kondisi ini umumnya terlahir normal. Sedangkan pada kehamilan kedua dan seterusnya, antibodi yang sudah terbentuk dalam tubuh ibu akan menyerang darah bayi dengan golongan rhesus positif, hal ini menyebabkan sel-sel darah bayi hancur (Kids Health, 2018).

- e) Infeksi lokal pada saluran kelamin: infeksi saluran kemih (Arif & Kurnia, 2021).
- f) Faktor sosial seperti: peminum minuman keras dan keadaan sosial ekonomi rendah (Arif & Kurnia, 2021).
- g) Terdapat *sefalopelvik disproporsi* yaitu kepala janin belum masuk pintu atas panggul dan kelainan letak janin, sehingga ketuban bagian terendah langsung menerima tekanan *intrauteri* yang dominan (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

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

5) Denyut jantung janin bertambah cepat

DJJ bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi.

e. Diagnosa Ketuban Pecah Dini

Untuk menegakkan diagnosis terhadap KPD, tentunya perlu dilakukan anamnesis secara menyeluruh, pemeriksaan fisis dan juga pemeriksaan penunjang.

1) Anamnesa

Keluarnya cairan dengan volume yang banyak secara tiba-tiba dari vagina atau jalan lahir dengan ciri berbau khas. Hal lain yang perlu diperhatikan adalah warna dari cairan tersebut, his teratur atau tidak teratur, dan apakah ada pengeluaran lendir darah, perlu diketahui waktu dan kuantitas dari cairan yang keluar, usia gestasi dan taksiran persalinan, riwayat KPD aterm sebelumnya, dan faktor risiko lainnya (Prawirohardjo, 2016).

2) Inspeksi

Pengamatan dengan mata biasa akan tampak keluarnya cairan dari vagina, apabila ketuban baru pecah dan jumlah air ketuban masih banyak, pemeriksaan ini akan lebih jelas.

3) Tes Valsava

Dilakukan dengan cara melakukan ekspirasi paksa dengan menutup mulut dan hidung yang akan menambah tekanan pada telinga dan tekanan pada bagian fundus, sehingga jika terjadi KPD, maka air ketuban akan keluar.

4) Pemeriksaan dengan Spekulum

Pada pemeriksaan dengan menggunakan spekulum, maka akan tampak cairan bening yang mengalir dari *ostium uteri eksternum* (OUE) dan apabila dilakukan penekanan pada *fundus uteri* atau pasien diminta untuk manuver valsava misalnya dengan batuk dan mengejan, maka cairan tersebut akan terkumpul di *forniks posterior*. Pada pemeriksaan dalam vagina (PDV) saat proses persalinan, maka didapatkan hasil tidak ditemukannya selaput ketuban (Prawirohardjo, 2016).

5) Pemeriksaan Dalam

Pemeriksaan dalam didapat cairan di dalam vagina dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi. Mengenai pemeriksaan dalam vagina dengan *toucher* perlu dipertimbangkan, pada kehamilan yang kurang bulan yang belum dalam persalinan tidak perlu diadakan pemeriksaan dalam karena pada waktu pemeriksaan dalam, jari pemeriksa akan mengakumulasi segmen bawah rahim dengan flora vagina yang normal. Mikroorganisme tersebut dapat dengan cepat menjadi patogen. Pemeriksaan dalam vagina dilakukan bila dalam persalinan atau yang dilakukan induksi persalinan dan dibatasi sedikit mungkin (Norma dan Dwi, 2013).

f. Pemeriksaan Penunjang

1) 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*.

2) 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).

3) 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).

4) 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 erakan/aktivitas janin. Adapun penilaian NST dilakukan

terhadap frekuensi dasar DJJ (*baseline*), variabilitas (*variability*), dan timbulnya akselerasi yang sesuai dengan gerakan/aktivitas janin (*Fetal Activity Determination/FAD*). Dilakukan untuk menilai apakah bayi merespon stimulus secara normal dan apakah bayi menerima cukup oksigen. Umumnya dilakukan pada usia kandungan minimal 26-28 minggu atau kapan pun sesuai dengan kondisi bayi. Yang dinilai adalah gambaran denyut jantung janin dalam hubungannya dengan gerakan atau aktivitas janin. Pada janin sehat yang bergerak aktif dapat dilihat peningkatan frekuensi denyut jantung janin. Sebaliknya, bila janin kurang baik, pergerakan bayi tidak diikuti oleh peningkatan frekuensi denyut jantung janin (Prawirohardjo, 2014)

1. 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 $PS \geq 5$, 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.

2.3 Konsep Masa Nifas

2.3.1 Masa Nifas

1. Pengertian masa nifas

Masa nifas dimulai 2 jam setelah melahirkan dan berakhir ketika alat rahim kembali ke kondisi sebelum hamil, biasanya 6 minggu atau 42 hari, tetapi secara keseluruhan pemulihan fisiologis dan psikologis terjadi dalam waktu 3 bulan. Jika sudah terjadi perubahan fisiologis ke bentuk semula (sebelum hamil) tetapi psikologis masih terganggu, maka dikatakan masa nifas tersebut proses tidak normal atau sempurna. Waktu setelah lahir (postpartum/puerperium) berasal dari bahasa latin yaitu kata “*puer*” artinya bayi dan “*parous*” artinya melahirkan (Nurjanah Siti N, Maemunah Ade S and Badriah Dewi L, 2020)

2. Tahapan masa nifas

Masa Nifas dibagi dalam 3 tahap, yaitu puerperium dini (*immediate puerperium*), puer-perium intermedial (*early puerperium*), dan remote puerperium (*later puerperium*). Adapun penjelasan menurut Nurjanah S (2020) sebagai berikut:

- 1) Puerperium dini (*immediate puerperium*), yaitu pemulihan di mana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan (waktu 0-24 jam postpartum). Dalam agama Islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.
- 2) Puerperium intermedial (*early puerperium*), suatu masa di mana pemulihan dari organ-organ reproduksi secara menyeluruh selama kurang lebih 6-8 minggu.
- 3) Remote puerperium (*later puerperium*), waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan yang sempurna secara bertahap terutama jika selama masa kehamilan dan persalinan ibu

mengalami komplikasi, waktu untuk sehat bisa berminggu-minggu, bulan bahkan tahun.

3. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1) Perubahan Sistem Reproduksi

a) Uterus

(1) Involusi uterus

Involusio atau pengerutan uterus adalah proses mengembalikan uterus ke posisi sebelum hamil dengan berat hanya 60 gram. Involusi uteri juga dapat dianggap sebagai proses mengembalikan uterus ke keadaan sebelum hamil. Involusi uterus yang berhubungan dengan reorganisasi dan peluruhan desidua/endometrium dan pelepasan mukosa di tempat implantasi plasenta menunjukkan tanda penurunan ukuran dan berat serta perubahan tempat, warna, dan jumlah *lochea*.

Tabel 2. 3 Involusi Uteri

	Bobot Uterus	Diameter	Palpasi Serviks
Pada akhir persalinan	900 - 1000 gram	12,5 cm	Lembut/lunak
Pada akhir minggu I	450 - 500 gram	7,5 cm	2 cm
Pada akhir minggu II	200 gram	5,0 cm	1 cm
Sesudah akhir 6 minggu	60 gram	2,5 cm	Menyempit

Sumber: (Nurjanah Siti N, Maemunah Ade S and Badriah Dewi L, 2020)

Dengan involusi uterus ini, maka lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik (mati/layu). Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan, suatu campuran antara darah dan cairan yang disebut *lochea*, yang biasanya berwarna merah muda atau putih pucat.

b) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea berasal dari pengelupasan desidua. Lochea mempunyai bau amis (anyir), meskipun tidak terlalu menyengat, dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Adapun macam-macam lochea antara lain:

- (1) Lochea rubra (*Cruenta*) : berwarna merah tua berisi darah dari perobekan/luka pada plasenta dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua dan korion verniks kaseosa, lanugo, sisa darah dan mekonium, selama 3 hari postpartum.
- (2) Lochea sanguinolenta : berwarna kecokelatan berisi darah dan lendir, hari 4- 7 postpartum.
- (3) Lochea serosa : berwarna kuning, berisi cairan lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta pada hari ke 7-14 postpartum.
- (4) Lochea alba : cairan putih berisi leukosit, berisi selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati setelah 2 minggu sampai 6 minggu postpartum.
- (5) Lochea purulenta : terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
- (6) Lochea stasis : lochea tidak lancar keluarnya atau tertahan.

c) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Perubahan-perubahan yang terdapat pada serviks postpartum adalah bentuk serviks yang akan membuka seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri terbentuk semacam cincin. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Beberapa hari setelah persalinan, ostium externum dapat dilalui oleh 2 jari pinggir-pinggirnya tidak rata, tetapi retak-retak karena robekan dalam persalinan. Pada akhir

minggu pertama hanya dapat dilalui oleh 1 jari saja, dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian atas dari canalis cervikallis. Pada serviks terbentuk sel-sel otot baru yang mengakibatkan serviks memanjang seperti celah. Karena hyper palpsi ini dan karena retraksi dari serviks, robekan serviks menjadi sembuh, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup. Walaupun begitu setelah involusi selesai, ostium externum tidak serupa dengan keadaannya sebelum hamil, pada umumnya ostium externum lebih besar dan tetap ada retak-retak dan robekan-robekan pada pinggirnya, terutama pada pinggir sampingnya. Oleh robekan ke samping ini terbentuk bibir depan dan bibir belakang pada serviks.

d) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian.

e) Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada postpartum hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan.

f) Payudara

Laktasi dapat diartikan dengan pembentukan dan pengeluaran air susu ibu (ASI), yang merupakan makanan pokok terbaik bagi bayi yang bersifat alamiah. Bagi setiap ibu yang melahirkan akan tersedia makanan bagi bayinya dan bagi si anak akan merasa puas dalam pelukan ibunya, merasa aman, tenteram, dan hangat akan kasih sayang ibunya.

2) Perubahan Sistem Pencernaan

a) Nafsu makan

Ibu setelah melahirkan sering kali langsung lapar, sehingga bisa mengonsumsi makanan ringan. Ibu biasanya lapar segera setelah melahirkan dan siap makan 1-2 jam postprimodial dan dapat ditoleransi dengan diet hambar. Setelah sembuh total dari efek obat pereda nyeri, pembiusan, dan kelelahan, kebanyakan ibu merasa sangat lapar. Jumlah makanan yang dibutuhkan dikonsumsi dua kali lebih banyak.

b) Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang bayi lahir. Kelebihan analgesia dan bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

c) Pengosongan usus

Buang air besar spontan bisa tertunda selama dua sampai tiga hari setelah ibu melahirkan. Kondisi ini bisa disebabkan oleh penurunan tonus otot usus selama persalinan dan postpartum awal, diare sebelum persalinan, enema sebelum persalinan, kurang nafsu makan atau dehidrasi. Ibu sering mencurigai rasa sakit saat buang air besar karena perineum akibat episiotomi, laserasi, atau hemoroid. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal secara bertahap. Pola makan ibu setelah melahirkan tidak akan seperti biasanya

selama beberapa hari, perineum ibu akan nyeri saat BAB. Faktor-faktor ini meningkatkan konstipasi pada minggu pertama pasca persalinan. Namun, proses sembelit juga bisa dipengaruhi oleh ketidakpahaman ibu dan ketakutan akan luka terbuka jika buang air besar. Pemulihan lebih cepat, kuantitas dan kualitas ASI akan lebih baik, dan peluang pencegahan infeksi juga lebih tinggi.

3) Perubahan Sistem Traktus Urinarius

Dinding kandung kemih membengkak dan tersumbat. Kadang-kadang oedema trigonum. Menyebabkan abstraksi uretra, sehingga retensio urine. Kandung kemih postpartum kurang sensitif dan kapasitasnya meningkat sehingga kandung kemih penuh atau urin tertinggal setelah buang air kecil (normal +15 cc). Urin sisa dan trauma pada kandung kemih selama persalinan memudahkan terjadinya infeksi. Kejadian trauma selama persalinan dapat dikaitkan dengan efek analgesik yang memiliki efek samping yang merugikan.

4) Perubahan Sistem Perkemihan

Selama kehamilan perubahan hormonal khususnya peningkatan kadar steroid, berperan dalam meningkatkan fungsi ginjal. Sebaliknya, pada masa nifas, kadar steroid menurun sehingga menyebabkan fungsi ginjal menurun. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah kelahiran. Sejumlah besar urin akan diproduksi dalam waktu 12 hingga 36 jam setelah kelahiran. Masalah yang berkaitan dengan fungsi sistem kemih meliputi : Hemostasis internal, keseimbangan asam basa tubuh dan pembuangan sisa metabolisme.

5) Perubahan Sistem Musculoskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang selama persalinan setelah bayi lahir akan berkontraksi dan pulih secara bertahap, sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan

menjadi retrofleksi karena ligamen rotundum menjadi kendur. Adaptasi ini disebabkan oleh relaksasi yang diikuti dengan hipermobilitas sendi dan pergeseran pusat gravitasi ibu akibat pembesaran rahim. Stabilisasi penuh terjadi 6-8 minggu setelah lahir. Karena serat elastis kulit rusak dan ketegangan berkepanjangan karena uterus yang besar selama kehamilan, dinding abdomen menjadi lunak dan kendur untuk sementara. Pemulihan didukung oleh latihan. Ambulasi biasanya dimulai pada kala IV, yaitu segera setelah plasenta lahir. Ambulasi dini sangat membantu dalam mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi.

6) Perubahan Endokrin.

a) Hormon Plasenta

Terjadi penurunan hormon Human Placental Lactogen (HPL) HCG, estrogen, kortisol serta plasental enzyme insulinase yang merupakan periode transisi untuk metabolisme karbohidrat. Estrogen dan progesteron menurun setelah plasenta keluar berkaitan dengan pembengkakan payudara dan diuresis cairan ekstraseluler berlebih yang terakumulasi selama hamil. Kondisi tersebut dapat kembali normal setelah hari ke-7.

b) Hormon Hipofisis dan Fungsi Ovarium

(1) Kadar prolaktin serum tinggi pada wanita menyusui sehingga terjadi penurunan kadar estrogen progesteron dan penurunan FSH sehingga menekan ovulasi Prolaktin yang dikeluarkan oleh gland pituitari anterior bereaksi terhadap alveoli di payudara sehingga menstimulasi ASI

(2) Prolaktin tetap meningkat sampai minggu ke-6 dipengaruhi oleh seringnya menyusui lamanya setiap kali menyusui, dan makanan tambahan.

(3) Waktu dimulainya ovulasi serta menstruasi wanita menyusui dan tidak menyusui berbeda. Pada wanita tidak

menyusui terjadi ovulasi dini mulai pada 7-10 minggu postpartum. Sering kali menstruasi pertama bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesteron. Pada ibu menyusui, menstruasi pertama dapat terjadi setelah 6 bulan, tetapi dipengaruhi juga oleh frekuensi dan lamanya menyusui.

(4) Oksitosin dikeluarkan oleh gland pituitari posterior dan bekerja terhadap otot uterus serta jaringan payudara. Oksitosin dalam pembuluh darah menyebabkan kontraksi otot uterus dan pada waktu yang sama membantu proses involusi uterus.

c) Hormon Pituitary

Hormon pituitary antara lain hormon prolaktin, FSH dan LH. Hormon prolaktin darah meningkat dengan cepat pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. Hormon prolaktin berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. FSH dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke-3 dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

d) Hipotalamik Pituitary Ovarium

Hipotalamik pituitary ovarium akan yang memengaruhi lamanya mendapatkan menstruasi, baik pada wanita yang menyusui maupun yang tidak menyusui. Pada wanita menyusui mendapatkan menstruasi pada 6 minggu pasca-melahirkan berkisar 16% dan 45% setelah minggu pasca-melahirkan. Sedangkan pada wanita yang tidak menyusui, akan mendapatkan menstruasi berkisar 40% setelah 6 minggu pasca-melahirkan dan 90% setelah 24 minggu.

e) Hormon Oksitosin

Hormon oksitosin disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang, bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara.

Selama tahap ketiga persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin, sehingga dapat membantu involusi uteri.

f) Hormon Estrogen dan Progesteron

Volume darah normal selama kehamilan, akan meningkat. Hormon estrogen yang tinggi memperbesar hormon anti diuretik yang dapat meningkatkan volume darah. Sedangkan hormon progesteron memengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini memengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum, dan vulva serta vagina.

7) Perubahan Tanda-Tanda Vital

a) Suhu Badan

Satu hari (24 jam) postpartum suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan (dehidrasi), dan kelelahan karena adanya bendungan vaskuler dan limfatik. Apabila keadaan normal suhu badan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu badan naik lagi karena adanya pembentukan ASI payudara menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI. Bila suhu tidak turun, kemungkinan adanya infeksi pada endometrium, mastitis, tractus genitalis, atau sistem lain.

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa antara 60-80 kali per menit atau 50-70 kali per menit. Sesudah melahirkan, biasanya denyut nadi akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan postpartum.

c) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat pada persalinan 15 mmHg sistole dan 10 mmHg diastole. Biasanya setelah bersalin tidak berubah (normal), kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya preeklampsia pada masa postpartum.

d) Pernapasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran napas, contohnya penyakit asma. Bila pernapasan pada masa postpartum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

8) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Selama kehamilan volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat, yang diperlukan oleh plasenta dan pembuluh darah uterin. Penarikan kembali estrogen menyebabkan terjadinya diuresis dan secara cepat mengurangi volume plasma kembali pada proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa ini ibu mengeluarkan banyak sekali jumlah urine. Hilangnya progesteron membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama kehamilan bersama-sama dengan trauma selama persalinan. Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300-400 cc..

4. Adaptasi Psikologi Ibu dalam Masa Nifas

Berikut ini 3 tahap penyesuaian psikologi ibu dalam masa postpartum yaitu:

1) Fase *Taking in* (Fokus pada Diri Sendiri)

Fase ini terjadi 1-3 hari pasca-persalinan, ibu yang baru akan melahirkan bersikap pasif dan sangat tergantung pada dirinya

(trauma). Segala energinya difokuskan pada kekhawatiran tentang badannya. Dia akan bercerita tentang persalinannya secara berulang-ulang. Kelelahannya membuat ibu perlu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya. Oleh karena itu, kondisi ini perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik. Pada fase ini perlu diperhatikan pemberian ekstra makanan untuk proses pemulihannya, di samping nafsu makan ibu yang memang sedang meningkat

2) Fase *Taking on* (Fokus pada Bayi)

Fase ini terjadi 3-10 hari pasca-persalinan ibu menjadi khawatir akan kemampuannya merawat bayi dan menerima tanggung jawabnya sebagai ibu dalam merawat bayi semakin besar. Ibu berupaya untuk menguasai keterampilan perawatan bayinya. Selain itu, perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati. Oleh karena itu, ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri.

3) Fase *Letting go* (Mengambil alih tugas sebagai ibu tanpa bantuan)

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 sosial. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

5. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

1) Nutrisi dan Cairan

Pada masa nifas masalah diet perlu mendapatkan perhatian yang serius, karena dengan nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi susunan air susu.

Diet yang diberikan harus bermutu, bergizi tinggi, cukup kalori, tinggi protein, dan banyak mengandung cairan.

Ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan akan gizi sebagai berikut:

- a) Mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari.
- b) Makan dengan gizi seimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup.
- c) Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari.
- d) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pascapersalinan.
- e) Minum kapsul vitamin A 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

2) Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) ialah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu post partum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan. Sekarang tidak perlu lagi menahan ibu post partum terlentang di tempat tidurnya selama 7-14 hari setelah melahirkan. Ibu post partum sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam postpartum.

3) Eliminasi

a) Buang Air Kecil

Ibu diminta untuk buang air kecil (miksi) 6 jam postpartum. Jika dalam 8 jam postpartum belum dapat berkemih atau sekali berkemih belum melebihi 100 cc, maka dilakukan kateterisasi.

Akan tetapi, kalau ternyata kandung kemih penuh, tidak menunggu 8 jam untuk kateterisasi.

- b) Buang Air Besar Ibu postpartum diharapkan dapat buang air besar (defekasi) setelah hari kedua postpartum. Jika hari ketiga belum juga BAB, maka perlu diberi obat pencahar per oral atau per rektal. Jika setelah pemberian obat pencahar masih belum bisa BAB, maka dilakukan klisma (huknah).

4) Personal Hygiene

Pada masa postpartum, seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu, kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungan sangat penting untuk tetap dijaga.

5) Istirahat dan tidur

Hal-hal yang biasa dilakukan pada ibu untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur adalah berikut :

- a) Anjurkan ibu agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.
- b) Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur.
- c) Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal :
 - (1) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi.
 - (2) Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan.
 - (3) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

6) Aktivitas Seksual

Aktivitas seksual yang dapat dilakukan oleh ibu masa nifas harus memenuhi syarat berikut ini:

- a) Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu-satu dua

jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri, maka ibu aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.

- b) Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan ini bergantung pada pasangan yang bersangkutan.

6. Tanda-Tanda Bahaya Masa Nifas

Tanda-tanda bahaya postpartum adalah suatu tanda yang abnormal yang mengindikasikan adanya bahaya atau komplikasi yang dapat terjadi selama masa nifas, apabila tidak dilaporkan atau tidak terdeteksi bisa menyebabkan kematian ibu. Tanda-tanda bahaya postpartum menurut (Rahmawati, 2021) adalah sebagai berikut :

1) Perdarahan postpartum

Perdarahan postpartum dapat dibedakan menjadi sebagai berikut.

- a) Perdarahan postpartum primer (*Early Postpartum Hemorrhage*) adalah perdarahan lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir, atau perdarahan dengan volume sebarangpun tetapi terjadi perubahan keadaan umum ibu dan tanda-tanda vital sudah menunjukkan analisa adanya perdarahan. Penyebab utama adalah atonia uteri, retensio placenta, sisa placenta dan robekan jalan lahir. Terbanyak dalam 2 jam pertama.
- b) Perdarahan postpartum sekunder (*Late Postpartum Hemorrhage*) adalah perdarahan dengan konsep pengertian yang sama seperti perdarahan postpartum primer namun terjadi setelah 24 jam postpartum hingga masa nifas selesai. Perdarahan postpartum sekunder yang terjadi setelah 24 jam, biasanya terjadi antara hari ke 5 sampai 15 postpartum. Penyebab utama adalah robekan jalan lahir dan sisa placenta.

2) Infeksi pada masa postpartum

Beberapa bakteri dapat menyebabkan infeksi setelah persalinan, Infeksi masa nifas masih merupakan penyebab utama morbiditas dan

mortalitas ibu. Infeksi alat genital merupakan komplikasi masa nifas. Infeksi yang meluas ke saluran urinari, payudara, dan pasca pembedahan merupakan salah satu penyebab terjadinya angka kematian ibu. Gejala umum infeksi berupa suhu badan panas, malaise, denyut nadi cepat. Gejala lokal dapat berupa uterus lembek, kemerahan dan rasa nyeri pada payudara atau adanya disuria.

3) Lochea yang berbau busuk (bau dari vagina)

Lochea adalah cairan yang dikeluarkan uterus melalui vagina dalam masa nifas, jumlah lebih banyak dari pengeluaran darah dan lendir waktu menstruasi dan berbau anyir (cairan ini berasal dari bekas melekatnya atau implantasi placenta).

4) Sub involusi uterus (pengecilan uterus yang terganggu)

Involusi adalah keadaan uterus mengecil oleh kontraksi rahim dimana berat rahim dari 1000 gram saat setelah bersalin, menjadi 40-60 mg pada 6 minggu kemudian. Bila pengecilan ini kurang baik atau terganggu di sebut sub involusi. Faktor penyebab sub involusi, antara lain: sisa plasenta dalam uterus, endometritis, adanya mioma uteri. Pada keadaan sub involusi, pemeriksaan bimanual di temukan uterus lebih besar dan lebih lembek dari seharusnya, fundus masih tinggi, lochea banyak dan berbau, dan tidak jarang terdapat pula perdarahan.

5) Nyeri pada perut dan pelvis

Tanda-tanda nyeri perut dan pelvis dapat merupakan tanda dan gejala komplikasi nifas seperti Peritonitis.

6) Pusing dan lemas yang berlebihan

Pusing dan lemas yang berlebihan sakit kepala, nyeri epigastrik, dan penglihatan kabur menurut, pusing merupakan tanda-tanda bahaya pada nifas. Pusing bisa disebabkan oleh tekanan darah tinggi (Sistol ≥ 140 mmHg dan distolnya ≥ 90 mmHg). Pusing yang berlebihan juga perlu diwaspadai adanya keadaan preeklamsi/eklamsi postpartum, atau keadaan hipertensi esensial. Pusing dan lemas yang berlebihan

dapat juga disebabkan oleh anemia bila kadar haemoglobin < 11 gr/dl lemas yang berlebihan juga tanda-tanda bahaya dimana keadaan lemas dapat disebabkan oleh kurangnya istirahat dan kurangnya asupan kalori sehingga ibu kelihatan pucat, tekanan darah rendah.

7) Suhu tubuh ibu $> 38^{\circ}\text{C}$

Dalam beberapa hari setelah melahirkan suhu badan ibu sedikit meningkat antara $37,2^{\circ}\text{C}$ - $37,8^{\circ}\text{C}$ oleh karena reabsorpsi proses perlukaan dalam uterus. Hal ini adalah peristiwa fisiologis apabila tidak disertai tanda-tanda infeksi yang lain. Namun apabila terjadi peningkatan melebihi 38°C berturut-turut selama 2 hari kemungkinan terjadi infeksi. Infeksi nifas adalah keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genetalia dalam masa nifas.

8) Payudara yang berubah menjadi merah, panas, dan terasa sakit.

Keadaan ini dapat disebabkan oleh payudara yang tidak disusu secara adekuat, puting susu yang lecet, BH yang terlalu ketat, ibu dengan diet yang kurang baik, kurang istirahat, serta anemia. Keadaan ini juga dapat merupakan tanda dan gejala adanya komplikasi dan penyulit pada proses laktasi, misalnya pembengkakan payudara, bendungan ASI, mastitis dan abses payudara.

7. Kunjungan Masa Nifas

Tabel 2. 4 Tabel Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1)	6-8 jam setelah persalinan	a) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri b) Mendeteksi & merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut c) Memberikan konseling pada ibu/salah satu anggota keluarga d) Pemberian ASI awal e) Memberikan bimbingan kepada ibu bagaimana teknik melakukan hubungan antara ibu dan BBL

Kunjungan	Waktu	Tujuan
		f) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara menjaga hipotermia
2)	6 hari setelah persalinan	a) Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau. b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal c) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan memperhatikan tanda-tanda penyulit. e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan perawatan bayi sehari-hari.
3)	2 minggu setelah persalinan	Sama seperti diatas (6 hari setelah persalinan)
4)	6 minggu setelah persalinan	a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami atau bayinya b) Memberikan konseling KB secara dini. c) Menganjurkan atau mengajak ibu membawa bayinya ke Posyandu atau Puskesmas untuk penimbangan dan imunisasi

2.4 Konsep Bayi Baru Lahir

2.4.1 Bayi Baru Lahir

1. Definisi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang berusia 0-28 hari (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Bayi baru lahir adalah bayi berusia satu jam yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2.500-4000 gram (Dewi, 2010).

2. Ciri-ciri

Bayi baru lahir normal mempunyai ciri-ciri berat badan lahir 2500-4000

gram, umur kehamilan 37-40 minggu, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, menghisap ASI dengan baik, dan tidak ada cacat bawaan (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Bayi baru lahir normal memiliki panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar lengan 11-12 cm, frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit, pernapasan 40-60 x/menit, lanugo tidak terlihat dan rambut kepala tumbuh sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai APGAR >7, refleks-refleks sudah terbentuk dengan baik (rooting, sucking, morro, grasping), organ genitalia pada bayi laki-laki testis sudah berada pada skrotum dan penis berlubang, pada bayi perempuan vagina dan uretra berlubang serta adanya labia minora dan mayora, mekonium sudah keluar dalam 24 jam pertama berwarna hitam kecoklatan (Dewi, 2010)

3. Klasifikasi Neonatus

Bayi baru lahir atau neonatus di bagi dalam beberapa kasifikasi menurut Marmi (2015) , yaitu :

- a) Neonatus menurut masa gestasinya :
 - 1) Kurang bulan (preterm infant) : < 259 hari (37 minggu)
 - 2) Cukup bulan (term infant) : 259-294 hari (37-42 minggu)
 - 3) Lebih bulan (postterm infant) : > 294 hari (42 minggu atau lebih)
- b) Neonatus menurut berat badan lahir :
 - 1) Berat lahir rendah : < 2500 gram
 - 2) Berat lahir cukup : 2500-4000 gram
 - 3) Berat lahir lebih : > 4000 gram
- c) Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan)
 - 1) Neonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
 - 2) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)
- d) Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir Normal

Semua bayi diperiksa segera setelah lahir untuk mengetahui apakah transisi dari kehidupan intrauterine ke ekstrauterine berjalan

dengan lancar dan tidak ada kelainan. Pemeriksaan medis komprehensif dilakukan dalam 24 jam pertama kehidupan. Pemeriksaan rutin pada bayi baru lahir harus dilakukan, tujuannya untuk mendeteksi kelainan atau anomali kongenital yang muncul pada setiap kelahiran dalam 10-20 per 1000 kelahiran, pengelolaan lebih lanjut dari setiap kelainan yang terdeteksi pada saat antenatal, mempertimbangkan masalah potensial terkait riwayat kehamilan ibu dan kelainan yang diturunkan, dan memberikan promosi kesehatan, terutama pencegahan terhadap sudden infant death syndrome (SIDS) (Lissauer, 2013).

Tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir adalah untuk membersihkan jalan napas, memotong dan merawat tali pusat, mempertahankan suhu tubuh bayi, identifikasi, dan pencegahan infeksi (Saifuddin, 2011).

Asuhan bayi baru lahir meliputi :

1) Pencegahan Infeksi (PI)

2) Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi

Untuk menilai apakah bayi mengalami asfiksia atau tidak dilakukan penilaian sepiantas setelah seluruh tubuh bayi lahir dengan tiga pertanyaan :

- a) Apakah kehamilan cukup bulan?
- b) Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?
- c) Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

Jika ada jawaban “tidak” kemungkinan bayi mengalami asfiksia sehingga harus segera dilakukan resusitasi. Penghisapan lendir pada jalan napas bayi tidak dilakukan secara rutin (Kementerian Kesehatan RI, 2013)

4. Pemotongan dan perawatan 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 (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

5. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusu. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusu pertama biasanya berlangsung pada menit ke- 45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusu dari satu payudara (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Jika bayi belum menemukan puting ibu dalam waktu 1 jam, posisikan bayi lebih dekat dengan puting ibu dan biarkan kontak kulit dengan kulit selama 30-60 menit berikutnya. Jika bayi masih belum melakukan IMD dalam waktu 2 jam, lanjutkan asuhan perawatan neonatal esensial lainnya (menimbang, pemberian vitamin K, salep mata, serta pemberian gelang pengenal) kemudian dikembalikan lagi kepada ibu untuk belajar menyusu (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

6. Pencegahan kehilangan panas

Melalui tunda mandi selama 6 jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

7. Pemberian salep mata/tetes mata

Pemberian salep atau tetes mata diberikan untuk pencegahan infeksi mata. Beri bayi salep atau tetes mata

antibiotika profilaksis (tetrasiklin 1%, oxytetrasiklin 1% atau 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 (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

8. Pencegahan perdarahan

Melalui penyuntikan vitamin K1 dosis tunggal di paha kiri 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 (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Pemberian vitamin K sebagai profilaksis melawan hemorrhagic disease of the newborn dapat diberikan dalam suntikan yang memberikan pencegahan lebih terpercaya, atau secara oral yang membutuhkan beberapa dosis untuk mengatasi absorpsi yang bervariasi dan proteksi yang kurang pasti pada bayi (Lissauer, 2013). Vitamin K dapat diberikan dalam waktu 6 jam setelah lahir (Lowry, 2014).

9. Pemberian imunisasi Hepatitis B (HB 0) 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 (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

10. 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. 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 (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

11. 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.

2.5 Konsep Keluarga Berencana

2.5.1 Keluarga Berencana

a. Pengertian Keluarga Berencana

Menurut World Health Organisation (WHO) keluarga berencana adalah tindakan yang membantu pasangan suami istri untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang sangat diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri serta menentukan jumlah anak dalam keluarga.

Keluarga berencana adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga untuk mewujudkan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera (Sugeng.2022).

2. Tujuan Program Keluarga Berencana

Menurut (Setiyaningrum, 2015) tujuan program Keluarga Berencana meliputi:

a. Keluarga dengan anak ideal.

- b. Keluarga sehat.
- c. Keluarga berpendidikan.
- d. Keluarga sejahtera.
- e. Keluarga yang terpenuhi hak-hak reproduksinya
- f. Penduduk tumbuh seimbang.

Sedangkan tujuan program KB secara filosofis adalah:

- a. Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk indonesia.
- b. Terciptanya penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga.

3. Metode dan Jenis- jenis Keluarga Berencana

- a. Metode kontrasepsi sederhana dan alamiah tanpa alat

Menurut (Ulfah, 2021) Metode kontrasepsi sederhana tanpa alat

1) Metode Amenorea Laktasi

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

2) Metode Kalender

Menghitung masa subur dengan siklus haid dan melakukan pantang berkala atau lebih dikenal dengan sistem kalender merupakan salah satu cara atau metode kontrasepsi alami dan sederhana yang dapat dikerjakan sendiri oleh pasangan suami istri dengan cara tidak melakukan senggama pada masa subur.

3) Metode Suhu Basal

Suatu metode yang dilakukan untuk mengukur suhu mengetahui suhu basal, menentukan masa ovulasi. Karena progesteron yang dihasilkan corpus luteum menyebabkan peningkatan suhu basal tubuh. Sebelum perubahan suhu basal tubuh dipertimbangkan sebagai masa ovulasi, suhu tubuh terjadi peningkatan sedikitnya

0,2- 0,5 drajat celcius diatas 6 kali perubahan suhu sebelumnya yang diukur.

4) Metode Lendir Serviks

Perubahan siklus dari lendir serviks yang terjadi karena perubahan kadar estrogen. Lendir serviks yang diatur oleh hormon estrogen dan progesteron ikut berperan dalam reproduksi. Apabila siklus menstruasi tidak teratur, dapat ditentukan waktu ovulasi dengan memeriksa lendir yang diproduksi oleh kelenjar-kelenjar di dinding serviks.

Tepat sebelum ovulasi, lendir itu transparan, agak encer dan lebih banyak, lebih mirip jeli, setelah ovulasi lebih sedikit lendir yang keluar dan warnanya menjadi lebih keruh seperti susu.

5) Metode symtothermal

Kombinasi antara bermacam metode KB alamiah untuk menentukan masa subur/ovulasi yaitu melakukan dengan mengamati perubahan lendir dan perubahan suhu badan tubuh dan perhitungan masa subur melalui metode kalender.

6) Metode Coitus Interruptus

Senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan kelinisnya (penis) dari vagina sebelum sebelum pria mencapai ejakulasi (setiyaningrum,2017).

1) Metode kontrasepsi sederhana dengan alat Metode kontrasepsi sederhana dengan alat meliputi:

1) Kondom

Kondom merupakan bahan karet (lateks) poliuteraan (plastik), atau bahan sejenis yang kuat, tipis, dan elastis. Benda tersebut ditarik menutupi penis yang sedang ereksi untuk menampung semen selama ejakulasi dan mencegah sperma masuk ke dalam vagina (sulistyawati, 2019).

2) Spermisida

Spermisida adalah bahan kimia (biasanya nonoksinol) yang

digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma. Dikemas dalam bentuk aerosol (busa), tablet vaginal, gel, supositoria, dan krim (sulistyawati, 2019).

3) Diafragma

Diafragma adalah kap terbentuk bulat cembung, terbuat dari karet (lateks) yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks (sutrisna, 2021).

2) Metode Kontrasepsi Hormonal

1) Pil KB

Menurut Nareza (2024) pil KB merupakan:

Pil KB adalah kontrasepsi hormonal yang umumnya digunakan untuk mencegah kehamilan. Ada dua jenis pil KB, yaitu pil KB kombinasi dan pil KB khusus progestin. Obat ini hanya boleh digunakan atas saran dokter.

a) Pil KB kombinasi

Pil KB kombinasi mengandung hormon progesteron sintetis dan estrogen

b) Pil KB progesteron

Pil KB ini hanya terdiri dari pil aktif yang berisi progestin. Pil KB khusus progestin atau disebut juga pil mini biasanya digunakan oleh ibu menyusui dan wanita yang tidak boleh mengonsumsi estrogen.

2) KB Implant

Implant atau Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK) adalah kontrasepsi yang diinsersikan tepat dibawah kulit, dilakukan pada bagian dalam lengan atas atau dibawah siku melalui insisi tunggal dalam bentuk kipas. Adapun jenisnya norplant, implanon, jadena dan indoplant(Rahayu.2019).

3) KB IUD/AKDR dengan Progesterin

Jenis IUD/AKDR yang mengandung hormon steroid adalah prigestase yang mengandung progesteron dari mirena yang

mengandung levenorgestrel.

4) Suntik

KB suntik adalah dengan menyuntikkan cairan yang berupa hormon progesteron yang diberikan secara periodik kepada seorang wanita. Setelah disuntikkan, cairan yang berisi hormon progesteron tersebut akan masuk kedalam pembuluh darah lalu secara bertahap akan diserap oleh tubuh guna mencegah kehamilan. Ada 2 jenis KB suntik yaitu:

a) Suntik kombinasi

Suntik kombinasi mengandung 25mg Depo Medroksi progesteron Asetat dan 5 mg Estradiol Spionat yang diberikan injeksi intra muskular (IM) sebulan sekali (Cyclofem) dan 50 mg estradiol valerat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali (Angriani, 2019).

b) Suntik progesterin

Asetat (DMPA) yang diberikan dalam suntikan tunggal 150mg/ml secara intra muskular (IM) setiap 12 minggu (Jitowiyono et al, 2022).

Vasektomi atau sterilisasi pria atau Metode Operasi Pria (MOP) adalah tindakan penutupan (pemotongan, pengikatan, penyumbatan) kedua saluran mani pria/suami sehingga sewaktu melakukan hubungan seksual sel mani tidak dapat keluar membuahi sel telur dan mencegah terjadinya kehamilan (Jitowiyoni et al, 2022).

c. Tubektomi atau sterilisasi wanita atau sterilisasi wanita atau medis operasi wanita (WOW)

Tubektomi atau sterilisasi wanita atau medis operasi wanita (WOW) merupakan suatu kontrasepsi permanen untuk mencegah keluarnya ovum dengan cara tindakan mengikat dan atau memotong pada kedua saluran tuba(Susila,2020).

2.6 Teori Manajemen Kebidanan

2.6.1 Manajemen Kebidanan

1. Pengertian Manajemen Kebidanan

Manajemen adalah membuat pekerjaan selesai (*getting thing done*). Prinsip yang mendasari batasan ini adalah “komitmen pencapaian” yakni komitmen untuk melakukan kegiatan yang bertujuan, bukan semata-mata kegiatan.

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, ketrampilan dalam rangkaian tahapan logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien (Mulyati, 2017)

Menurut Varney (1997), proses penyelesaian masalah merupakan salah satu upaya yang digunakan dalam manajemen kebidanan. Varney berpendapat bahwa dalam melakukan manajemen kebidanan, bidan harus memiliki kemampuan berpikir secara kritis untuk menegakkan diagnosa atau masalah potensial kebidanan. Selain itu, diperlukan pula kemampuan kolaborasi atau kerja sama. Hal ini dapat digunakan sebagai dasar dalam perencanaan kebidanan selanjutnya (Sumarni, 2019).

2. Proses Manajemen Kebidanan

Langkah manajemen kebidanan merupakan suatu proses penyelesaian masalah yang menuntut bidan untuk lebih kritis di dalam mengantisipasi masalah. Ada tujuh langkah dalam manajemen kebidanan menurut Varney yang akan dijelaskan sebagai berikut:

1) Langkah I: pengumpulan data dasar

Pada langkah pertama dikumpulkan semua informasi (data) yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara:

a) Anamnesis

Anamnesis dilakukan untuk mendapatkan biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, bio- psiko-sosi-spiritual, serta pengetahuan klien.

b) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, meliputi:

- (1) Pemeriksaan khusus (inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi)
- (2) Pemeriksaan penunjang (laboratorium dan catatan terbaru serta catatan sebelumnya)

Pada langkah ini, dikumpulkan semua informasi yang akurat dan semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Pada langkah ini, bidan mengumpulkan data dasar awal secara lengkap (Mangkuji, 2012)

2) Langkah II: interpretasi data dasar

Pada langkah kedua dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar tersebut kemudian diinterpretasi sehingga dapat dirumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Baik rumusan diagnosa atau masalah, keduanya harus ditangani. Meskipun, masalah tidak dapat ditarik sebagai diagnosis, tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah yang sering menyertai diagnosis.

3) Langkah III: identifikasi diagnosa potensial dan antisipasi

Pada langkah ketiga mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosa/masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosa/masalah potensial ini menjadi

kenyataan. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman.

Pada langkah ini bidan dituntut untuk mengantisipasi masalah potensial tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi, tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosa tersebut tidak terjadi. Langkah ini bersifat antisipasi yang rasional/logis (Sumarni, 2019)

- 4) Langkah IV: identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera.

Pada langkah ini, yang dilakukan oleh bidan adalah mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi klien. Ada kemungkinan data yang kita peroleh memerlukan tindakan yang harus segera dilakukan oleh bidan, sementara kondisi yang lain masih bisa menunggu beberapa waktu lagi (Mangkuji, 2012)

- 5) Langkah V: perencanaan asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ini, direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan berdasarkan langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan yang menyeluruh pada pasien anemia tidak hanya meliputi hal yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi dilihat juga dari apa yang akan diperkirakan terjadi selanjutnya, apakah dibutuhkan konseling dan apakah perlu merujuk klien (Mangkuji, 2012) .

- 6) Langkah VI: pelaksanaan

Pada langkah keenam ini, kegiatan yang dilakukan adalah melaksanakan rencana asuhan yang sudah dibuat pada langkah ke-V secara aman dan efisien. Kegiatan ini bisa dilakukan oleh bidan atau anggota tim kesehatan yang lain. Dengan demikian, bidan harus bertanggung jawab atas terlaksananya rencana asuhan yang menyeluruh yang telah dibuat bersama tersebut (Mangkuji, 2012)

7) Langkah VII: evaluasi

Pada langkah terakhir ini, yang dilakukan oleh bidan adalah:

- a) Mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif untuk mengetahui mengapa proses manajemen ini tidak efektif (Mangkuji, 2012)
- b) Mengevaluasi hasil asuhan yang telah dilakukan pada Ny. “x” untuk memastikan apakah rencana tersebut telah berjalan secara efektif atau belum.
- c) *Follow up* data perkembangan kondisi pasien

Menurut Helen Varney (2009), alur berpikir bidan saat menghadapi klien meliputi 7 langkah. Untuk mengetahui apa yang telah dilakukan oleh seorang bidan melalui proses berpikir sistematis, didokumentasikan berbentuk SOAP, yaitu:

S (*subjektif*), menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis sebagai langkah Varney I.

O (*objektif*), menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium juga uji diagnostik lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung sebagai asuhan langkah Varney II

A (*assessment*), menggambarkan pendokumentasian tentang analisis dan interpretasi data subyektif dan obyektif dalam satu identifikasi:

- 1) Diagnosis/masalah
- 2) Antisipasi diagnosis/masalah potensial
- 3) Perlu tindakan segera oleh bidan atau dokter, konsultasi/ kolaborasi dan rujukan sebagai langkah 2,3 dan 4 Varney.

P (*plan*), menggambarkan pendokumentasian dan tindakan (I) dan evaluasi perencanaan (E) berdasarkan assessment sebagai langkah 5,6 dan 7 Varney.