

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. *Continuity Of Care (COC)*

Continuity of care (COC) merupakan pemberian pelayanan berkesinambungan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir serta keluarga berencana yang dilakukan oleh bidan. Asuhan kebidanan berkesinambungan bertujuan mengkaji sedini mungkin penyulit yang ditemukan sehingga dapat meningkatkan kesejahteraan ibu dan bayi secara menyeluruh dan jangka panjang, berdampak terhadap menurunnya jumlah kasus komplikasi dan kematian ibu hamil, bersalin, BBL nifas, dan neonatus (Sunarsih dan Pitriyani, 2020).

Menurut Undang-Undang Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 tahun 2019 menjelaskan tentang tugas dan wewenang bidan yang dituangkan dalam Bab VI bagian kedua yang meliputi:

a. Pelayanan Kesehatan Ibu

- 1) Memberikan asuhan kebidanan pada masa sebelum hamil
- 2) Memberikan asuhan kebidanan pada masa kehamilan normal
- 3) Memberikan asuhan kebidanan pada masa persalinan dan menolong persalinan normal.
- 4) Memberikan asuhan kebidanan pada masa nifas.
- 5) Melakukan pertolongan pertama kegawatdaruratan ibu hamil, bersalin, nifas, dan rujukan.
- 6) Melakukan deteksi dini kasus risiko dan komplikasi pada masa kehamilan, masa persalinan, pasca persalinan, masa nifas, serta asuhan pasca keguguran dan dilanjutkan dengan keguguran.

b. Pelayanan Kesehatan Anak

- 1) Memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, bayi, balita, dan anak prasekolah.
- 2) Memberikan imunisasi sesuai program pemerintah pusat.

- 3) Melakukan pemantauan tumbuh kembang pada bayi, balita, dan anak prasekolah serta deteksi dini kasus penyulit, gangguan tumbuh kembang dan rujukan.
- 4) Memberikan pertolongan pertama kegawatdaruratan pada bayi baru lahir dilanjutkan dengan rujukan.

B. Kehamilan

1. Pengertian

Kehamilan adalah serangkaian proses yang diawali dari konsepsi atau pertemuan ovum dengan sperma sehat dan dilanjutkan dengan fertilisasi, nidasi dan implantasi (Apidianti et al., 2019). Kehamilan adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan periode di mana janin berkembang di dalam rahim wanita. Kehamilan biasanya berlangsung sekitar 40 minggu, atau lebih dari 9 bulan, yang diukur dari periode menstruasi terakhir hingga melahirkan (*National Institutes of Health*, 2024).

2. Pembagian kehamilan menurut umur

Saifuddin (2018) menjelaskan bahwa ditinjau dari tuanya kehamilan, dibagi menjadi tiga bagian, yaitu sebagai berikut :

- a. Kehamilan trimester pertama (antara 0 sampai 12 minggu).
- b. Kehamilan trimester kedua (antara 13 sampai 27 minggu).
- c. Kehamilan trimester ketiga (antara 28 sampai 40 minggu).

3. Perubahan anatomi dan fisiologi

a. Perubahan pada sistem reproduksi

1) Uterus

Uterus pada akhir kehamilan (40 minggu) berat uterus menjadi 1000 gram (berat uterus normal 30 gram) dengan panjang 20 cm dan dinding 2,5 cm dan uterus akan terus membesar dalam rongga pelvis dan seiring perkembangannya uterus akan menyentuh dinding abdomen, mendorong usus ke

samping dan keatas, terus tumbuh hingga menyentuh hati (Apidianti et al., 2019).

2) Vagina dan vulva

Hormon estrogen mempengaruhi sistem reproduksi sehingga terjadi peningkatan vaskularisasi dan hyperemia pada vagina dan vulva. Peningkatan vaskularisasi menyebabkan warna kebiruan pada vagina yang disebut dengan tanda *Chadwick* (Kumalasari, 2019).

2) Serviks Uteri

Serviks uteri pada kehamilan juga mengalami perubahan karena hormon estrogen. Akibat kadar estrogen yang meningkat dan dengan adanya hipervaskularisasi, maka konsistensi serviks menjadi lunak. Serviks uteri lebih banyak mengandung jaringan ikat yang terdiri atas kolagen, karena servik terdiri atas jaringan ikat dan hanya sedikit mengandung jaringan otot, maka serviks tidak mempunyai fungsi sebagai spinkter, sehingga pada saat partus serviks akan membuka saja mengikuti tarikan tarikan corpus uteri keatas dan tekanan bagian bawah janin ke bawah (Apidianti et al., 2019).

b. Perubahan kardiovaskuler atau hemodinamik

Karakteristik yang khas adalah denyut nadi istirahat meningkat sekitar 10 sampai 15 denyut per menit pada kehamilan. Oleh karena diafragma makin naik selama kehamilan jantung digeser ke kiri dan ke atas. Sementara itu, pada waktu yang sama organ ini agak berputar pada sumbu panjangnya. Keadaan ini mengakibatkan apeks jantung digerakkan agak lateral dari posisinya pada keadaan tidak hamil normal dan membesarnya ukuran bayangan jantung yang ditemukan pada radiograf (Anggraini, 2021).

c. Perubahan pada sistem Pernafasan

Timbulnya keluhan sesak dan pendek nafas. Hal ini disebabkan karena uterus yang tertekan kearah diafragma akibat pembesaran rahim. Volume tidal (volume udara yang diinspirasi/ diekspirasi setiap kali bernafas normal) meningkat. Hal ini dikarenakan pernafasan cepat dan perubahan bentuk rongga toraks sehingga O₂ dalam darah meningkat (Kumalasari, 2019).

d. Perubahan pada ginjal

Selama kehamilan ginjal bekerja lebih berat. Ginjal menyaring darah yang volumenya meningkat sampai 30-50% atau lebih, yang puncaknya terjadi pada kehamilan 16-24 minggu sampai sesaat sebelum persalinan Pada saat ini aliran darah ke ginjal berkurang akibat penekanan rahim yang membesar terjadi miksi (berkemih) sering pada awal kehamilan karena kandung kemih tertekan oleh rahim yang membesar. Gejala ini akan menghilang pada Trimester III kehamilan dan di akhir kehamilan gangguan ini muncul kembali karena turunnya kepala janin ke rongga panggul yang menekan kandung kemih (Kumalasari, 2019).

e. Perubahan sistem endokrin

Pada ovarium dan plasenta, korpus luteum mulai menghasilkan estrogen dan progesterone dan setelah plasenta terbentuk menjadi sumber utama kedua hormone tersebut. Kelenjar tiroid menjadi lebih aktif. Kelenjar tiroid yang lebih aktif menyebabkan denyut jantung yang cepat, jantung berdebar-debar (palpitasi), keringat berlebihan dan perubahan suasana hati. Kelenjar paratiroid ukurannya meningkat karena kebutuhan kalsium janin meningkat sekitar minggu ke 15-35. Pada pankreas sel-selnya tumbuh dan menghasilkan lebih banyak insulin untuk memenuhi kebutuhan yang meningkat (Kumalasari, 2019).

f. Perubahan sistem muskuloskeletal

Pengaruh dari peningkatan estrogen, progesterone, dan elastin dalam kehamilan menyebabkan kelemahan jaringan ikat serta ketidakseimbangan persendian. Pada kehamilan trimester II dan III hormon progesterone dan hormon relaksasi jaringan ikat dan otot-otot. Hal ini terjadi maksimal pada satu minggu terakhir kehamilan. Postur tubuh wanita secara bertahap mengalami perubahan karena janin membesar dalam abdomen sehingga untuk mengompensasi penambahan berat ini, bahu lebih tertarik ke belakang dan tulang lebih melengkung, sendi tulang belakang lebih lentur dan dapat menyebabkan nyeri punggung pada beberapa wanita (Anggraini, 2021).

g. Perubahan sistem gastrointestinal

Rahim yang semakin membesar akan menekan rektum dan usus bagian bawah sehingga terjadi sembelit (konstipasi). Wanita hamil sering mengalami *heartburn* (rasa panas di dada) dan sendawa, yang kemungkinan terjadi karena makanan lebih lama berada di dalam lambung dan arena relaksasi sfingter di kerongkongan bagian bawah yang memungkinkan isi lambung mengalir kembali ke kerongkongan (Kumalasari, 2019).

h. Perubahan sistem integumen

Pada kulit terjadi hiperpigmentasi yang dipengaruhi *hormone Melanophore Stimulating Hormone di lobus hipofisis anterior* dan pengaruh kelenjar suprarenalis. Sehubungan dengan tingginya kadar hormonal, maka terjadi peningkatan pigmentasi selama kehamilan. Ketika terjadi pada kulit muka dikenal sebagai cloasma. Linea Alba adalah garis putih tipis yang membentang dari simfisis pubis sampai umbilikus, dapat menjadi gelap yang biasa disebut *Line Nigra* (Anggraini, 2021).

4. Keluhan yang dialami pada kehamilan trimester III

Keluhan yang sering dialami oleh ibu hamil trimester III menurut Saifuddin (2018) adalah sebagai berikut:

- a. Nausea dengan atau disertai muntah-muntah dapat terjadi siang atau sore hari atau bahkan sepanjang hari.
- b. Kelelahan disebabkan karena penurunan drastis laju metabolisme dasar di awal kehamilan.
- c. Nyeri merupakan masalah yang sangat sering terjadi pada kehamilan khususnya pada trimester II dan III kehamilan. Fenomena nyeri saat ini telah menjadi masalah kompleks yang didefinisikan oleh *International Society for The Study of Pain* sebagai “pengalaman sensorik dan emosi yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan, baik aktual maupun potensial”. Nyeri menyebabkan ketakutan dan kecemasan sehingga dapat meningkatkan stres dan perubahan fisiologis yang drastis selama kehamilan (N. A. Rahmawati, 2021).
- d. Leukorea adalah sekresi vagina dalam jumlah besar dengan konsistensi kental atau cair yang diulai pada semester pertama.
- e. Peningkatan frekuensi berkemih terjadi dalam dua periode. Fekuensi berkemih pada trimester pertama terjadi akibat peningkatan berat pada fundus uterus. Sedangkan pada trimester ketiga paling sering dialami oleh wanita primigravida setelah *lightening* terjadi.
- f. Nyeri ulu hati merupakan ketidaknyamanan yang timbul menjelang akhir semester kedua dan bertahan hingga trimester III.
- g. Peningkatan flatulen diduga akibat penurunan motilitas gastrointestinal yang diduga merupakan efek peningkatan progesteron yang merelaksasi otot halus dan akibat pergeseran tekanan pada usus halus karena pembesaran uterus. Konstipasi terjadi akibat pergeseran tekanan pada usus halus karena pembesaran uterus atau bagian presentasi dapat menurunkan motilitas pada saluran gastrointestinal.

- h. Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Progesteron dapat menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Pembesaran uterus mengakibatkan peningkatan tekanan yang mengganggu sirkulasi vena dan mengakibatkan kongesti pada vena panggul.
- i. Kram tungkai dan edema dependen pada kaki Uterus yang membesar memberikan tekanan balik pada pembuluh darah panggul sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf yang melewati foramen orbulator menuju ekstremitas bawah sehingga menyebabkan kram pada tungkai. Edema dependen pada kaki terjadi akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan vena pada ekstremitas bagian bawah. Gangguan sirkulasi disebabkan tekanan dari uterus yang membesar pada vena panggul saat ibu hamil duduk, berdiri atau pada vena kava inferior saat terlentang.
- j. Varises dipengaruhi sejumlah faktor, varises vena lebih mudah muncul pada wanita yang memiliki faktor predisposisi kongenital. Varises dapat disebabkan gangguan sirkulasi vena dan peningkatan vena pada ekstremitas bagian bawah. Gangguan sirkulasi disebabkan tekanan dari uterus yang membesar pada vena panggul saat ibu hamil duduk, berdiri atau pada vena kava inferior saat berbaring.
- k. Insomnia, wanita hamil memiliki alasan fisik yang menyebabkan insomnia. Hal ini disebabkan uterus yang membesar, ketidaknyamanan lain dan pergerakan janin terutama jika janin bergerak aktif. Mandi air hangat, minum air hangat, relaksasi dan melakukan aktifitas ringan dapat membantu meringankan insomnia.
- l. Sesak, kondisi janin yang semakin membesar akan mendesak diafragma ke atas sehingga fungsi diafragma dalam proses pernafasan akan terganggu yang mengakibatkan turunnya oksigenasi maternal, sedangkan pada kehamilan akan meningkatkan 20% konsumsi oksigen dan 15% laju metabolik, hal ini yang dapat membuat ketidakseimbangan ventilasi-perfusi yang menyebabkan sesak nafas pada ibu hamil. Beberapa intervensi yang dapat digunakan untuk

mengurangi nyeri sesak nafas pada ibu hamil yaitu *breathing exercise* dan *progressive muscle relaxation technique* (PMRT) (Mardiah, 2022).

5. Faktor risiko kehamilan

Puspita (2021) menjelaskan bahwa kelompok faktor resiko ada ibu hamil dikelompokkan menjadi 3 yaitu kelompok I, II, III berdasarkan kapan ditemukan, cara pengenalan dan sifat atau tingkat resikonya.

a. Kelompok I

1) Primi muda

Primi muda adalah ibu hamil pertama pada umur < 20 tahun, rahim dan panggul belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Kehamilan pada usia remaja mempunyai risiko medis yang cukup tinggi karena pada masa ini alat reproduksi belum cukup matang untuk melakukan fungsinya. Alasan mengapa kehamilan remaja dapat menimbulkan risiko antara lain rahim remaja belum siap untuk mendukung kehamilan. Rahim baru siap melakukan fungsinya setelah umur 20 tahun, karena pada usia ini fungsi hormonal melewati masa kerjanya yang maksimal (Widatiningsih & Dewi, 2019).

Dampak kehamilan pada kesehatan reproduksi di usia muda menurut Puspita (2021) yaitu:

- a) Keguguran pada usia muda dapat terjadi secara tidak disengaja, misalnya karena terkejut, cemas dan stress. Secara sengaja dilakukan oleh tenaga non professional yang dapat menimbulkan akibat efek samping yang serius seperti tingginya angka kematian dan infeksi alat reproduksi yang pada akhirnya dapat menimbulkan kemandulan.
- b) Persalinan prematur, berat badan lahir rendah (BBLR) dan kelainan bawaan yang terjadi karena kurang matangnya alat reproduksi terutama Rahim yang belum siap dalam suatu proses kehamilan, berat badan lahir rendah (BBLR) juga

dipengaruhi gizi saat hamil kurang dan juga umur ibu yang belum menginjak 20 tahun. Cacat bawaan dipengaruhi kurangnya pengetahuan ibu tentang kehamilan, pengetahuan akan asupan gizi rendah, pemeriksaan kehamilan kurang dan keadaan psikologi ibu yang kurang stabil selain itu juga disebabkan keturunan (genetik) dan proses pengguguran sendiri yang gagal.

- c) Mudah terjadi infeksi keadaan gizi buruk, tingkat sosial ekonomi rendah dan stress memudahkan terjadi infeksi saat hamil terlebih pada kala nifas.
- d) Anemia kehamilan atau kekurangan zat besi pada saat hamil di usia muda disebabkan oleh kurangnya pengetahuan akan pentingnya gizi pada saat hamil dan mayoritas seorang ibu mengalami anemia pada saat hamil. tambahan zat besi dalam tubuh fungsinya untuk meningkatkan jumlah sel darah merah, membentuk sel darah merah janin pada plasenta seorang yang kehilangan sel darah merah semakin lama akan menjadi anemia.
- e) Keracunan kehamilan karena kombinasi keadaan alat reproduksi yang belum siap hamil dan anemia, makin meningkatkan terjadinya keracunan hamil dalam bentuk preeklamsia atau eklamsia yang dapat menyebabkan kematian.
- f) Kematian ibu yang tinggi karena remaja yang stress akibat kehamilannya sering mengambil jalan pintas untuk melakukan gugur kandungan oleh tenaga dukun. Angka kematian karena gugur kandungan yang dilakukan dukun cukup tinggi, tetapi angka pasti tidak diketahui

2) Primi tua

Primi tua adalah wanita yang mencapai usia 35 tahun atau lebih pada saat hamil pertama. Ibu dengan usia ini mudah terjadi

penyakit pada organ kandungan yang menua, jalan lahir juga tambah kaku. Ada kemungkinan lebih besar ibu hamil mendapatkan anak cacat, terjadi persalinan macet dan perdarahan (Widatiningsih & Dewi, 2019).

3) Jarak kehamilan kurang dari 2 tahun

Ibu hamil yang jarak kelahiran dengan anak terkecil kurang dari 2 tahun kesehatan fisik dan rahim ibu masih butuh cukup istirahat. Ada kemungkinan ibu masih menyusui. Anak masih butuh asuhan dan perhatian orang tuanya (Kurniawati, 2021).

4) Primi tua sekunder

Ibu hamil dengan persalinan terakhir >10 tahun yang lalu. Ibu dalam kehamilan dan persalinan ini seolah-olah menghadapi persalinan yang pertama lagi. Bahaya yang dapat terjadi yaitu persalinan dapat berjalan tidak lancar dan perdarahan pasca persalinan (Rochjati, 2019)

5) Grandemultipara

Ibu pernah hamil atau melahirkan 4 kali atau lebih, karena ibu sering melahirkan maka kemungkinan akan banyak ditemui keadaan seperti kesehatan terganggu, kekendoran pada dinding rahim. Bahaya yang dapat terjadi yaitu kelainan letak, persalinan letak lintang, robekan rahim pada kelainan letak lintang, persalinan lama dan perdarahan pasca persalinan. Grande multipara juga dapat menyebabkan solusio plasenta dan plasenta previa (Kurniawati, 2021).

6) Umur 35 tahun atau lebih

Ibu hamil berusia 35 tahun atau lebih, dimana pada usia tersebut terjadi perubahan pada jaringan alat-alat kandungan dan jalan lahir tidak lentur lagi. Selain itu ada kecenderungan didapatkan penyakit lain dalam tubuh ibu. Bahaya yang dapat terjadi tekanan darah tinggi dan pre-eklamsia, ketuban pecah dini,

persalinan tidak lancar atau macet, perdarahan setelah bayi lahir (Rochjati, 2019).

- 7) Tinggi badan 145 cm atau kurang Terdapat tiga batasan pada kelompok risiko ini yaitu:
 - a) Ibu hamil pertama sangat membutuhkan perhatian khusus. Luas panggul ibu dan besar kepala janin mungkin tidak proporsional, dalam hal ini ada dua kemungkinan yang terjadi. Pertama, panggul ibu sebagai jalan lahir ternyata sempit dengan janin atau kepala tidak besar dan kedua panggul ukuran normal tetapi anaknya besar atau kepala besar.
 - b) Ibu hamil kedua, dengan kehamilan lalu bayi lahir cukup bulan tetapi mati dalam waktu (umur bayi) 7 hari atau kurang.
 - c) Ibu hamil dengan kehamilan sebelumnya belum pernah melahirkan cukup bulan, dan berat badan lahir rendah 2 kali
 - d) Kehamilan kedua atau lebih, kehamilan terakhir janin mati dalam kandungan.
- 8) Persalinan yang lalu dengan tindakan
Persalinan yang ditolong dengan alat melalui jalan lahir biasa atau pervaginam dengan bantuan alat, seperti: Persalinan yang ditolong dengan alat melalui jalan lahir biasa atau pervaginam (tindakan dengan cunam/forsep/vakum). Bahaya yang dapat terjadi yaitu robekan atau perlukaan jalan lahir dan perdarahan pasca persalinan (Widatiningsih & Dewi, 2017).
- 9) Bekas operasi sesar ibu hamil pada persalinan yang lalu dilakukan operasi sesar. Oleh karena itu pada dinding rahim ibu terdapat cacat bekas luka operasi. Bahaya pada robekan rahim yaitu kematian janin dan kematian ibu, perdarahan dan infeksi (Puspita, 2021).

b. Kelompok II

Widatiningsih dan Dewi (2019) menjelaskan bahwa Ada gawat obstetrik (AGO) adalah tanda bahaya pada saat kehamilan, persalinan, dan nifas yang terdiri dari:

1) Penyakit pada ibu hamil

Penyakit-penyakit yang menyertai kehamilan ibu yaitu sebagai berikut:

- a) Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi, dan merupakan jenis anemia yang pengobatannya relative mudah bahkan murah. Anemia pada kehamilan memberi pengaruh kurang baik, seperti kematian muda, kematian perinatal, prematuritas, dapat terjadi cacat bawaan, cadangan zat besi kurang.
- b) Malaria disertai dengan panas tinggi dan anemia, maka akan mengganggu ibu hamil dan kehamilannya. Bahaya yang dapat terjadi yaitu abortus, *intrauterine fetal death* (IUFD), dan persalinan prematur.
- c) Tuberkolosis paru tidak secara langsung berpengaruh pada janin, namun tuberkolosis paru berat dapat menurunkan fisik ibu, tenaga, dan air susu ibu (ASI) ikut berkurang. Bahaya yang dapat terjadi yaitu keguguran, bayi lahir belum cukup umur, dan janin mati dalam kandungan (Widatiningsih & Dewi, 2019).
- d) Payah jantung, bahaya yang dapat terjadi yaitu payah jantung bertambah berat, kelahiran premature. Penyakit jantung memberi pengaruh tidak baik kepada kehamilan dan janin dalam kandungan. Apabila ibu menderita hipoksia dan sianosis, hasil konsepsi dapat menderita pula dan mati yang kemudian disusul oleh abortus.

- e) Diabetes mellitus, ibu pernah mengalami beberapa kali kelahiran bayi yang besar, pernah mengalami kematian janin dalam rahim pada kehamilan minggu – minggu terakhir dan ditemukan glukosa dalam air seni. Bahaya yang dapat terjadi yaitu persalinan premature, hidramnion, kelainan bawaan, makrosomia, kematian janin dalam kandungan sesudah kehamilan ke-36, kematian bayi perinatal (bayi lahir hidup kemudian mati < 7 hari).
 - f) *Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome* (HIV/AIDS), bahaya yang dapat terjadi yaitu gangguan pada sistem kekebalan tubuh dan ibu hamil muda terkena infeksi. Kehamilan memperburuk progresivitas infeksi HIV. Bahaya HIV pada kehamilan adalah pertumbuhan intra uterin terhambat dan berat lahir rendah, serta peningkatan risiko prematur.
 - g) Toksoplasmosis penularan melalui makanan mentah atau kurang masak, yang tercemar kotoran kucing yang terinfeksi. Bahaya yang dapat terjadi yaitu infeksi pada kehamilan muda menyebabkan abortus, infeksi pada kehamilan lanjut menyebabkan kongenital dan hidrosefalus.
 - h) Preeklamsia ringan, tanda-tandanya yaitu edema pada tungkai dan muka karena penumpukan cairan di sela-sela jaringan tubuh, tekanan darah tinggi, dalam urin terdapat proteinuria, sedikit bengkak pada tungkai bawah atau kaki pada kehamilan 6 bulan keatas mungkin masih normal karena tungkai banyak digantung atau kekurangan vitamin B1. Bahaya bagi janin dan ibu yaitu menyebabkan gangguan pertumbuhan janin, dan janin mati dalam kandungan.
- 2) Hamil kembar

Kehamilan kembar adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih. Rahim ibu membesar dan menekan organ dalam dan

menyebabkan keluhan-keluhan seperti sesak nafas, edema kedua bibir kemaluan dan tungkai, varises, dan haemorrhoid. Bahaya yang dapat terjadi yaitu keracunan kehamilan, hidramnion, anemia, persalinan prematur, kelainan letak, persalinan sukar, dan perdarahan saat persalinan.

3) Hindramnion atau Hamil kembar air

Hidramnion adalah kehamilan dengan jumlah cairan amnion lebih dari 2 liter, dan biasanya Nampak pada trimester III, dapat terjadi perlahan-lahan atau sangat cepat. Bahaya yang dapat terjadi yaitu keracunan kehamilan, cacat bawaan pada bayi, kelainan letak, persalinan prematur, dan perdarahan pasca persalinan.

4) Janin mati dalam rahim atau *intrauterine fetal death* (IUFD)

Keluhan yang dirasakan yaitu tidak terasa gerakan janin, perut terasa mengecil, dan payudara mengecil. Pada kehamilan normal gerakan janin dapat dirasakan pada umur kehamilan 4-5 bulan. Bila gerakan janin berkurang, melemah, atau tidak bergerak sama sekali dalam 12 jam, kehidupan janin mungkin terancam. Bahaya yang dapat terjadi pada ibu dengan janin mati dalam rahim yaitu gangguan pembekuan darah ibu, disebabkan dari jaringan-jaringan mati yang masuk ke dalam darah ibu.

5) Hamil serotinus/hamil lebih bulan

Hamil serotinus adalah ibu dengan usia kehamilan >42 minggu dimana fungsi dari jaringan uri dan pembuluh darah menurun. Dampaknya dapat menyebabkan distosia karena aksi uterus tidak terkoordinir, janin besar, dan moulding (moulase) kepala kurang sehingga sering dijumpai partus lama, kesalahan letak, insersia uteri, distosia bahu, dan perdarahan pasca persalinan.

6) Letak sungsang

Letak sungsang adalah kehamilan tua (hamil 8-9 bulan), letak janin dalam rahim dengan kepala diatas dan bokong atau kaki dibawah. Bahaya yang dapat terjadi yaitu bayi lahir dengan gawat napas yang berat dan bayi dapat mati (Widatiningsih & Dewi, 2019).

7) Letak lintang

Kelainan letak janin didalam rahim pada kehamilan tua (hamil 8-9 bulan), kepala ada di samping kanan atau kiri dalam rahim ibu. Bayi letak lintang tidak dapat lahir melalui jalan lahir biasa, karena sumbu tubuh janin melintang terhadap sumbu tubuh ibu. Bahaya yang dapat terjadi pada kelainan letak lintang yaitu pada persalinan yang tidak di tangani dengan benar, dapat terjadi robekan rahim. Akibatnya adalah perdarahan yang mengakibatkan anemia berat, infeksi, ibu syok dan dapat menyebabkan kematian ibu dan janin.

c. Kelompok III

Ada Gawat Darurat Obstetrik (AGDO), ada 2 faktor resiko. Ada gawat darurat obstetric adalah adanya ancaman nyawa pada ibu dan bayinya menurut Widatiningsih dan Dewi (2019), terdiri dari:

1) Perdarahan pada saat kehamilan

Perdarahan antepartum adalah perdarahan sebelum persalinan atau perdarahan terjadi sebelum kelahiran bayi. Tiap perdarahan keluar dari liang senggama pada ibu hamil setelah 28 minggu, disebut perdarahan antepartum. Perdarahan antepartum haru dapat perhatian penuh, karena merupakan tanda bahaya yang dapat mengancam nyawa ibu dan janinnya, perdarahan dapat keluar sedikit-sedikit tapi terus menerus, lama kelamaan ibu menderita anemia berat atau sekaligus banyak yang menyebabkan ibu syok dan bayi dapat mengalami kelahiran prematur sampai kematian janin karena asfiksia.

Perdarahan dapat terjadi pada plasenta previa dan solusio plasenta. Biasanya disebabkan karena trauma atau kecelakaan dan tekanan darah tinggi atau pre-eklamsia sehingga terjadi perdarahan pada tempat melekat plasenta yang menyebabkan adanya penumpukan darah beku dibelakang plasenta.

2) Preeklamsia berat dan Eklamsia

Preeklamsia berat terjadi bila ibu dengan preeklamsia ringan tidak dirawat dan ditangani dengan benar. Preeklamsia berat dapat mengakibatkan kejang – kejang atau eklamsia. Bahaya yang dapat terjadi yaitu ibu dapat tidak sadar (koma sampai meninggal).

6. Deteksi dini kehamilan berisiko

Deteksi dini adalah usaha yang dilakukan untuk mengetahui ada atau tidaknya suatu kelainan. Deteksi dini kehamilan berisiko tinggi berkaitan dengan kegiatan untuk mendapatkan informasi mengenai ibu hamil yang terdeteksi sebagai populasi berisiko tinggi (Salsabila *et al.*, 2018).

Pencegahan terjadinya kehamilan berisiko yang dapat terjadi pada ibu hamil Widatiningsih dan Dewi (2019) adalah sebagai berikut:

- a. Penyuluhan Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) untuk kehamilan dan persalinan aman tentang:
 - 1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR), tempat persalinan dapat dilakukan di rumah maupun di polindes, tetapi penolong persalinan harus bidan, dukun membantu perawatan nifas bagi ibu dan bayinya.
 - 2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), memberi penyuluhan agar pertolongan persalinan oleh bidan atau dokter puskesmas, dipolindes atau puskesmas (PKM), atau langsung dirujuk ke rumah sakit, misalnya pada letak lintang dan ibu hamil pertama (primi) dengan tinggi badan rendah.

- 3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST), diberi penyuluhan dirujuk untuk melahirkan di rumah sakit dengan alat lengkap dan di bawah pengawasan dokter spesialis.

b. Pengawasan Antenatal

Memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan yang menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinannya, seperti:

- 1) Mengetahui dan menangani sedini mungkin penyulit yang terdapat saat kehamilan, saat persalinan, dan kala nifas.
- 2) Mengetahui dan menangani penyakit yang menyertai kehamilan, persalinan, dan kala nifas.
- 3) Memberikan nasihat dan petunjuk yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, kala nifas, laktasi, dan aspek keluarga berencana.
- 4) Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal.

c. Pendidikan Kesehatan

Pendidikan Kesehatan yang dapat diberikan kepada ibu, yaitu sebagai berikut:

- 1) Diet dan pengawasan berat badan. Kekurangan atau kelebihan nutrisi dapat menyebabkan kelainan yang tidak diinginkan pada wanita hamil. Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan anemia, partus rematur, abortus, dan lain-lain, sedangkan kelebihan nutrisi dapat menyebabkan preeklamsia, bayi terlalu besar, dan lain-lain.
- 2) Ibu pada saat hamil, bukan merupakan halangan untuk melakukan hubungan seksual. Umumnya hubungan seksual diperbolehkan pada masa kehamilan jika dilakukan dengan hati-hati.
- 3) Kebersihan dan pakaian. Kebersihan harus selalu dijaga pada masa hamil, pakaian harus longgar, bersih, dan mudah dipakai, memakai sepatu dengan tumit yang tidak terlalu tinggi, memakai

kutang yang menyokong payudara, dan pakaian dalam selalu bersih.

- 4) Perawatan gigi. Wanita hamil pada trimester I mengalami mual dan muntah (*morning sickness*). Keadaan ini menyebabkan perawatan gigi yang tidak diperhatikan dengan baik, sehingga timbul karies gigi, gingivitis, dan sebagainya.
- 5) Perawatan payudara. Perawatan payudara ini bertujuan memelihara hygiene payudara, melenturkan/menguatkan puting susu, dan mengeluarkan puting susu yang datar atau masuk ke dalam.
- 6) Imunisasi Tetanus Toksoid (TT). Imunisasi untuk melindungi janin yang akan dilahirkan terhadap tetanus neonatorum.
- 7) Wanita pekerja. Wanita hamil boleh bekerja tetapi jangan terlampau berat. Melakukan istirahat sebanyak mungkin. Menurut undang-undang perburuhan, wanita hamil berhak mendapat cuti hamil satu setengah bulan sebelum bersalin atau satu setengah bulan setelah bersalin.
- 8) Merokok, minum alkohol dan kecanduan narkotik. Ketiga kebiasaan ini secara langsung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dan menimbulkan kelahiran dengan berat badan lebih rendah, atau mudah mengalami abortus dan partus prematurus, dapat menimbulkan cacat bawaan atau kelainan pertumbuhan dan perkembangan mental.
- 9) Obat-obatan. Pengobatan penyakit saat hamil harus memperhatikan apakah obat tersebut tidak berpengaruh terhadap tumbuh kembang janin.

Deteksi dini adalah upaya penjarangan dan penyaringan yang dilaksanakan untuk menemukan penyimpangan secepat mungkin. Deteksi dini kehamilan risiko tinggi adalah upaya penjarangan dan penyaringan yang dilaksanakan untuk menemukan gejala kehamilan risiko tinggi sejak awal. Hal-hal yang termasuk dalam deteksi dini kehamilan risiko tinggi,

yaitu usia ibu hamil kurang dari 20 tahun, usia ibu hamil lebih dari 35 tahun, jumlah anak 3 orang atau lebih, Jarak kelahiran kurang dari 2 tahun Ibu dengan tinggi badan kurang dari 145 cm, Ibu dengan berat badan < 45 kg sebelum kehamilan, Ibu dengan lingkaran lengan atas < 23,5 cm, Riwayat kehamilan dan persalinan sebelumnya (perdarahan, kejang-kejang, demam tinggi, persalinan lama, melahirkan dengan cara operasi, dan bayi lahir mati) (Puspita, 2021)

7. Penatalaksanaan Kehamilan Risiko Tinggi

Kehamilan risiko tinggi dapat dicegah dengan pemeriksaan dan pengawasan kehamilan yaitu deteksi dini ibu hamil risiko tinggi yang lebih difokuskan pada keadaan yang menyebabkan kematian ibu dan bayi. Pengawasan antenatal menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dan persiapan persalinan. Anjurkan setiap ibu hamil untuk melakukan kunjungan antenatal komprehensif yang berkualitas minimal 4 kali dengan 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II dan 2 kali pada trimester III, termasuk minimal 1 kali kunjungan diantar suami/pasangan atau anggota keluarga (Rochjati, 2019).

C. Persalinan

1. Pengertian

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan atau dengan kekuatan sendiri (Rosyati, 2021). Persalinan adalah proses membuka dan menutupnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir (Saifuddin, 2021).

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

komplikasi baik ibu maupun janin (Saifuddin, 2021). Multipara adalah seorang perempuan yang telah hamil dua kali atau lebih yang menghasilkan janin hidup, tanpa memandang apakah janin itu hidup atau mati (Lase, 2019).

2. Macam-macam persalinan

Kemenkes RI (2019) menjelaskan bahwa macam-macam persalinan adalah sebagai berikut:

- a. Persalinan spontan, yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut.
- b. Persalinan buatan, bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar misalnya ekstraksi forceps, atau dilakukan operasi Sectio Caesaria.
- c. Persalinan anjuran, persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin.

3. Sebab-sebab mulainya persalinan

Saifuddin (2018) menjelaskan bahwa sebab mulainya persalinan belum diketahui dengan jelas. Beberapa teori yang menyebabkan mulainya persalinan adalah sebagai berikut:

a. Penurunan kadar progesteron

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

b. Teori oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga oksitocin 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. Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Seperti halnya dengan Bladder dan Lambung, bila dindingnya teregang oleh isi yang bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot dan otot-otot rahim makin rentan.

d. Pengaruh janin

Hipofise dan kelenjar suprarenal janin rupa-rupanya juga memegang peranan karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasa, karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturasi janin, dan induksi (mulainya) persalinan.

e. Teori prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F₂ atau E₂ yang diberikan secara intravena, intra dan extra amnial menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap umur kehamilan. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat keluar. Prostaglandin dapat

dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. Hal ini juga didukung dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun daerah perifer pada ibu hamil, sebelum melahirkan atau selama persalinan.

4 Tanda-tanda persalinan

Kemenkes RI (2019) menjelaskan bahwa yang merupakan tanda pasti dari persalinan adalah sebagai berikut:

a. Timbulnya kontraksi uterus, biasa juga disebut dengan his persalinan yaitu his pembukaan yang mempunyai sifat sebagai berikut:

- 1) Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan.
- 2) Pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan.
- 3) Sifatnya teratur, interval makin lama makin pendek dan kekuatannya makin besar.
- 4) Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan cervix.
- 5) Makin beraktifitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada servix (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit). Kontraksi yang terjadi dapat menyebabkan pendataran, penipisan dan pembukaan serviks.

b. Penipisan dan pembukaan servix

Penipisan dan pembukaan servix ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula.

c. *Bloody Show* (lendir disertai darah dari jalan lahir)

Pendataran dan pembukaan pada jalan lahir, lendir dari canalis cervicalis keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa capillair darah terputus.

d. *Premature rupture of membrane*

Keluarnya cairan banyak dengan sekonyong-konyong dari jalan lahir akibat ketuban pecah atau selaput janin robek. Ketuban biasanya

pecah kalau pembukaan lengkap atau hampir lengkap dan dalam hal ini keluarnya cairan merupakan tanda yang lambat sekali. Tetapi kadang-kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, malahan kadang-kadang selaput janin robek sebelum persalinan. Walaupun demikian persalinan diharapkan akan mulai dalam 24 jam setelah air ketuban keluar.

5. Tahapan persalinan

Sondakh (2019) menjelaskan bahwa tahap persalinan adalah sebagai berikut:

a. Kala I (kala pembukaan)

Kala I dimulai saat persalinan mulai pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm), proses ini dibagi menjadi 2 fase, yaitu:

- 1) Fase laten, berlangsung selama 8 jam, serviks membuka sampai 3 cm.
- 2) Fase aktif, berlangsung selama 7 jam, serviks membuka dari 4 cm sampai 10 cm, kontraksi lebih kuat dan sering, dibagi dalam 3 fase:
 - a) Fase akselerasi dalam waktu 2 jam, pembukaan 3 cm sampai 4 cm.
 - b) Fase dilatasi maksimal dalam waktu 2 jam, pembukaan langsung cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.
 - c) Fase deselerasi pembukaan menjadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam, pembukaan 9 cm menjadi lengkap.

Proses diatas dapat terjadi pada primigravida ataupun multigravida, tetapi pada multigravida memiliki jangka waktu yang lebih pendek. Pada primigravida berlangsung tidak lebih dari 12 jam dan pada multigravida tidak lebih dari 8 jam.

b. Kala II (kala pengeluaran janin)

Tanda kala II adalah sebagai berikut:

- 1) His semakin kuat dengan interval 2-3 menit dengan durasi 50-100 detik.

- 2) Menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
 - 3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan akibat tertekannya pleksus Frankenhauser.
 - 4) Kedua kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi:
 - a) Kepala membuka pintu
 - b) Subocciput bertindak sebagai hipomoklion, kemudian secara berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung, dan muka serta kepala seluruhnya.
 - 5) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar yaitu, penyesuaian kepala pada punggung:
 - a) Setelah putar paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan cara:
 - (1) Kepala dipegang pada os. Occiput dan di bawah dagu, kemudian ditarik dengan cara curam kebawah untuk melahirkan bahu dan keatas untuk melahirkan bahu belakang.
 - (2) Setelah kedua bahu lahir, ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi.
 - (3) Bayi lahir diikuti oleh air sisa ketuban.
 - b) Lakukan rujukan jika bayi belum lahir atau persalinan tidak akan segera terjadi setelah dua jam meneran pada primigravida dan satu jam meneran pada muktigravida (JNPK-KR, 2020)
- c. Kala III (pelepasan plasenta)

Kala III persalinan dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Proses lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan mempertahankan tanda-tanda dibawah ini:

- 1) Uterus menjadi bundar.
- 2) Uterus terdorong keatas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim.
- 3) Tali pusat bertambah panjang.
- 4) Terjadi semburan darah tiba-tiba.

Cara melahirkan plasenta adalah menggunakan teknik dorso cranial. Selaput janin biasanya lahir dengan mudah, namun kadang-kadang masih ada bagian plasenta yang tertinggal. Bagian tertinggal tersebut dapat dikeluarkan dengan cara:

- 1) Menarik pelan-pelan.
- 2) Memutar atau memilinnya seperti tali.
- 3) Memutar pada klem.
- 4) Manual atau digital

Plasenta dan selaput ketuban harus diperiksa secara teliti setelah dilahirkan, apakah setiap bagian plasenta lengkap atau tidak lengkap. Bagian plasenta yang diperiksa yaitu permukaan maternal yang pada normalnya memiliki 6-20 kotiledon, permukaan fetal, dan apakah terdapat tanda-tanda plasenta suksenturia. Jika plasenta tidak lengkap, maka disebut ada sisa plasenta. Keadaan ini dapat menyebabkan perdarahan yang banyak dan infeksi. Kala III terdiri dari dua fase, yaitu:

- 1) Fase pelepasan plasenta

- a) *Schultze*

Proses lepasnya plasenta seperti menutup payung. Cara ini merupakan cara yang sering terjadi (80%). Bagian yang lepas terlebih dahulu adalah bagian tengah, lalu terjadi retroplacental hematoma yang menolak plasenta mula-mula bagian tengah. Menurut cara ini, perdarahan biasanya tidak ada sebelum plasenta lahir dan berjumlah banyak setelah plasenta lahir.

b) Duncan

Berbeda dengan sebelumnya pada cara ini lepasnya plasenta dimulai dari pinggir (20%). Darah akan mengalir keluar antara selaput ketuban. Pengeluarnya juga serempak dari tengah dan pinggir plasenta.

2) Fase pengeluaran plasenta

Perasat-perasat untuk mengetahui lepasnya plasenta adalah sebagai berikut:

a) Kustner

Dengan meletakkan tangan diatas simfisis, tali pusat ditegangkan, maka bila tali pusat masuk berarti belum lepas. Jika diam atau maju berarti sudah lepas.

b) Klein

Sewaktu ada his, rahim didorong sedikit. Bila tali pusat kembali, berarti belum lepas, diam atau turun berarti lepas (cara ini tidak dilakukan lagi).

c) Strassman

Tegangkan tali pusat dan ketok pada fundus, bila tali pusat bergetar, berarti tali pusat belum lepas, jika tidak bergetar berarti sudah lepas. Tanda-tanda plasenta sudah lepas adalah rahim menonjol ke atas simfisis, tali pusat bertambah panjang, rahim bundar dan keras serta keluar darah secara tiba-tiba.

d. Kala IV (pengawasan/observasi/pemulihan)

Gejala kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam post partum. Kala ini terutama bertujuan untuk melakukan observasi, karena perdarahan post partum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Pemantauan yang dilakukan pada kala IV antara lain memperkirakan kehilangan darah, memeriksa perdarahan dari perineum, pemantauan keadaan umum ibu (tanda-tanda vital dan kontraksi uterus).

Darah yang keluar selama perdarahan harus ditakar, kehilangan darah pada persalinan biasanya disebabkan oleh luka pada saat pelepasan plasenta dan robekan serviks dan perineum. Rata-rata perdarahan yang dikatakan normal adalah 250 cc, biasanya 100-300 cc. Jika perdarahan lebih dari 500 cc. maka sudah dianggap abnormal, dengan demikian harus dicari penyebabnya. Penting untuk diingat. Jangan meninggalkan wanita bersalin 1 jam sesudah bayi dan plasenta lahir. Sebelum pergi meninggalkan ibu yang baru melahirkan, periksa ulang terlebih dahulu dan perhatikanlah 7 pokok penting:

- 1) Kontraksi rahim: baik atau tidaknya pemeriksaan palpasi jika perlu dilakukan masase dan berikan uterotonika.
- 2) Perdarahan: ada atau tidak, banyak atau biasa.
- 3) Kandung kemih: harus kosong, jika penuh, ibu dianjurkan berkemih dan kalau tidak bisa, lakukan kateter.
- 4) Luka-luka: jahitannya baik atau tidak, ada perdarahan atau tidak.
- 5) Plasenta dan selaput ketuban harus lengkap.
- 6) Keadaan umum ibu, tekanan darah, nadi, pernafasan, dan masalah lain.
- 7) Bayi dalam keadaan baik.

6. Prosedur Pelaksanaan Asuhan Persalinan Normal

Dokumentasi asuhan persalinan menurut JNPK-KR (2017) adalah sebagai berikut:

a. Partograf

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik. Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah:

- 1) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui periksa dalam.
- 2) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.

- 3) Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu di catatkan secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir:
 - a) Jika digunakan dengan tepat dan konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan untuk:
 - (1) Mencatat kemajuan persalinan.
 - (2) Mencatat kondisi ibu dan jainnya.
 - (3) Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran.
 - (4) Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan.
 - (5) Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu.
 - b) Partograf harus digunakan:
 - (1) Untuk semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan dan merupakan elemen penting dari asuhan persalinan. Partograf harus digunakan untuk semua persalinan, baik normal maupun patologis. Partograf sangat membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi dan membuat keputusan klinik, baik persalinan dengan penyulit maupun yang tidak disertai dengan penyulit.
 - (2) Selama persalinan dan kelahiran bayi disemua tempat (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta. Rumah sakit, dan lain-lain).
 - (3) Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya (spesialis obstetric, bidan, dokter umum dan mahasiswa kedokteran). Penggunaan

partograf secara rutin dapat memastikan bahwa ibu dan bayinya mendapatkan asuhan yang aman, adekuat dan tepat waktu serta membantu mencegah terjadinya penyulit yang dapat mengancam keselamatan jiwa mereka (JNPK-KR, 2017).

b. Pencatatan selama fase laten kala I persalinan

Kala I persalinan terdiri dari dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif yang menjadi acuan adalah pembukaan serviks.

- 1) Fase laten (pembukaan serviks kurang dari 4 cm).
- 2) Fase aktif (pembukaan serviks dari 4 sampai 10 cm).

Selama fase laten semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat. Hal ini dapat dicatat secara terpisah, baik dicatatan kemajuan persalinan maupun di buku KIA atau dituliskan setiap kali membuat catatan selama fase laten persalinan. Semua asuhan dan intervensi juga harus dicatatkan. Kondisi ibu dan bayi juga harus dinilai dan dicatat dengan seksama yaitu:

- 1) Denyut jantung setiap $\frac{1}{2}$ jam.
- 2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap $\frac{1}{2}$ jam.
- 3) Nadi $\frac{1}{2}$ jam.
- 4) Pembukaan serviks setiap 4 jam.
- 5) Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam.
- 6) Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam.
- 7) Produksi urin, aseton dan protein setiap 2 sampai 4 jam.

c. Pencatatan selama fase aktif

Observasi dimulai fase aktif persalinan dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan persalinan, yaitu:

- 1) Informasi tentang ibu.
- 2) Kondisi janin.
- 3) Kemajuan persalinan.
- 4) Jaminan waktu.
- 5) Kontraksi uterus.

- 6) Obat-obatan yang diberikan.
- 7) Kondisi ibu.
- 8) Mencatat temuan dalam partograf:

7. Persalinan *Sectio caesarea*

a. Pengertian

Persalinan *Sectio caesarea* didefinisikan sebagai kelahiran janin melalui sayatan bedah yang dibuat melalui dinding perut dan dinding rahim (Louis & Isaacs, 2023). *Sectio caesarea* adalah cara melahirkan dengan melakukan operasi atau pembedahan pada abdomen dan dinding rahim ibu untuk mengeluarkan bayi. Saat pelaksanaan operasi berlangsung ibu akan diberikan anestesi spinal yang disuntikkan pada tulang belakang, sehingga ibu tidak akan merasakan nyeri dari pinggang hingga kaki (Febrianto, 2024).

b. Kategori persalinan *Sectio caesarea*

Berghella (2022) menjelaskan bahwa berdasarkan tingkat urgensinya, *Sectio caesarea* dapat dibedakan menjadi *Sectio caesarea cito* dan elektif. *Sectio caesarea cito* yaitu *Sectio caesarea* yang dilakukan setelah proses persalinan dimulai, sedangkan *Sectio caesarea* elektif adalah tindakan *Sectio caesarea* terencana yang dilakukan sebelum proses persalinan dimulai. Operasi *Sectio caesarea* emergensi dibagi ke dalam 4 kategori, yaitu:

- 1) Kategori 1: Gawat janin atau gawat ibu yang membahayakan nyawa.
- 2) Kategori 2: Kegawatan janin atau ibu yang tidak membahayakan nyawa.
- 3) Kategori 3: Tidak ada tanda gawat janin atau gawat ibu, tetapi dibutuhkan persalinan.
- 4) Kategori 4: Waktu persalinan disesuaikan dengan pasien atau dokter.

c. Indikasi persalinan *Sectio caesarea*

Moldenhauer (2024) menjelaskan bahwa meskipun angka kesakitan dan kematian akibat operasi caesar rendah, namun angka tersebut masih beberapa kali lebih tinggi daripada angka kelahiran pervaginam. Oleh karena itu, operasi caesar hanya boleh dilakukan jika lebih aman bagi wanita atau janin daripada kelahiran pervaginam. Indikasi spesifik yang paling umum untuk operasi caesar adalah sebagai berikut:

- 1) Persalinan caesar sebelumnya.
- 2) Persalinan yang lama.
- 3) Presentasi atau letak janin yang tidak normal (terutama presentasi bokong atau letak melintang).
- 4) Pola denyut jantung janin yang tidak meyakinkan, yang memerlukan kelahiran cepat.
- 5) Pendarahan berlebihan, yang mungkin mengindikasikan solusio plasenta.
- 6) Plasenta previa.

d. Komplikasi

Morbiditas pada seksio sesarea lebih besar jika dibandingkan dengan persalinan pervaginam. Ancaman utama bagi wanita yang menjalani seksio sesarea berasal dari tindakan anestesi, keadaan sepsis yang berat, serangan tromboemboli dan perlukaan pada traktus urinarius, infeksi pada luka (Bobak *et al.*, 2018). Komplikasi persalinan SC menurut Nathania (2022) adalah infeksi pada lapisan rahim (gejala demam, sakit perut, keputihan parah, dan pendarahan berat pada vagina dan area luka), gejala bengkak, nyeri, kemerahan, keluarnya cairan di area luka, pendarahan berlebih, pembekuan darah di kaki (*deep vein thrombosis/DVT*), timbul rasa sakit dan bengkak, berbahaya jika menjalar ke organ lainnya dan kerusakan pada kandung kemih atau ginjal.

e. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan SC

Malika dan Arsanah (2024) menjelaskan bahwa faktor yang mempengaruhi operasi *sectio caesarea* adalah sebagai berikut:

1) Usia ibu

Umur 20-35 tahun merupakan usia produktif bagi seseorang. Umur 20-35 tahun adalah relatif paling aman dari segi reproduksi sehat dimana seorang ibu bisa mengandung dengan aman apabila mendapat pemeliharaan yang baik selama mengandung (Sinaga, 2020). Riset Siregar et al. (2023) menunjukkan terdapat pengaruh antara umur ibu dengan persalinan SC ($p = 0,001$).

2) Kala II lama

Partus tak maju adalah fase laten lebih dari 8 jam. Persalinan telah berlangsung 12 jam atau lebih, bayi belum lahir. Dilatasi serviks di kanan garis waspada persalinan fase aktif, kondisi ini dapat menimbulkan ibu kehabisan tenaga serta bila ketuban sudah pecah dan semakin sedikit akan berakibat anak meminum air ketuban sehingga diperlukannya tindakan pertolongan segera seperti *sectio caesarea* (Saifuddin, 2021). Riset Afriani et al. (2021) menyatakan bahwa ada hubungan preeklamsia, ketuban pecah dini dan kala II lama dengan tindakan *sectio caesarea* ($p = 0,004$).

3) Ketuban pecah dini

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah salah satu indikasi dilakukannya *sectio caesarea* (SC). Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum inpartu yaitu pada pembukaan <4 cm (fase laten) KPD dapat terjadi pada akhir kehamilan ataupun jauh sebelum waktunya melahirkan. KPD preterm adalah KPD saat umur kehamilan <37 minggu. kematian prenatal disebabkan oleh KPD, dengan komplikasi seperti sepsis, asfiksia dan hipoplasia paru (Awi et al., 2022). Riset Asta et al. (2023)

menyatakan bahwa ada hubungan antara KPD dengan kejadian persalinan SC ($p = 0,029$).

4) Riwayat persalinaan SC

Riwayat SC merupakan indikasi relatif *Sectio caesarea*. Ibu yang melahirkan dengan mempunyai riwayat SC tidak bisa melahirkan dengan cara normal. Hasil dari analisis distribusi frekuensi, diperoleh data penyebab persalinan *Sectio caesarea*. Riwayat persalinan ibu sangat menentukan pemilihan persalinan pada kehamilan berikutnya. Ibu bersalin dengan Riwayat *sectio caesarea* yang dilakukan tindakan *sectio caesarea* cito sebagian besar dipengaruhi oleh usia dan paritas ibu serta komplikasi tertentu, sedangkan *sectio caesarea* kondisi ibu dan janin tidak disertai ancaman langsung sehingga dapat direncanakan pada waktu yang sesuai (Wathina et al., 2023). Riset Malika dan Arsanah (2024) menyatakan bahwa ada hubungan riwayat SC dengan kejadian persalinan *sectio caesarea* ($p = 0,036$).

5) *Intrauterine Growth Restriction* (IUGR)

Intrauterine growth restriction adalah kondisi yang menyebabkan pertumbuhan janin terhambat. IUGR ditandai dengan ukuran dan berat janin yang tidak sesuai dengan usia kehamilan. Operasi caesar akan dilakukan jika tekanan dari jalan lahir selama persalinan normal dianggap terlalu berisiko bagi janin (Pittara, 2022). Riset Malika dan Arsanah (2024) menyatakan bahwa ada hubungan IUGR dengan kejadian persalinan *sectio caesarea* ($p = 0,002$).

6) Perdarahan antepartum

Perdarahan antepartum (APH) didefinisikan sebagai perdarahan dari saluran genital setelah minggu ke-20 kehamilan dan sebelum dimulainya persalinan. Perdarahan lebih mungkin terjadi pada trimester ketiga saat segmen bawah rahim berkembang atau selama kontraksi dengan dilatasi serviks, yang

diperkirakan menyebabkan gaya geser, yang menyebabkan gangguan pada perlekatan plasenta dan meningkatkan risiko persalinan *sectio caesarea* (Hiller & Rogers, 2024). Riset Malika dan Arsanah (2024) menyatakan bahwa ada hubungan Perdarahan antepartum dengan kejadian persalinan *sectio caesarea* ($p=0,001$).

7) Malpresentasi janin

Malpresentasi janin merupakan presentasi verteks dengan posisi anterior yang tidak mengalami fleksi secara sempurna, contohnya defleksi kepala, posisi oksipitolateral dan oksipitoposterior dengan oksiput sebagai penentu posisi. Komplikasi kelahiran kembali termasuk morbiditas dan mortalitas janin yang tinggi, dan IQ janin bisa turun di bawah normal. Komplikasi langsung pada ibu meliputi perdarahan seperti perdarahan intrakranial, infeksi postpartum seperti meningitis, trauma kelahiran seperti kerusakan organ vital di daerah medula, trauma ekstremitas seperti dislokasi sendi dan fraktur ekstremitas, dan trauma pada organ dalam seperti pecahnya hati dan limpa (Malika & Arsanah, 2024). Riset Afriani et al. (2021) menyatakan bahwa ibu hamil dengan malpresentasi akan berisiko mengalami persalinan *sectio caesarea* sebesar 7,457 kali dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak malpresentasi.

8) *Cephalopelvic Disproportion*

Cephalo Pelvic Disproportion (CPD) merupakan indikasi absolut untuk dilakukannya tindakan SC. Ibu dengan CPD dalam persalinan secara pervaginam tidak memungkinkan, karena sempitnya ukuran panggul, ukuran janin terlalu besar atau kombinasi keduanya, bila dipaksakan tentu akan menimbulkan banyak komplikasi baik pada ibu maupun juga pada janin sehingga perlu dilakukan tindakan *sectio caesarea* cito

(Tambuwun et al., 2023). Riset Malika dan Arsanah (2024) menyatakan bahwa ada hubungan *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD) dengan kejadian persalinan *sectio caesarea* ($p=0,007$).

9) Gawat janin

Gawat janin adalah denyut jantung janin (DJJ) kurang dari 100 per menit atau lebih dari 180 per menit. Gawat janin terjadi bila janin tidak menerima O_2 yang cukup, sehingga akan mengalami hipoksia. Situasi ini dapat terjadi (kronik) dalam jangka waktu yang lama atau akut. Ibu bersalin yang mengalami gawat janin kemungkinan terbesar akan menyebabkan bayi mengalami asfiksia yang dapat mengancam keselamatan bayi serta ibu dengan itu ibu bersalin dengan gawat janin harus segera dilakukan persalinan *sectio caesarea* (Asta et al., 2023). Riset Malika dan Arsanah (2024) menyatakan bahwa ada hubungan gawat janin dengan kejadian persalinan *sectio caesarea* ($p=0,036$).

10) Preklampsia berat

Ibu bersalin dengan Pre Eklamsia Berat (PEB) sebagian besar dilakukan *Sectio caesarea* cito. Pre Eklamsia Berat (PEB) merupakan indikasi persalinan yang beresiko mengancam nyawa ibu dan bayi. Oleh karena itu ibu bersalin yang sudah didiagnosa Pre Eklamsia Berat harus segera dilakukan SC demi keselamatan ibu dan bayi serta diperlukan pemantauan yang ketat disaat operasi berlangsung maupun setelah operasi (Tambuwun et al., 2023). Riset Pratika et al. (2022) yang menyatakan bahwa ada faktor resiko pre eklamsi terhadap tindakan *sectio caesarea* di RS Tk IV DKT Kediri ($p=0,000$).

8. Letak Lintang

Kehamilan letak lintang merupakan sumbu memanjang janin menyilang sumbu memanjang ibu secara tegak lurus mendekati 90° . Letak lintang oblik biasanya hanya terjadi sementara karena kemudian akan

berubah menjadi posisi longitudinal atau letak lintang saat persalinan. Letak lintang merupakan sumbu memanjang janin menyilang sumbu memanjang ibu secara tegak lurus mendekati 90° , jika sudut yang dibentuk kedua sumbu ini tajam disebut oblique lie yang terdiri dari *deviated head presentation* (letak kepala mengolok) dan *deviated breech presentation* (letak bokong mengolok), karena biasanya yang paling rendah adalah bahu, maka dalam hal ini disebut juga shoulder presentation (Rustam, 2019).

Letak lintang sering terjadi di usia kehamilan 7 bulan hingga akhir bulan ke-8. Biasanya terjadi hanya sementara dan kemudian janin akan perlahan-lahan berputar dengan kepala mengarah ke bawah masuk ke rongga panggul. Hanya saja jika posisi lintang berlanjut sampai kehamilan 9 bulan, posisinya akan menetap hingga akhir kehamilan. Penyebab lintang hampir sama dengan penyebab letak sungsang, seperti letak plasenta yang menutupi jalan lahir, kehamilan dengan kista atau mioma, dan kehamilan dengan volume air ketuban berlebihan. Apabila letak lintang bertahan sampai kehamilan sembilan bulan, maka persalinan harus dilakukan secara operasi Caesar (Wijayanti, 2019).

D. Masa Nifas

1. Pengertian

Masa nifas adalah masa pemulihan paska persalinan hingga seluruh organ reproduksi wanita pulih kembali sebelum kehamilan berikutnya. Masa nifas ini berlangsung sekitar 6-8 minggu paska persalinan (Diani, 2021). Masa nifas adalah periode di mana rahim membuang darah dan sisa-sisa jaringan ekstra setelah bayi dilahirkan selama masa persalinan. Lama masa nifas pada setiap wanita berbeda-beda. Umumnya masa nifas paling lama adalah 6 minggu. Pada masa nifas terjadi pengeluaran darah kotor atau lochea dari kemaluan wanita. Pada masing-masing periode, darah nifas akan berbeda warna dan konsistensinya seiring dengan berjalannya pemulihan rahim (G. Putri, 2022).

2. Tahapan masa nifas

Wulandari (2020) menjelaskan bahwa ada beberapa tahapan yang dialami oleh wanita selama masa nifas, yaitu sebagai berikut :

- a) *Immediate puerperium* yaitu waktu 0-24 jam setelah melahirkan. ibu telah di perbolehkan berdiri atau jalan-jalan
- b) *Early puerperium*, yaitu waktu 1-7 hari pemulihan setelah melahirkan. pemulihan menyeluruh alat-alat reproduksi berlangsung selama 6-minggu Later puerperium, yaitu waktu 1-6 minggu setelah melahirkan, inilah waktu yang diperlukan oleh ibu untuk pulih dan sehat sempurna. Waktu sehat bisa berminggu-minggu, bulan dan tahun.

3. Proses adaptasi psikologis masa nifas

Sutanto (2019) menjelaskan bahwa tiga tahap penyesuaian psikologi ibu dalam masa post partum adalah sebagai berikut:

- a. Fase *Talking In* (Setelah melahirkan sampai hari ke dua)
 - 1) Perasaan ibu berfokus pada dirinya.
 - 2) Ibu masih pasif dan tergantung dengan orang lain.
 - 3) Perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran perubahan tubuhnya.
 - 4) Ibu akan mengulangi pengalaman pengalaman waktu melahirkan.
 - 5) Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi normal.
 - 6) Nafsu makan ibu biasanya bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi.
 - 7) Kurangnya nafsu makan menandakan proses pengembalian kondisi tubuh tidak berlangsung normal.
- b. Fase *Taking Hold* (Hari ke-3 sampai 10)
 - 1) Ibu merasa merasa khawatir akan ketidakmampuan merawat bayi, muncul perasaan sedih (*baby blues*).
 - 2) Ibu memperhatikan kemampuan men jadi orang tua dan meningkatkan tanggung jawab akan bayinya.

- 3) Ibu memfokuskan perhatian pada pengontrolan fungsi tubuh, BAK, BAB dan daya tahan tubuh.
 - 4) Ibu berusaha untuk menguasai keterampilan merawat bayi seperti menggendong, menyusui, memandikan, dan mengganti popok.
 - 5) Ibu cenderung terbuka menerima nasehat bidan dan kritikan pribadi.
 - 6) Kemungkinan ibu mengalami depresi postpartum karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya.
 - 7) Kemungkinan ibu mengalami depresi postpartum karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya.
 - 8) Wanita pada masa ini sangat sensitif akan ketidakmampuannya, cepat tersinggung, dan cenderung menganggap pemberi tauhan bidan sebagai teguran. Dianjurkan untuk berhati-hati dalam berkomunikasi dengan wanita ini dan perlu memberi support.
 - 9) Fase *Letting Go* (Hari ke-10 sampai akhir masa nifas)
 - a) Ibu merasa percaya diri untuk merawat diri dan bayinya. Setelah ibu pulang ke rumah dan dipengaruhi oleh dukungan serta perhatian keluarga.
 - b) Ibu sudah mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi.
4. Perubahan fisiologis masa nifas

Dewi (2021) Sistem tubuh ibu akan kembali beradaptasi untuk menyesuaikan dengan kondisi post partum. Organ-organ tubuh ibu yang mengalami perubahan setelah melahirkan antara lain :

a. Uterus

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana Tinggi Fundus Uterinya (TFU). Perubahan uterus pada masa nifas disajikan dalam Tabel 2.1 di bawah ini.

Tabel 2.1
Perubahan Uterus pada Masa Nifas

Waktu	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1.000 gr
Uri lahir	2 jari di bawah pusat	750 gr
1 minggu	½ pst symphysis	500 gr
2 minggu	Tidak teraba	350 gr
6 minggu	Bertambah kecil	50 gr
8 minggu	Normal	30 gr

b. Lokhea

Putri (2022) menjelaskan bahwa masa nifas terjadi pengeluaran darah kotor atau lochea dari kemaluan wanita. Padaasing- masing periode, darah nifas akan berbeda warna dan konsistensinya seiring dengan berjalannya pemulihan rahim. Lochea dibagi dalam 3 periode yaitu sebagai berikut:

- 1) 24 jam pertama pasca melahirkan, pada 24 jam pertama pasca melahirkan bayi, perdarahan paling berat akan terjadi dengan berwarna merah cerah. Anda juga akan mendapati beberapa gumpalan darah kecil hingga sebesar buah tomat. Hal ini masih tergolong normal.
- 2) Minggu pertama, hari ke 2-6, darah nifas akan berwarna coklat gelap hingga merah muda, dan memiliki konsistensi yang lebih encer. Anda juga mungkin akan merasakan nyeri di vagina jika persalinan berlangsung spontan.
- 3) Minggu kedua, hari ke 7-10, darah nifas akan berwarna merah muda hingga coklat muda. Perdarahan juga lebih ringan dari enam hari sebelumnya. Pada hari ke 11- 14 warna darah akan lebih terang dan lebih sedikit.
- 4) Minggu ketiga hingga keempat, dalam 3-4 minggu masa nifas, warna darah yang keluar biasanya berwarna krem dengan sedikit garis coklat atau merah muda. Bagi sebagian orang, masa nifas dapat selesai pada minggu ini.

- 5) Minggu kelima hingga minggu keenam, dalam 5-6 minggu mengakhiri nifas, perdarahan biasanya sudah berhenti. Namun terkadang masih terdapat bercak- bercak darah warna cokelat merah dan kuning.
- c. Perubahan vagina
- Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap 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.
- d. Perubahan Perineum
- Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada post partum hari ke-5, perinium sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil.
- e. Perubahan Sistem Pencernaan
- Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan makan, hemoroid dan kurangnya aktivitas tubuh.
- f. Perubahan Sistem Perkemihan
- Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Penyebab dari keadaan ini adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih setelah mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut “diuresis”.

g. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus, pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit, sehingga akan menghentikan perdarahan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

h. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Setelah persalinan, shunt akan hilang tiba-tiba. Volume darah bertambah, sehingga akan menimbulkan dekomposisi kordis pada penderita vitum cordia. Hal ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala. Pada umumnya, hal ini terjadi pada hari ketiga sampai kelima postpartum.

i. Perubahan Tanda-tanda Vital

Pada masa nifas, tanda-tanda vital yang harus dikaji antara lain:

- 1) Suhu badan Dalam 1 hari (24 jam) post partum, suhu badan akan naik sedikit ($37,50 - 38\text{ }^{\circ}\text{C}$) akibat dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila dalam keadaan normal, suhu badan akan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu badan naik lagi karena ada pembentukan Air Susu Ibu (ASI). Bila suhu tidak turun, kemungkinan adanya infeksi pada endometrium.
- 2) Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 x/ menit, harus waspada kemungkinan dehidrasi, infeksi atau perdarahan post partum.
- 3) Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat post partum menandakan terjadinya preeklamsi post partum.

- 4) Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.
- j) Perubahan Sistem Hematologi

Selama minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Jumlah hemoglobine, hematokrit dan erytrocyt akan sangat bervariasi pada awal-awal masa postpartum sebagai akibat dari volume darah, volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Semua tingkatan ini akan dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi wanita tersebut. Kira-kira selama kelahiran dan masa post partum terjadi kehilangan darah sekitar 200-500 ml. Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobine pada hari ke 3-7 postpartum dan akan kembali normal dalam 4-5 minggu postpartum (Aisah, 2022).

5. Tanda-tanda bahaya masa nifas

Wilujeng dan Hartati (2018) menjelaskan bahwa tanda-tanda bahaya pada masa nifas adalah sebagai berikut:

- a) Perdarahan hebat atau peningkatan perdarahan secara tiba-tiba (melebihi haid biasa atau jika perdarahan tersebut membasahi lebih dari 2 pembalut saniter dalam waktu setengah jam).
- b) Pengeluaran cairan vaginal dengan bau busuk yang keras.
- c) Rasa nyeri di perut bagian bawah atau punggung Sakit Kepala yang terus menerus. nyeri epigastrium, atau, masalah penglihatan.

- d) Pembengkakan pada wajah dan tangan Demam muntah, rasa sakit sewaktu buang air seni, atau merasa tidak enak badan Payudara yang memerah panas dan/atau sakit.
- e) Kehilangan selera makan untuk waktu yang berkepanjangan Rasa sakit.
- f) Warna merah, kelembutan dan/atau pembengkakan pada kaki.
- g) Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengurus diri-sendiri atau bayi.
- h) Merasa sangat letih atau bernafas terengah-engah.

E. Ibu Menyusui

1. Pengertian

Menyusui adalah proses pemberian susu kepada bayi dengan Air Susu Ibu (ASI) dari payudara ibu (Sutanto, 2019). Menyusui merupakan bagian penting dari kehidupan bayi yang baru lahir dan dapat mendekatkan hubungan emosional serta ikatan batin antara bayi dengan ibunya. Menyusui merupakan pemberian ASI kepada bayi tanpa makanan dan minuman pendamping (termasuk air jeruk, madu, air gula), yang dimulai sejak bayi baru lahir sampai dengan usia 6 bulan. Dengan menyusui berarti ibu sudah memberikan hal yang sangat berharga kepada bayinya karena ASI adalah satu-satunya yang dibutuhkan oleh bayi (Harseni, 2019). Oleh karena itu, ikatan emosional yang kuat antara pasangan ibu-anak diperlukan untuk berhasil memperpanjang masa menyusui (Kalarikkal & Pflagher, 2022)

Menyusui merupakan hak setiap ibu setelah melahirkan atau nifas, tidak terkecuali pada ibu yang bekerja maka agar terlaksananya pemberian ASI dibutuhkan informasi yang lengkap mengenai menyusui serta bagaimana teknik menyusui yang benar. Masa nifas adalah masa sesudahnya persalinan terhitung dari saat selesai persalinan sampai pulihnya kembali alat kandungan ke keadaan sebelum hamil lamanya masa nifas kurang lebih 6 minggu. Pada masa ini terjadi perubahan perubahan

fisiologis maupun psikologis seperti perubahan laktasi/pengeluaran air susu ibu, perubahan sistem tubuh dan perubahan psikis lainnya (Agustin, 2021).

2. Langkah-langkah dalam mencapai keberhasilan menyusui

Upaya untuk menjamin hak bayi dalam memperoleh ASI eksklusif, melalui kementerian kesehatan pemerintah menetapkan program 10 Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui (LMKM). Program 10 LMKM ini pertama kali dikeluarkan oleh *World Health Organization* (WHO) dan program 10 LMKM ini melindungi kesehatan ibu agar mendapat segala bantuan dan motivasi yang dibutuhkan dalam pencapaian keberhasilan menyusui. Berikut isi program 10 LMKM adalah sebagai berikut (Date et al., 2021):

- a. Sarana Pelayanan Kesehatan (SPK) mempunyai kebijakan Peningkatan Pemberian ASI (PP-ASI) tertulis yang secara rutin dikomunikasikan kepada semua petugas.
- b. Melakukan pelatihan bagi petugas dalam hal pengetahuan dan keterampilan untuk menerapkan kebijakan tersebut.
- c. Menjelaskan kepada semua ibu hamil tentang manfaat menyusui dan penatalaksanaannya dimulai sejak masa kehamilan, masa bayi lahir sampai umur 2 (dua) tahun termasuk cara mengatasi kesulitan menyusui.
- d. Membantu ibu mulai menyusui bayinya dalam 30 menit setelah melahirkan, yang dilakukan di ruang bersalin. Apabila ibu mendapat operasi caesar, bayi disusui setelah 30 menit ibu sadar.
- e. Membantu ibu bagaimana cara menyusui yang benar dan cara mempertahankan menyusui meski ibu dipisah dari bayi atas indikasi medis.
- f. Tidak memberikan makanan atau minuman apapun selain ASI kepada bayi baru lahir.
- g. Melaksanakan rawat gabung dengan mengupayakan ibu bersama bayi 24 jam sehari.

- h. Membantu ibu menyusui semau bayi, tanpa pembatasan terhadap lama dan frekuensi menyusui.
 - i. Tidak memberikan dot atau kempeng kepada bayi yang diberi ASI.
 - j. Mengupayakan terbentuknya KP-ASI dan rujuk ibu kepada kelompok tersebut ketika pulang dari rumah sakit bersalin/sarana pelayanan kesehatan.
3. Faktor yang memengaruhi keberhasilan menyusui

Kalarikkal dan Pflighaar (2022) menjelaskan bahwa faktor keberhasilan menyusui adalah sebagai berikut:

- a. Faktor dari bayi antara lain pelekatan yang tepat, kewaspadaan bayi, *rooting reflex*, dan *active sucking reflex*. Meskipun menyusui adalah proses alami, ibu membutuhkan dukungan dan pendidikan untuk posisi dan pelekatan yang tepat. Kemampuan bayi mengosongkan payudara akan menentukan volume ASI selanjutnya.
- b. Faktor ibu antara lain seperti rasa sakit, kecemasan, dan ketidakstabilan emosi antara lain harus diatasi sebelum dan sesudah melahirkan. Konsultan laktasi atau perawat berpengalaman juga dapat membantu dalam memulai menyusui.
- c. Faktor promosi susu formula, semakin sering ibu terpapar oleh promosi susu formula dapat menyebabkan tingkat kegagalan mengenai pemberian ASI secara Eksklusif akan meningkat pula. Berbagai kendala yang dihadapi dalam peningkatan memberikan ASI secara eksklusif diantaranya ialah banyaknya promosi susu formula pada media masa atau juga pada media elektronik, ada pula yang mempromosikan secara langsung kepada para ibu.

F. Bayi Baru Lahir (BBL)

1. Pengertian

Bayi baru lahir adalah bayi yang baru lahir mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari, BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturase, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin

ke kehidupan (ekstra uterin) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik (Marmi, 2019). *World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa untuk meningkatkan kelangsungan hidup bayi baru lahir, diperlukan pembangunan layanan kesehatan yang kuat, memastikan bahwa setiap kelahiran ditangani oleh tenaga terampil, dan menyediakan perawatan di rumah sakit untuk keadaan darurat. Sangat penting untuk memberikan perawatan bayi baru lahir yang penting sejak dini, termasuk kontak kulit ke kulit secara langsung dan dalam jangka panjang serta pemberian ASI eksklusif sejak dini, untuk meningkatkan peluang bertahan hidup dan meletakkan dasar bagi kehidupan yang sehat (WHO, 2024).

2. Kriteria bayi baru lahir normal

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang baru lahir pada usia kehamilan genap 37-41 minggu, dengan presentasi belakang kepala atau letak sungsang yang melewati vagina tanpa memakai alat (Tando, 2016). Bayi baru lahir dikatakan normal jika usia kehamilan aterm antara 37-42 minggu, berat badan 2500-4000 gram, frekuensi DJ 120-160 x permenit, pernafasan \pm 40- 60 x permenit, nilai APGAR > 7, gerakan aktif dan bayi langsung menangis kuat (Nurhasiyah *et al.*, 2017).

3. Klasifikasi bayi baru lahir

Marmi (2019) menjelaskan bahwa klasifikasi bayi baru lahir berdasarkan masa gestasi dan berat lahir disajikan dalam Tabel 1.

Tabel 2.2
Klasifikasi Bayi Baru Lahir

No	Klasifikasi	Kategori	Keterangan
1	Masa gestasi	Kurang bulan (<i>preterm infant</i>)	<259 hari (37 minggu)
		Cukup bulan (<i>aterm infant</i>)	259- 294 hari (37-42 minggu)
2	Berat lahir	Lebih bulan (<i>postterm infant</i>)	>294hari (42 minggu)
		Berat lahir rendah	<2500 gram
		Berat lahir cukup	2500-4000 gram
		Berat lahir lebih	>4000 gram

Sumber: Marmi (2019)

4. Penilaian bayi untuk tanda-tanda kegawatan

Bayi baru lahir harus dinilai adanya tanda-tanda kegawatan/kelainan yang menunjukan suatu penyakit. Bayi baru lahir dinyatakan sakit apabila

mempunyai salah satu atau beberapa tanda antara lain: Sesak nafas, Frekuensi pernafasan 60 kali/menit, gerak retraksi dada, malas minum, panas atau suhu badan bayi rendah, kurang aktif, berat lahir rendah (500-2500 gram) dengan kesulitan minum. Tanda-tanda bayi sakit berat, apabila terdapat salah satu atau lebih tanda seperti: sulit minum, sianosis setral (lidah biru), perut kembung, priode apneu, kejang/priode kejang-kejang kecil, merintih, perdarahan, sangat kuning, berat badan lahir < 1500 gram (Nurhasiyah *et al.*, 2017).

G. Akseptor KB

1. Pengertian

Akseptor KB adalah pasangan usia subur dimana salah seorang menggunakan salah satu cara atau alat kontrasepsi untuk tujuan pencegahan kehamilan, baik melalui program maupun non program. Akseptor KB dapat merupakan pasangan yang mengikuti program KB melalui penyedia layanan kesehatan maupun penggunaan alat kontrasepsi secara mandiri (Ambarwati, 2020).

2. Jenis alat kontrasepsi

Lidia (2020) menjelaskan bahwa secara garis besar jenis alat kontrasepsi dibagi menjadi 2 tipe yaitu sebagai berikut:

a. Alat kontrasepsi non-hormonal

Alat kontrasepsi non-hormonal merupakan bentuk kontrasepsi yang penggunaannya tak akan mempengaruhi hormon dalam tubuh sehingga efek samping seperti tak teraturnya menstruasi, kegemukan, atau tumbuhnya jerawat bisa dihindari. Beberapa jenis kontrasepsi non-hormonal meliputi:

1) Kondom

Kontrasepsi non-hormonal yang paling banyak digunakan dimasyarakat adalah kondom yang terbuat dari lateks. Kondom dibagi menjadi 2 jenisnya, yakni kondom internal yang digunakan oleh wanita dan kondom eksternal yang digunakan oleh pria.

2) IUD Non-hormonal

IUD non-hormonal merupakan IUD yang dilapisi oleh tembaga. Cara kerja IUD non-hormonal berbeda dengan IUD hormonal. Cara kerja IUD non hormonal adalah gerakan sperma terhalang dan akan bergerak ke arah menjauhi sel telur.

3) Alat kontrasepsi *cervical cap*

Cervical cap merupakan jenis kontrasepsi non-hormonal yang bekerja dengan cara menutupi rahim. Cara kerja alat ini adalah mencegah masuknya sperma ke rahim dan adanya spermisida dalam *cervical cap* akan membunuh sperma.

b. Alat kontrasepsi hormonal

Alat kontrasepsi hormonal adalah jenis kontrasepsi yang bekerja dengan cara mempengaruhi level hormon alami dalam tubuh, seperti estrogen dan progesteron, sehingga ovulasi tak terjadi. Penggunaan kontrasepsi hormonal ini juga membuat pergerakan sperma ke serviks terhambat, sehingga tak bisa membuahi sel telur. Jenis alat kontrasepsi hormonal adalah sebagai berikut:

1) Pil KB

Pil KB merupakan pil kontrasepsi yang umum digunakan oleh akseptor KB. Terdapat dua jenis pil KB yaitu pil KB mini yang hanya mengandung satu hormon progestin dan pil KB kombinasi yang mengandung estrogen dan progestin (Khusen, 2022).

2) Implan

KB susuk atau dalam medis dikenal sebagai KB implan, adalah tabung plastik kecildan fleksibel seukuran korek api, yang berisi hormon progestin untuk mencegah kehamilan. Tabung ini (yang sering disebut susuk) akan dimasukkan atau diimplan ke dalam kulit lengan atas. Dengan pemakaian yang benar, sekali pasang KB implan sudah dapat mencegah kehamilan selama tiga tahun bahkan hingga lima tahun (Ambarwati, 2020).

3) *Intrauterine Device* (IUD) hormonal

IUD merupakan alat kontrasepsi yang terbuat dari plastik, dengan bentuk seperti huruf T yang dimasukkan ke dalam uterus atau rahim oleh dokter. IUD akan melepaskan hormon progesteron yang menghambat terjadinya ovulasi. Penggunaan IUD Hormonal bisa mencegah kehamilan selama 3 hingga 7 tahun (Lidia, 2020).

4) KB suntik

KB suntik adalah suatu alat kontrasepsi hormonal yang cara penggunaannya disuntikkan secara intramuscular (IM). Cara kerja KB suntik diantaranya adalah: menekan ovulasi, mengentalkan lendir servik sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma, menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atropi dan menghambat transportasi gamet oleh tuba (Saifuddin, 2019).

3. Tujuan penggunaan alat kontrasepsi

Kemenkes RI (2018a) menjelaskan bahwa tujuan penggunaan alat kontrasepsi adalah sebagai berikut:

a. Menghindari kasus kehamilan yang tidak diinginkan

Kasus kehamilan yang tidak diinginkan sering terjadi di sekitar masyarakat. Pada kasus kehamilan yang tidak diinginkan kerap berujung pada tindakan aborsi yang berdampak pada kesehatan ibu. Penggunaan alat kontrasepsi dapat menjadi solusi untuk mengatur jarak kelahiran sehingga meminimalisir terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan.

b. Membantu tumbuh kembang anak

Perencanaan kehamilan yang baik dapat membantu pertumbuhan anak. Anak akan dapat memperoleh kasih sayang dan perhatian yang lebih banyak dari kedua orang tuanya, khususnya dalam masa tumbuh kembangnya. Ibu juga dapat memaksimalkan pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif bagi bayinya. Hal ini tentunya

akan berbeda jika dibandingkan dengan keluarga yang memiliki banyak anak.

c. Meningkatkan kualitas keluarga

Alat kontrasepsi digunakan untuk menjarangkan kehamilan atau menjaga jarak kelahiran. Dengan demikian, penggunaan alat kontrasepsi juga dapat mengurangi risiko kematian ibu dan bayi karena jarak kelahiran yang terlalu dekat atau terlalu sering. Selain itu, mengatur jarak atau jumlah kelahiran diharapkan dapat meningkatkan kualitas keluarga, khususnya kehidupan perekonomian keluarga.

4. Tahapan pelayanan kontrasepsi

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2021, tentang Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hami, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi, dan Pelayanan Kesehatan Seksual. Tahapan pelayanan kontrasepsi terdiri dari :

a. Pra Pelayanan

- 1) Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE), bertujuan untuk memberikan pengetahuan, mengubah sikap dan perilaku terhadap perencanaan keluarga baik untuk menunda, menjarangkan/membatasi kelahiran melalui penggunaan kontrasepsi.
- 2) Konseling dalam metode kontrasepsi yang menjadi pilihan klien berdasarkan tujuan reproduksinya. Konseling dilakukan untuk memberikan berbagai masukan dalam metode kontrasepsi dan hal-hal yang dianggap perlu untuk diperhatikan
- 3) Penapisan Medis, upaya untuk melakukan kajian tentang kondisi kesehatan klien dengan menggunakan alat bantu berupa diagram lingkaran Kriteria Kelayakan Medis Kontrasepsi (Roda KLOP). Tujuan penapisan medis adalah :

- a) Ada atau tidak adanya kehamilan.
- b) Menentukan keadaan yang membutuhkan perhatian khusus misalnya menyusui atau tidak menyusui pada penggunaan KB pasca persalinan.
- c) Menentukan masalah kesehatan yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut misalnya klien dengan HIV.

4) Persetujuan Tindakan Tenaga Kesehatan

Merupakan persetujuan tindakan yang menyatakan kesediaan dan kesiapan klien untuk ber-KB. Persetujuan tindakan medis secara tertulis diberikan untuk pelayanan kontrasepsi seperti suntik KB, AKDR, implant, tubektomi, dan vasektomi. Sedangkan untuk metode kontrasepsi pil dan kondom dapat diberikan persetujuan secara lisan. Penjelasan persetujuan tindakan tenaga Kesehatan sekurang-kurangnya mencakup beberapa hal berikut :

- a) Prosedur pelayanan;
- b) Tujuan tindakan pelayanan yang dilakukan;
- c) Alternatif tindakan lain;
- d) Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi;
- e) Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan.

b. Pelayanan

Pelayanan berdasarkan waktu pelaksanaannya, pelayanan kontrasepsi dilakukan pada:

- 1) Masa interval, yaitu pelayanan kontrasepsi yang dilakukan selain pada masa pasca persalinan dan pasca keguguran
- 2) Pasca persalinan, yaitu pada 0-42 hari sesudah melahirkan
- 3) Pasca keguguran, yaitu pada 0-42 hari sesudah keguguran
- 4) Pelayanan kontrasepsi darurat, yaitu pelayanan dalam 3 hari sampai 5 hari pasca senggama yang tidak terlindung dengan kontrasepsi yang tepat dan konsisten.

c. Pasca Pelayanan

Kegiatan pasca pelayanan dilakukan untuk memantau dan menangani efek samping penggunaan kontrasepsi, komplikasi penggunaan kontrasepsi, dan kegagalan kontrasepsi.

- 1) Kegiatan pasca pelayanan kontrasepsi meliputi :
- 2) Pemberian konseling;
- 3) Pelayanan medis; dan/atau
- 4) Rujukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.