

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kehamilan

1. Pengertian

Kehamilan merupakan suatu fase kehidupan yang istimewa bagi perempuan. Selama periode ini, seorang perempuan mengalami berbagai perasaan, termasuk kebahagiaan, kecemasan, kelelahan, serta kegembiraan secara bersamaan. Kecemasan dan ketakutan umumnya lebih dirasakan oleh ibu yang menjalani kehamilan pertamanya. Namun, tidak sedikit pula ibu hamil yang mengalami perubahan suasana hati pada setiap trimesternya. Perubahan ini dapat dipahami sebagai perubahan psikologis dan emosional yang dialami oleh ibu hamil (Lestari, Muflihah, Amalia 2023).

Kehamilan adalah masa dimana seorang wanita membawa embrio atau fetus didalam tubuhnya. Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya kehamilan mulai dari konsepsi sampai partus yaitu kira-kira 280 hari (40 minggu), dan tidak lebih dari 300 hari (43 minggu). Apabila ditinjau dari lamanya, kehamilan dibedakan menjadi 3 yaitu Kehamilan premature (kehamilan antara 28 sampai 36 minggu), Kehamilan mature (kehamilan antara 37 minggu sampai 42 minggu), Kehamilan postmature (kehamilan lebih dari 43 minggu) (Arum, Ernilawati, Fauzia 2021).

Berdasarkan dua pengertian diatas, kehamilan dapat disimpulkan sebagai suatu fase kehidupan yang istimewa bagi perempuan, dimulai dari proses konsepsi biologis dan berlanjut hingga kelahiran janin. Selama periode ini, perempuan merasakan berbagai macam perubahan fisik dan emosional yang umumnya lebih dirasakan oleh ibu dengan kehamilan pertama. Kehamilan juga dapat diklasifikasikan berdasarkan lamanya, yaitu kehamilan prematur, matur, dan postmatur. Oleh karena itu, kehamilan adalah pengalaman kompleks yang melibatkan interaksi antara aspek

biologis, psikologis, dan emosional. Proses kehamilan mencakup serangkaian tahapan, dimulai dari ovulasi, perpindahan sperma dan ovum, serta implantasi pada endometrium, diikuti oleh pembentukan plasenta dan pertumbuhan embrio atau janin. Umumnya, kehamilan normal berlangsung antara 37 hingga 42 minggu yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir.

2. Kehamilan Trimester Ketiga

Trimester III adalah waktu untuk mempersiapkan kelahiran dan kedudukan

sebagai orang tua seperti terpusatnya perhatian pada kehadiran bayi. Trimester III merupakan saat persiapan aktif untuk persiapan menjadi orang tua. Keluarga mulai menduga-duga tentang jenis kelamin bayinya (apakah laki-laki atau perempuan) dan akan mirip siapa. Sosok suami dan keluarga pada saat persiapan kehamilan sangat penting karena suami dianggap orang pertama yang bertanggungjawab untuk memberikan dukungan psikologis selama kehamilan. Dukungan suami dan keluarga akan menjadi faktor positif dalam menambah kenyamanan bagi istri dan memicu semangatnya terutama pada kehamilan pertama (Nursifa, Tarnoto, Ardiana 2024)

Trimester ketiga kehamilan adalah periode tiga bulan terakhir dari keseluruhan masa kehamilan, yang dimulai pada minggu ke-28 dan berakhir pada minggu ke-40 (normalnya bisa mencapai 42 minggu). Pada fase ini, janin mengalami pertumbuhan pesat dan mempersiapkan diri untuk kelahiran, sementara ibu hamil juga merasakan berbagai perubahan fisik dan emosional (Febriyeni, Medhyna, Delvina 2021).

Berdasarkan kedua pengertian diatas, dapat disimpulkan trimester III merupakan tahap akhir kehamilan yang berlangsung dari minggu ke-28 hingga menjelang persalinan (sekitar minggu ke 40–42). Pada fase ini, terjadi pertumbuhan pesat janin dan berbagai perubahan fisik serta emosional pada ibu. Selain menjadi masa persiapan fisik untuk kelahiran, trimester ketiga juga merupakan periode penting bagi calon orang tua untuk menyiapkan peran dan tanggung jawab baru mereka. Dukungan dari suami

dan keluarga sangat berperan dalam memberikan kenyamanan emosional bagi ibu hamil, terutama pada kehamilan pertama. Trimester ini tidak hanya fokus pada aspek medis, tetapi juga pada kesiapan psikologis dan sosial dalam menyambut kehadiran bayi.

3. Perubahan Psikologis Ibu Hamil Trimester III

Beberapa wanita juga banyak yang merasa takut jika tidak bisa melahirkan secara normal, dan mulai ingin melindungi bayinya yang bisa terjadi pada kemungkinan hal buruk yang bisa saja terjadi pada ibu dan juga bayi. Ketakutan itu juga mulai ditambah dengan rasa sedih ibu karena penampilan dirinya yang semakin tidak menarik, sehingga memang perlu dilakukan berbagai dukungan dari suami dan juga keluarga (Situmorang, Hilinti, Yulianti 2021).

Menurut Arfiyanti, Widyawati and Kurnianingsih (2022) Pada akhir trimester ini, ibu hamil cenderung memiliki perubahan dalam segi psikologis, di antaranya:

a. Perubahan Emosional

Perubahan emosional pada trimester III terutama saat mendekati persalinan, emosi yang dimiliki ibu semakin mudah berubah, tidak jarang menjadi sulit untuk dikontrol. Perubahan pada emosi berakhir dengan munculnya rasa khawatir, takut, kebimbangan, dan keraguan.

b. Depresi

Penyebab timbulnya depresi ibu hamil adalah akibat perubahan hormonal yang berhubungan dengan otak, hubungan dengan suami atau anggota keluarga, kegagalan, dan komplikasi hamil serta kejadian berat.

c. Stres

Stres diakibatkan dari pemikiran yang negatif dan perasaan takut. Semua yang dipikirkan ibu akan tersalurkan melalui hormon saraf ke bayinya, dan stres ekstrem yang berkelanjutan dapat menyebabkan kelahiran prematur, berat badan rendah, hiperaktif, dan mudah marah. Stres dapat membuat aktif sistem saraf endokrin dari tubuh bayi dan

memengaruhi perkembangan otaknya, bahkan dapat mengakibatkan anak mengalami perilaku yang menyimpang di masa depan. Hormon dari ibu stres kronis ketika mengalir ke dalam plasenta akan mengganggu distribusi aliran darah janin dan mengakibatkan perubahan karakter psikis bagi bayi.

d. Kecemasan

Sejumlah ketakutan muncul dalam trimester ini yaitu merasa cemas dengan kehidupan bayinya dan dirinya sendiri, seperti: Apakah bayinya nanti akan lahir abnormal, terkait dengan persalinandan kelahiran (nyeri, luka saat melahirkan, kehilangan kendali dan hal-hal lain yang tidak diketahui), apakah ia akan bersalin normal atau tidak, atau bayinya tidak mampu keluar karena perutnya sudah luar biasa besar, atau apakah organ vitalnya akan mengalami cedera akibat tendangan bayi, bagaimana perubahan hubungan dengan suami, rasa kahwatir serta cemas yang diakibatkan ibu yang merasa kurang mampu dalam menjalankan perannya sebagai seorang ibu sebelah melahirkan bayinya.

4. Kebutuhan Psikologis yang sangat diperlukan oleh ibu menurut (Yudiyanti, Astuti 2023) yaitu :

- a. Dukungan Sosial ; dukungan ini meliputi dukungan orang tua, dukungan suami, dukungan teman, termasuk dukungan tenaga kesehatan.
- b. Persiapan menjadi orang tua.
- c. Perasaan aman dan nyaman.

5. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil Trimester III

Menurut Herlinda and Widyaningsih (2023), kebutuhan dasar ibu hamil trimester III diantaranya:

a. Nutrisi

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

berat badan juga bertambah pada trimester ini antara 0,3-0,5 kg/minggu. Kebutuhan protein juga 30 gram lebih banyak dari biasanya (Herlinda, Widyaningsih 2023)

b. Seksual

Hubungan seksual pada trimester 3 tidak berbahaya kecuali ada beberapa riwayat berikut yaitu pernah mengalami arbotus sebelumnya, riwayat perdarahan pervaginam sebelumnya, terdapat tanda infeksi dengan adanya pengeluaran cairan disertai rasa nyeri dan panas pada jalan lahir. Walaupun ada beberapa indikasi tentang bahaya jika melakukan hubungan seksual pada trimester III bagi ibu hamil, namun faktor lain yang lebih dominan yaitu turunnya rangsangan libido pada trimester ini yang membuat kebanyakan ibu hamil tidak tertarik untuk berhubungan intim dengan pasangannya, rasa nyaman yang sudah jauh berkurang disertai ketidaknyamanan seperti pegal/nyeri di daerah punggung bahkan terkadang ada yang merasakan adanya kembali rasa mual seperti sebelumnya, hal inilah yang mempengaruhi psikologis ibu di trimester III (Herlinda, Widyaningsih 2023)

c. Istirahat

Cukup istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani, rohani, untuk kepentingan kesehatan ibu sendiri dan tumbuh kembang janinya di dalam kandungan. Kebutuhan tidur yang efektif yaitu 8 jam/hari (Kurniasih, 2022)

d. Kebersihan Diri (*Personal Hygiene*)

Penting bagi ibu menjaga kebersihan dirinya selama hamil, hal ini dapat mempengaruhi fisik dan psikologis ibu. kebersihan lain yang juga penting di jaga yaitu persiapan laktasi dengan cara penggunaan bra yang longgar dan menyangga membantu memberikan kenyamanan dan keamanan bagi ibu (Fitriani, 2024).

e. Mobilitas dan Mekanika Tubuh

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan atau aktivitas fisik biasa selama tidak melelahkan. Ibu dapat melakukan pekerjaan seperti menyapu,

mengepel memasak atau pekerjaan rumah lainnya. Semua pekerjaan tersebut harus sesuai dengan kemampuannya dan tetap mempunyai cukup waktu untuk istirahat (Fitriani, 2024).

f. Mempersiapkan Kelahiran dan Kemungkinan Darurat

Kebutuhan pribadi yang diperlukan saat persalinan ialah kebutuhan ibu (pakaian dengan kancing di depan, kain panjang, pakaian dalam, korset bila perlu, pembalut ibu bersalin, dan kebutuhan pribadi lainnya) serta kebutuhan bayi (pakaian bayi, handuk, selimut, kain pembungkus, minyak telon dan sabun mandi). Selain itu, bekerja sama dengan ibu, keluarganya, serta masyarakat untuk mempersiapkan rencana kelahiran, termasuk mengidentifikasi penolong dan tempat persalinan, serta perencanaan tabungan untuk mempersiapkan biaya persalinan. Bekerja sama dengan ibu, keluarganya dan masyarakat untuk mempersiapkan rencana jika terjadi komplikasi, termasuk mengidentifikasi kemana harus pergi dan transportasi untuk mencapai tempat tersebut, mempersiapkan donor darah, mengadakan persiapan finansial, mengidentifikasi pembuat keputusan kedua jika pembuat keputusan pertama tidak ada ditempat (Parwati, 2025).

g. Memberikan konseling tentang tanda-tanda persalinan

Beberapa tanda-tanda persalinan yang harus diketahui ibu yaitu rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur, keluar lendir bercampur darah yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks, kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya, pada pemeriksaan dalam serviks mendatar dan pembukaan telah ada.

6. Ketidaknyamanan Ibu Hamil Trimester III dan Penangannya

a. Sering Berkemih

Pada akhir kehamilan, bila kepala janin mulai turun kepintu atas panggul keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kemih mulai tertekan kembali oleh penurunan kepala janin (Putri, Yulianti, Hilinti 2022).

Cara menanganinya yaitu cukupi kebutuhan cairan disiang hari agar tidak mengganggu kualitas tidur di malam hari, Hindari konsumsi minuman berkafein (kopi, teh, minuman kola) karena zat ini membuat ibu lebih sering pipis (Oktavia, Lubis, 2024).

b. Edema

Edema bisa terjadi pada trimester III, hal yang menjadi faktor penyebab yaitu tekanan pada vena cava inferior pada saat ibu terbaring terlentang, pembesaran uterus yang mengakibatkan tekanan pada vena pelvik sehingga menimbulkan gangguan sirkulasi (terutama pada waktu ibu duduk atau berdiri terlalu lama), kadar natrium yang meningkat karena pengaruh hormonal, pakaian atau kaos kaki terlalu ketat (Igirisa, Podungge, Dongsu 2021).

Untuk meringankan atau mencegah dapat dilakukan beberapa cara antara lain : Hindari pakaian ketat; hindari makanan yang berkadar garam tinggi; hindari duduk atau berdiri dalam jangka waktu lama; makan makanan tinggi protein; istirahat dan naikan tungkai selama 20 menit berulang-ulang; hindari berbaring terlentang; hindari kaos kaki yang ketat (Yulivantina 2024).

c. Haemoroid

Haemoroid biasa disebut wasir biasa terjadi pada ibu hamil trimester III. Penyebab : konstipasi, *progesterone* dapat menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar, pembesaran uterus mengakibatkan peningkatan tekanan spesifik juga secara umum pada haemoroid, tekanan dari uterus yang membesar akan mengganggu sirkulasi vena dan mengakibatkan kongesti pada vena panggul (Prastiwi, Putri, Djuwitaningsih 2024)

Cara meringankan atau mencegah haemoroid antara lain : Hindari hal yang menyebabkan konstipasi; Hindari mengejan saat defikasi; Buat kebiasaan defikasi yang baik; Jangan duduk terlalu lama di toilet; Lakukan senam kegel secara teratur (Yulivantina 2024).

d. Kelelahan

Mudah lelah yang dirasakan ibu hamil trimester ini umumnya disebabkan oleh pembesaran ukuran dan bobot janin sehingga ibu menjadi mudah lelah dalam menjaga keseimbangan tubuhnya dan berdampak pada kelelahan mulai tahap ringan sampai berat (Zahara, Ramli, Yushida 2024).

Cara menanganinya yaitu kurangi jam kerja untuk tubuh dapat beristirahat, lakukan olahraga ringan seperti berjalan-jalan, pastikan ibu mengonsumsi makanan bergizi seimbang dan minum yang cukup (Oktavia, Lubis, 2024).

e. Nyeri punggung

Nyeri punggung yang dialami ibu pada kehamilan trimester 3 merupakan hal fisiologis yang umum terjadi. Hal ini disebabkan karena membesarkan ukuran dan bobot janin sehingga titik berat bagian tubuh ibu menjadi lebih condong ke depan. Akibatnya ibu merasa nyeri pada bagian punggung karena adanya tarikan pada titik berat perut ibu. Di sisi lain penyebab nyeri punggung ibu juga dipengaruhi oleh perubahan hormon yang mengakibatkan jaringan ikat lumbal menjadi lebih lunak sehingga punggung ibu menjadi lordosis (Zahara, Ramli, Yushida 2024). Cara menanginya yaitu dengan olahraga rutin berolahraga bisa memperkuat dan meningkatkan kelenturan dan kekuatan otot serta mengurangi tekanan pada tulang belakang contohnya melakukan senam hamil trimester III (Oktavia, Lubis, 2024).

f. Keputihan

Keputihan disebabkan karena peningkatan produksi lendir dan kelenjar organewanitaan (endoservikal) karena adanya peningkatan hormon progesteron (Kartikasari, Hardiningsih 2021).

Cara meringankan dan mencegah antara lain: Jaga kebersihan dengan mandi setiap hari, Bersihkan alat kelamin dan keringkan setiap sehabis BAB atau BAK, Membersihkan alat kelamin (cebok) dari arah depan ke belakang, Ganti celana dalam apabila basah, Pakai celana dalam yang

terbuat dari katun sehingga menyerap keringat dan membuat sirkulasi udara yang baik, Tidak dianjurkan memakai semprot atau douch (Oktavia, Lubis, 2024).

g. Gusi Berdarah

Pada ibu hamil sering terjadi gusi bengkak yang disebut epulis kehamilan. Gusi yang hiperemik dan lunak cenderung menimbulkan gusi menjadi mudah berdarah terutama pada saat menuikat gigi. Gusi berdarah ini paling parah terjadi pada kehamilan trimester III. Beberapa faktor penyebab gusi berdarah adalah: Estrogen berpengaruh terhadap peningkatan aliran darah ke rongga mulut; pergantian sel - sel pelapis ephitel gusi lebih cepat; Terjadi hipervaskularisasi pada gusi dan penyebaran pembuluh darah halus sangat tinggi; Ketebalan permukaan epitelial berkurang sehingga mengakibatkan jaringan gusi menjadi rapuh dan mudah berdarah (Liawati, Setianingsih, Barbara 2023).

Cara mengurangi atau mencegah: Minum suplemen vit C dapat mengurangi incident gusi berdarah; Berkumur dengan air hangat, air garam; Jaga kebersihan gigi; Periksa ke dokter gigi secara teratur (Oktavia, Lubis, 2024).

h. Insomnia

Kejadian insomnia pada ibu hamil, dapat terjadi pada pertengahan masa kehamilan. Penyebab: perubahan pola tidur, meningkatnya tidur nyenyak pada kehamilan minggu ke 25 mencapai klimaks pada usia kehamilan 33-36 minggu, kemudian menurun ke tingkat sebelum hamil pada saat penuh bulan (Prastiwi, Putri 2024) .

Cara meringankan atau mencegah insomnia antara lain: mandi air hangat sebelum tidur; minum minuman hangat (susu hangat, teh hangat) sebelum tidur; sebelum tidur jangan melakukan aktifitas yang dapat membuat susah tidur; tidur dengan posisi nyaman dan lakukan relaksasi (Oktavia and Lubis, 2024).

i. Keringat Bertambah

Perubahan hormon pada kehamilan berakibat pada peningkatan aktivitas kelenjar keringat, aktivitas kelenjar sebacea (kelenjar minyak) dan folikel rambut meningkat. Keringat yang bertambah dapat dipengaruhi oleh penambahan berat badan dan meningkatnya metabolisme pada ibu hamil (Qomarasari, Pratiwi, Febrianti 2024).

Cara meringankan atau mencegahnya antara lain: Mandi/berendam secara teratur; Memakai pakaian yang longgar dan tipis, terbuat dari katun supaya menyerap keringat; Perbanyak minum cairan untuk menjaga hidrasi (Oktavia and Lubis, 2024).

j. Sesak Nafas

Sesak nafas ini biasanya mulai terjadi pada awal Trimester II sampai pada akhir trimester 3. Ibu hamil dapat terserang nafas sesak oleh karena pembesaran uterus dan pergeseran organ-organ abdomen. Pembesaran uterus membuat pergeseran diafragma naik sekitar 4 cm. Ada kalanya terjadi peningkatan hormon progesterone membuat hyperventilasi (Sukini, 2023).

Untuk meringankan atau mencegah bidan dapat menjelaskan penyebab fisiologisnya. Bidan juga dapat melatih ibu hamil untuk membiasakan dengan pernapasan normal. Ibu hamil juga harus tetap mengatur sikap tubuh yang baik, saat berdiri tegak engan kedua tangan direntangkan diatas kepala kemudian menarik nafas panjang (Oktavia and Lubis, 2024).

7. Konsep Dasar Antenatal Care dan Standar Pelayanan ANC

a. Pengertian

Asuhan *Antenatal* merupakan upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetric untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal, melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan *Antenatal Care* merupakan pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil secara berkala untuk menjaga kesehatan ibu dan bayinya, yang meliputi

upaya koreksi terhadap penyimpangan dan intervensi dasar yang dilakukan (Idaningsih, 2021).

b. Tujuan ANC

ANC bertujuan untuk memfasilitasi proses kehamilan yang sehat, meminimalkan risiko, dan meningkatkan hasil yang positif bagi ibu dan janin yang ada di dalam kandungan. Berikut ini merupakan beberapa tujuan dari ANC (Iswandi, Dewata, & Bismihayati 2024):

1) Mendeteksi Risiko Kesehatan Dini

ANC memungkinkan deteksi dini terhadap kondisi kesehatan yang berisiko pada ibu hamil, seperti hipertensi, diabetes gestasional, atau infeksi yang dapat berdampak pada kesehatan ibu dan janin.

2) Mencegah Komplikasi Kehamilan

Dengan pemantauan rutin, ANC membantu mencegah atau mengelola komplikasi seperti preeklampsia, kelainan janin, atau masalah terkait plasenta yang bisa terjadi selama kehamilan.

3) Memberikan Edukasi Kesehatan

Informasi tentang gizi yang baik, tanda bahaya kehamilan, teknik persalinan, perawatan setelah persalinan, serta perawatan bayi baru lahir diberikan kepada ibu hamil.

4) Mengoptimalkan Pertumbuhan Janin

ANC berfokus pada pemantauan tumbuh kembang janin, serta memberikan tindakan pencegahan terhadap masalah pertumbuhan janin seperti kurang gizi atau bahkan obesitas.

5) Peningkatan Akses terhadap Layanan Kesehatan

ANC meningkatkan kesadaran ibu hamil tentang perawatan kesehatan yang tepat selama kehamilan, sehingga dapat mencegah kematian ibu dan bayi yang dapat disebabkan oleh kurangnya perawatan medis yang memadai.

6) Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi

ANC yang tepat dapat menurunkan angka kematian ibu dan bayi dengan memberikan perawatan yang lebih baik dan mengurangi risiko komplikasi.

c. Standar Pelayanan ANC

Pemeriksaan *Antenatal Care* terbaru sesuai dengan standar pelayanan yaitu minimal 6 kali pemeriksaan selama kehamilan, dan minimal 2 kali pemeriksaan oleh dokter pada trimester I dan III. 2 kali pada trimester pertama (kehamilan hingga 12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (kehamilan diatas 12 minggu sampai 26 minggu), 3 kali pada trimester ketiga (kehamilan diatas 24 minggu sampai 40 minggu) (Kemenkes 2021). Standar Minimal pelayanan *Antenatal Care* yang diberikan kepada ibu hamil menurut (Sitorus, 2024) yaitu 10 T:

1) Timbang berat badan dan Ukur tinggi badan (T1)

(Lestari, Eka, Adriana., 2023)

Penimbangan berat badan setiap kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kg selama kehamilan atau kurang dari 1 kg setiap bulanya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor resiko pada ibu hamil (Sitorus, 2024).

Berat badan ideal untuk ibu hamil sendiri tergantung dari IMT (Indeks Masa Tubuh) ibu sebelum hamil. Indeks massa tubuh (IMT) adalah hubungan antara tinggi badan dan berat badan. Pemeriksaan antropometri yang biasa dilakukan adalah penimbangan berat, pengukuran tinggi badan, penentuan berat ideal dan pola pertambahan berat. Seorang ibu dengan tinggi badan yang lebih tinggi mempunyai kecenderungan kenaikan BB yang lebih besar pada waktu hamil dari pada orang yang lebih pendek. Rumus yang digunakan untuk menghitung IMT ibu hamil yaitu BB (dalam satuan Kg) dibagi dengan TB^2 (dalam satuan meter) (Sitorus, 2024).

Tabel 2.1
Kenaikan Berat Badan Ibu Berdasarkan IMT

Kategori IMT	Kenaikan BB yang dianjurkan
Rendah (IMT <19,8)	12,5-18 kg
Normal (IMT 19,8-26)	11,5-16 kg
Tinggi (IMT >26-29)	7-11,5 kg
Obesitas (IMT >29)	<6 kg

Sumber : (Mufdlilah, Diniyah, Rohmawati 2024).

2) Ukur tekanan darah (T2)

Pengukuran tekanan darah dilakukan setiap kali melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan, dicatat pada halaman 2 di kolom pemeriksaan ibu. Tekanan darah tinggi dapat mengakibatkan keterlambatan pertumbuhan janin dalam kandungan atau *Intrauterine Growth Restriction* (IUGR) dan kelahiran mati, hal ini disebabkan karena preeklampsia dan eklampsia pada ibu akan menyebabkan pengapuran di daerah plasenta. Sedangkan bayi memperoleh makanan dan oksigen dari plasenta, dengan adanya pengapuran di daerah plasenta, suplai makanan dan oksigen yang masuk ke janin berkurang menyebabkan mekonium bayi yang berwarna hijau keluar dan membuat air ketuban keruh, sehingga akan mengakibatkan asfiksia neonatorum. Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg). Kehamilan dengan preeklampsia (hipertensi disertai edem wajah dan atau tungkai bawah dan atau protein *uria*) (Sitorus, 2024).

3) Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas/LILA) (T3)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko

kurang energy kronis (KEK). Ibu hamil yang mengalami KEK di mana ukuran LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR). Ibu hamil yang mengalami obesitas di mana ukuran LILA > 28 cm. Pengukuran LILA tidak dapat digunakan untuk memantau perubahan status gizi dalam jangka pendek. LILA merupakan salah satu pilihan untuk penentuan status gizi ibu hamil (Sitorus, 2024).

4) Pengukuran tinggi fundus uteri (T4)

Pengukuran tinggi fundus uteri berguna untuk melihat pertumbuhan janin apakah sesuai dengan usia kehamilan. Pengukuran TFU dengan teknik Mc Donald adalah cara mengukur tinggi fundus uteri menggunakan alat ukur Panjang mulai dari tepi atas simfisis pubis sampai pada fundus uteri atau sebaliknya. Tujuan pemeriksaan TFU menggunakan tehnik Mc. Donald adalah menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu dan hasilnya bisa di bandingkan dengan hasil anamnesis hari pertama haid terakhir (HPHT) dan kapan gerakan janin mulai dirasakan.

TFU digunakan sebagai salah satu indikator dalam pemeriksaan Leopold untuk memperkirakan usia kehamilan dan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi fundus uteri dilakukan setiap kali kunjungan antenatal. TFU yang normal harus sama dengan UK dalam minggu yang dicantumkan dalam HPHT. Tinggi fundus uteri dan asupan gizi ibu hamil berpengaruh terhadap berat bayi lahir dan erat hubungannya dengan tingkat kesehatan bayi dan angka kematian bayi (Sitorus, 2024).

Tabel 2.2
Tinggi Fundus Uteri Menurut Leopold

Umur Kehamilan (Minggu)	TFU
12 minggu	3 jari diatas simfisis
16 minggu	$\frac{1}{2}$ simfisis pusat
20 minggu	3 jari dibawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	3 jari diatas pusat
32 minggu	$\frac{1}{2}$ pusat – Processus Xifoideus
36 minggu	Setinggi Processus Xifoideus
40 minggu	$\frac{1}{2}$ Processus Xifoideus - pusat

Sumber : (Herlina, Saei 2024)

Menurut Spiegelberd dengan jalan mengukur tinggi fundus uteri dari simfisis, maka diperoleh:

Tabel 2.3
Tinggi Fundus Uteri Menurut Mc.Donald

Umur Kehamilan (Minggu)	TFU
22-28 minggu	24 – 25 cm diatas simfisis
28 minggu	26,7 cm diatas simfisis
30 minggu	29,5–30cm diatas simfisis
32 minggu	29,5–30cm diatas simfisis
34 minggu	31 cm diatas simfisis
36 minggu	32 cm diatas simfisis

38 minggu	33 cm diatas simfisis
40 minggu	37,7 cm diatas simfisis

Sumber : (Herlina, Sari 2024)

Hasil pengukuran TFU dalam sentimeter juga dipergunakan untuk menghitung taksiran berat janin. Rumusnya perhitungan taksiran berat janin menurut Rumus Johnson adalah $TFU \text{ (dalam cm-n)} \times 155$. Bila kepala belum masuk panggul maka $n = 12$, jika kepala sudah masuk panggul maka $n = 11$ (Nawangsari and Shofiyah, 2022).

5) Pengukuran Persentasi Janin dan Detak Jantung Janin (DJJ) (T5)

Pengukuran Persentasi janin dan Detak jantung janin (DJJ) dilakukan setiap kunjungan pemeriksaan kehamilan. DJJ adalah sebuah indikator atau dalam sebuah pemeriksaan kandungan yang menandakan bahwa ada kehidupan di dalam kandungan seorang ibu. Pengukuran detak jantung janin dilakukan menggunakan doppler dengan frekuensi hitungan selama 15 detik lalu kalikan dengan 4 untuk mendapatkan jumlah DJJ per menit atau bisa juga dihitung selama 30 detik dan dikalikan 2. Sebagai acuan untuk mengetahui kesehatan ibu dan janin khususnya denyut jantung janin dalam rahim dengan detak jantung janin yang normal 120-160x/menit dilakukan pada ibu hamil pada akhir minggu ke 20 (Sitorus 2024)

Pada akhir trimester III menjelang persalinan, presentasi normal janin adalah presentasi kepala dengan letak memanjang dan sikap janin fleksi (Simamora and Debataraja, 2021).

Untuk mengetahui letak dan persentasi janin dapat digunakan palpasi. Menurut (Prastiwi 2023) berikut adalah salah satu cara palpasi yang sering digunakan :

- a) Leopold I : Posisi pemeriksa sehingga menghadap kebagian kepala ibu.

Tujuan Leopold I yaitu untuk menentukan tingginya fundus uteri dan mengetahui bagian apa dari anak yang terdapat dalam fundus. Sifat kepala ialah keras, bundar dan melenting. Sifat bokong lunak, kurang bundar dan kurang melenting. Pada letak lintang fundus uteri kosong.

- b) Leopold II : Pemeriksa meraba bagian kiri dan kanan perut ibu adanya bagian yang rata dan memanjang (punggung) atau bagian yang kecil (ekstremitas) pada perut ibu (Simamora and Debatara, 2021). Tujuan Leopold II untuk menentukan batas samping kanan kiri. Menentukan letak punggung janin dan bagian-bagian kecil.
- c) Leopold III : pemeriksa menentukan bagian bawah bayi (bagian keras, bulat dan hampir homogen adalah kepala, sedangkan tonjolan yang lunak dan kurang simetris adalah bokong). Tujuan Leopold III yaitu untuk menentukan bagian terbawah janin dan bagian bawah janin sudah masuk PAP/belum.
- d) Leopold IV : Pemeriksa menghadap ke arah kaki ibu hamil dan menentukan konvergen (Kedua jari- jari pemeriksa menyatu yang berarti bagian terendah janin belum masuk panggul) atau divergen (Kedua jari- jari pemeriksa tidak menyatu yang berarti bagian terendah janin sudah masuk panggul) serta seberapa jauh bagian terbawah janin masuk ke pintu atas panggul.

Menentukan penurunan bagian terbawah Pada palpasi abdomen, penentuan penurunan bagian terbawah janin dilakukan dengan metode lima jari (perlindungan). Pengukuran perlindungan (*station*) dan bidang Hodge digunakan untuk menentukan seberapa jauh penurunan kepala janin. Hasil pemeriksaan dengan perlindungan menurut (Herlina 2025) yaitu:

- a) 5/5 (Hodge I) jika bagian terendah janin masih seluruhnya teraba diatas simfisis,
- b) 4/5 (Hodge I-II) jika sebagian 1/5 bagian telah memasuki rongga panggul (hanya 4 jari pemeriksa yang dapat mengakomodasi bagian terendah di simfisis pubis) .

- c) 3/5 (Hodge II-III) jika sebagian 2/5 bagian telah memasuki rongga panggul (hanya 3 jari pemeriksa yang dapat mengakomodasi bagian terendah di simfisis pubis).
- d) 2/5 (Hodge III) jika sebagian 3/5 bagian telah memasuki rongga panggul (hanya 2 jari pemeriksa yang dapat mengakomodasi bagian terendah di simfisis pubis).
- e) 1/5 jika 4/5 (Hodge III-IV) bagian telah memasuki rongga panggul (hanya 1 jari pemeriksa yang dapat mengakomodasi bagian terendah di simfisis pubis).
- f) 0/5 (Hodge IV) jika seluruh bagian telah masuk ke rongga panggul atau sudah tidak dapat teraba oleh tangan pemeriksa .

Pengukuran perlinaan (*station*) dan bidang Hodge digunakan untuk menentukan seberapa jauh penurunan kepala janin. Perlinaan mengukur tinggi kepala janin relatif terhadap spina ischiadica, sedangkan bidang Hodge membagi rongga panggul menjadi empat bidang untuk menilai kemajuan penurunan janin. Berikut 4 bidang panggul atau bidang hodge (Subiastutik and Maryanti 2022) :

- a) Bidang Hodge I, setinggi PAP yang dibentuk oleh promontorium, artikulasia sacro-illiaca, sayap sakrum, linea inominata, ramus superior os pubis, dan tepi atas simfisi pubis.
- b) Bidang Hodge II, bidang setinggi pinggir bawah simfisi pubis berhimpit dengan PAP (Hodge I).
- c) Bidang Hodge III, bidang setinggi spina ischiadica berhimpit dengan PAP (Hodge I).
- d) Bidang Hodge IV, bidang setinggi ujung os coccygis terhimpit dengan PAP (Hodge I).

6) Melakukan Skrinning TT (Tetanus Toksoid) (T6)

Skrinning TT (Tetanus Toksoid) menanyakan kepada ibu hamil jumlah vaksin yang telah diperoleh dan sejauh mana ibu sudah mendapatkan

imunisasi TT, secara idealnya WUS (Wanita Usia Subur) mendapatkan imunisasi TT sebanyak 5 kali. Pemberian imunisasi TT artinya memberi kekebalan terhadap penyakit tetanus kepada ibu hamil dan bayi yang dikandungnya (Sitorus 2024).

Penentuan status imunisasi TT dilakukan saat kunjungan ANC pertama dan dilakukan skrining status imunisasi TT berdasarkan riwayat imunisasi TT sebelumnya (Oktavia and Lubis, 2024).

Tabel 2.4
Pemberian Imunisasi TT

Imunisasi TT	Selang waktu	Masa perlindungan minimal
TT 1	Saat kunjungan 1	
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

Sumber: (Astyandini 2023)

7) Pemberian Tablet Fe (T7)

Zat besi merupakan mikro elemen esensial bagi tubuh yang diperlukan dalam sintesa hemoglobin dimana untuk mengkonsumsi tablet Fe sangat berkaitan dengan kadar hemoglobin pada ibu hamil. Pemberian tablet Fe diberikan setiap kunjungan ANC (Sitorus 2024).

Ibu dalam kehamilannya harus mengonsumsi tablet tambah darah sedikitnya 1 tablet (60 mg elemental iron dan 0,25 mg asam folat) selama 90 hari berturut-turut. Mulai pemberian pada waktu pertama kali ibu hamil memeriksakan kehamilannya (K1). Ibu hamil disebut telah mendapatkan Fe jika ibu tersebut telah mendapatkan tablet besi

sebanyak 30 tablet pada bulan pertama, dan telah mendapatkan Fe³ bilamana ibu tersebut telah mendapatkan tablet besi sebanyak 90 tablet atau 30 tablet pada bulan ketiga. Tablet Fe oral dapat menyebabkan mual, muntah, kram lambung, nyeri uluhati dan konstipasi. Minum tablet Fe pada saat makan atau segera sesudah makan dapat mengurangi gejala mual tetapi juga dapat menurunkan jumlah zat besi yang diabsorpsi. Sebaiknya mengonsumsi tablet Fe dilakukan pada malam hari sebelum tidur. Serta menghindari teh, kopi, susu, tablet kalk atau obat sakit maag dalam 1 jam sebelum/sesudah makan karena akan mengganggu penyerapan zat besi. Indikasi pemberian TTD yaitu pencegahan dan pengobatan anemia defisiensi besi (terutama pada ibu hamil, remaja putri, wanita usia subur, pasien pasca operasi atau perdarahan), meningkatkan kadar hemoglobin, serta dapat mendukung pembentukan sel darah merah. TTD tidak boleh dikonsumsi oleh pasien dengan kondisi berikut (kecuali atas petunjuk dokter) yaitu hemokromatosis (kelebihan zat besi dalam tubuh), hemosiderosis, anemia hemolitik (bukan karena kekurangan zat besi), alergi terhadap zat besi atau komponen tablet (Nasla, 2022).

8) Pemeriksaan Laboratorium (Rutin dan khusus) (T8)

Menurut Oktavia and Lubis (2024) pemeriksaan ini dilakukan pada kunjungan kehamilan pertama dan trimester ketiga (sesuai indikasi) melakukan pemeriksaan laboratorium seperti:

- a) Tes Hemoglobin : Darah Nilai normal kadar hemoglobin ibu hamil menurut WHO adalah 11 g/dl. Kadar hemoglobin 8-11 g/dl diartikan anemia ringan, dan kadar hemoglobin kurang dari 7 g/dl disebut anemia berat. Volume darah mengalami peningkatan yang tinggi pada kehamilan yang bertujuan memenuhi kebutuhan perbesaran uterus dan sistem vaskularisasinya.
- b) Golongan darah : Bertujuan untukantisipasi jika sewaktu-waktu diperlukan transfusi maka ibu sudah mengetahui golongan

darahnya dan siapa saja yang cocok untuk mendonorkan darah untuk ibu.

- c) Test triple eliminasi : Pemeriksaan dilakukan pada trimester I yaitu test triple eliminasi (Malaria, sifilis, HBsAG, dan HIV), bisa dilakukan pada trimester III bila ada resiko (misalnya ibu baru saja berganti pasangan, transfusi darah, atau penggunaan jarum yang tidak steril) dan jika ibu belum melakukan pemeriksaan triple eliminasi di trimester I. Sifilis yang tidak diobati pada kehamilan dapat menyebabkan keguguran atau menyebabkan cacat bawaan pada janin seperti buta atau tuli. HBsAg merupakan protein yang terdapat pada permukaan virus hepatitis B. Kadar protein ini akan meningkat dalam serum jika seseorang sedang terinfeksi hepatitis B baik dalam fase akut maupun kronis. HIV dapat menyebabkan AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*).
- d) Pemeriksaan gula darah : Pemeriksaan ini diadakan untuk mendeteksi dini dan persiapan jika salah satu hasil pemeriksaan ibu positif, maka hal tersebut dapat direncanakan penatalaksanaannya. Faktor risiko pada ibu dengan kadar glukosa tinggi (GDP kurang dari 95 mg/dl, GDS kurang 120 mg/dl) saat hamil akan menyebabkan kegemukan, riwayat stillbirth (kematian dalam kandungan), riwayat melahirkan dengan kelainan kongenital.
- e) Pemeriksaan protein urine : Jika ibu dengan kadar protein positif dan mengalami preeklamsi akan berisiko pada bayi mengalami prematur dan pada ibu mengalami gagal ginjal. Standar kekeruhan protein yaitu: Negatif, Positif 1 (+) Urine jernih, Positif 2 (++) Ada kekeruhan, Positif 3 (+++) Kekeruhan mudah di lihat dan ada endapan, Positif 4 (+++++) Urine lebih keruh dan endapan yang lebih jelas.
- f) Pemeriksaan USG : Pemeriksaan USG dilakukan untuk mendapatkan ultrasound atau struktur jaringan dalam tubuh.

9) Tatalaksana atau penanganan khusus (T9)

Berdasarkan hasil pemeriksaan di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium atau setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan. Pengisian tersebut dicatat pada halaman 2 dikolom pemeriksaan ibu hamil yang tertulis tatalaksana kasus (Sitorus 2024).

10) Temu wicara (Konseling) (T10)

Dilakukan pada setiap kunjungan antenatal, yang meliputi kesehatan ibu, perilaku hidup bersih dan sehat, peran Suami/Keluarga dalam kehamilan, tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan pemberian ASI Eksklusif, KB (Keluarga Berencana) paska persalinan dan imunisasi (Sitorus 2024).

8. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

berikut beberapa tanda bahaya pada kehamilan trimester III (Prastiwi, Diana, Fahmi 2024) :

a. Perdarahan Pervaginam

Kematian ibu seringkali disebabkan oleh perdarahan, yang menyumbang sekitar 28 persen. Pada tahap akhir kehamilan, perdarahan yang tidak normal biasanya berwarna merah, cukup banyak, dan terkadang tidak disertai rasa nyeri. Jenis perdarahan seperti ini menunjukkan adanya plasenta previa, yaitu kondisi di mana plasenta menempel di tempat yang tidak normal, terutama di segmen bawah rahim, sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri interna. Penyebab lainnya adalah solusio plasenta, di mana plasenta yang sebelumnya melekat dengan normalnya, terlepas sebelum janin lahir, biasanya terjadi sejak kehamilan mencapai usia 28 minggu.

b. Sakit Kepala Yang Hebat

Sakit kepala selama kehamilan adalah hal yang umum dan sering dianggap sebagai ketidaknyamanan normal. Namun, sakit kepala yang mengindikasikan masalah serius adalah ketika sakit kepala yang sangat parah terus-menerus dan tidak mereda meskipun beristirahat. Sakit kepala parah ini bisa disertai dengan gangguan penglihatan (penglihatan yang kabur). Sakit kepala yang hebat selama kehamilan adalah salah satu gejala dari pre-eklampsia.

c. Penglihatan Kabur

Gangguan penglihatan seperti kekeruhan atau bayangan mungkin disebabkan oleh sakit kepala yang parah, yang dapat menyebabkan pembengkakan otak dan meningkatkan tekanan pada otak yang memengaruhi sistem saraf pusat. Ini dapat menyebabkan gangguan serebral seperti sakit kepala dan kejang, serta masalah penglihatan. Perubahan dalam penglihatan, seperti kekeruhan atau bayangan, bisa menjadi tanda adanya pre-eklampsia. Masalah penglihatan yang menunjukkan kondisi yang mengancam jiwa meliputi perubahan tiba-tiba dalam penglihatan, seperti kekeruhan atau bayangan, melihat bintik-bintik, atau sensasi berkunang-kunang. Selain itu, adanya kegelapan atau bayangan, penglihatan ganda, dan penglihatan kabur juga merupakan tanda-tanda pre-eklampsia berat yang bisa berkembang menjadi eklampsia. Ini disebabkan oleh perubahan dalam aliran darah ke pusat penglihatan di korteks cerebri atau retina, seperti pembengkakan retina dan spasme pembuluh darah.

d. Bengkak di Muka atau Tangan

Hampir setengah dari para ibu akan mengalami pembengkakan yang umum terjadi di kaki, yang seringkali muncul terutama pada sore hari dan cenderung menghilang setelah istirahat atau menaikkan kaki ke posisi yang lebih tinggi. Namun, pembengkakan dapat menjadi tanda masalah serius jika terjadi di wajah dan tangan, tidak menghilang setelah

istirahat, dan disertai dengan keluhan fisik lainnya. Ini bisa menjadi indikasi pre-eklampsia.

e. Janin Kurang Bergerak Seperti Biasa

Ketika gerakan janin tidak terasa atau terasa kurang sering (minimal tiga kali dalam satu jam), umumnya ibu mulai merasakan gerakan bayi pada bulan kelima atau keenam kehamilan. Jika aktivitas bayi berkurang dari biasanya, kondisi ini dikenal sebagai IUFD (*Intra Uterine Fetal Death*), yang menandakan tidak adanya tanda-tanda kehidupan janin di dalam rahim. Beberapa ibu mungkin merasakan gerakan bayi lebih awal. Saat bayi sedang tidur, gerakan biasanya akan berkurang. Secara ideal, bayi seharusnya bergerak minimal tiga kali dalam satu jam ketika ibu beristirahat atau berbaring, dan ketika ibu mengonsumsi makanan dan minuman yang cukup.

f. Pengeluaran Cairan Pervaginam (Ketuban Pecah Dini)

Yang dimaksud dengan cairan di sini adalah air ketuban. Pada kehamilan yang telah mencapai waktu persalinan yang normal dan ditandai dengan munculnya tanda-tanda persalinan, pecahnya ketuban adalah hal yang wajar. Namun, jika ketuban pecah sebelum munculnya tanda-tanda persalinan dan tidak diikuti oleh dimulainya proses persalinan dalam satu jam, ini disebut sebagai ketuban pecah dini. Ketuban pecah dini menyebabkan hubungan langsung antara lingkungan luar dan dalam rahim, yang dapat meningkatkan risiko infeksi. Semakin lama periode laten (waktu antara pecahnya ketuban dan dimulainya kontraksi rahim), semakin besar kemungkinan terjadinya komplikasi yang menyebabkan sakit atau bahkan kematian bagi ibu atau janin dalam rahim.

g. Kejang

Kematian ibu karena eklampsia menyumbang sekitar 24 persen dari keseluruhan. Biasanya, kejang merupakan gejala yang muncul setelah kondisi semakin memburuk, ditandai dengan adanya sakit kepala, mual, nyeri di ulu hati yang kemudian menyebabkan muntah. Ketika

kondisinya semakin parah, penglihatan menjadi semakin kabur, kesadaran menurun, dan akhirnya terjadi kejang.

h. Conjunctiva Pucat

Ini merupakan tanda dari anemia. Anemia pada kehamilan adalah ketika seorang ibu memiliki kadar hemoglobin di bawah 11 g/dL selama trimester ketiga. Penyebab anemia pada kehamilan adalah kekurangan zat besi dan adanya perdarahan akut, kadang-kadang keduanya dapat berinteraksi. Anemia pada trimester ketiga dapat meningkatkan risiko perdarahan saat persalinan dan masa nifas, serta meningkatkan risiko bayi lahir dengan berat badan rendah (BBLR), yaitu kurang dari 2500 gram.

i. Demam Tinggi

Keadaan di mana seorang ibu mengalami demam dengan suhu tubuh di atas 38°C selama kehamilan dianggap sebagai masalah yang serius. Demam tinggi bisa menjadi gejala adanya infeksi dalam kehamilan, yang dapat menyebabkan kematian ibu sebanyak 11 persen. Penanganan demam meliputi istirahat total, meningkatkan asupan cairan, dan mengompres tubuh untuk menurunkan suhu. Demam bisa disebabkan oleh infeksi dalam kehamilan, dimana mikroorganisme patogen memasuki tubuh wanita hamil dan menyebabkan munculnya gejala penyakit.

Langkah yang harus dilakukan ibu saat mengalami salah satu tanda bahaya yaitu segera ke fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) terdekat dan beri tahu keluarga untuk mendapat pendampingan. Dalam asuhan kebidanan, jika seorang ibu hamil mengalami salah satu tanda bahaya kehamilan, bidan atau tenaga kesehatan harus segera mengambil tindakan sesuai standar pelayanan obstetri darurat yaitu melakukan pengkajian cepat untuk mengidentifikasi jenis dan penyebab tanda bahaya, stabilisasi awal (jika memungkinkan lakukan pemasangan infus jika perdarahan, pemberian oksigen, posisi miring kiri untuk ibu dengan tekanan darah tinggi, pengawasan tanda vital), merujuk ibu hamil ke

rumah sakit rujukan dengan fasilitas penanganan obstetri emergensi, edukasi kepada keluarga dan pendamping, serta pendokumentasian (Kemenkes RI., 2021).

9. Deteksi dini kehamilan dengan KSPR

a. Pengertian

Kartu skor poedji rochjati adalah suatu alat yang dapat digunakan untuk mencegah risiko komplikasi persalinan. Ibu hamil dikelompokkan berdasarkan tingkat risikonya menjadi kehamilan berisiko rendah, berisiko tinggi, dan berisiko sangat tinggi dengan menggunakan sistem skor sebagai ukuran kegawatan. Tinggi rendahnya jumlah skor dipengaruhi oleh banyaknya faktor risiko dan tingkat kegawatan dari risiko itu sendiri sehingga semakin tinggi skor maka tingkat risiko yang dihadapi ibu hamil semakin besar, berupa morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi apabila penolong, metode persalinan, dan tempat persalinan tidak benar (Alfina, Prasetyo, and Wittiarika 2024)

Gambar 1.1
Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR)

SKRINING / DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI									
Nama :		Alamat :							
Umur Ibu :		Kec/Kab :							
Pendidikan :		Pekerjaan :							
Hamil Ke :		Haid Terakhir tgl :							
Perkiraan Persalinan tgl :									
Periksa I									
Umur Kehamilan :		bln		Di :					
I	II	III	IV						
KEL	NO.	Masalah/Faktor Risiko	SKOR	Tribulan					
F.R.				I	II	III.1	III.2		
		Skor awal ibu hamil	2						
I	1	Terlalu muda, hamil < 16 th	4						
	2	Terlalu tua, hamil ≥ 35 th	4						
	3	Terlalu lambat hamil I, kawin ≥ 4 th	4						
	4	Terlalu lama hamil lagi (≥ 10 th)	4						
	5	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4						
	6	Terlalu banyak anak, 4 / lebih	4						
	7	Terlalu tua, umur ≥ 35 th	4						
	8	Terlalu pendek ≤ 145 cm	4						
	9	Pernah gagal kehamilan	4						
	10	Pernah melahirkan dengan :							
		a. Tarikan tang / vakum	4						
		b. Un dirogo	4						
		c. Diberi infus / Transfusi	4						
	11	Pernah Operasi Sesar	8						
II	12	Penyakit pada ibu hamil :							
		a. Kurang Darah b. Malaria	4						
		c. TBC Paru d. Payah Jantung	4						
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4						
		f. Penyakit Menular Seksual	4						
	13	Bengkak pada muka/tungkai dan tekanan darah tinggi	4						
	14	Hamil kembar 2 atau lebih	4						
	15	Hamil kembar air (Hydramnion)	4						
	16	Bayi mati dalam kandungan	4						
	17	Kehamilan lebih bulan	4						
	18	Letak sungsang	8						
	19	Letak lintang	8						
	20	Perdarahan dalam kehamilan ini	8						
		Preeklampsia Berat / Kejang-2	8						
JUMLAH SKOR									

PENYULUHAN KEHAMILAN PERSALINAN AMAN – RUJUKAN TERENCANA						
KEHAMILAN			KEHAMILAN DENGAN RISIKO			
JML SKOR	JML PERAWA TAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RUJUKAN	
					RDB	RTW
2	KRR	BIDAN	RUJUK	RUJUK		
6 – 10	KRT	BIDAN DOKTER	POLINDES	BIDAN DOKTER		
≥ 12	KRT	DOKTER	RUMAH SAKIT	DOKTER		

KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI' PERENCANAAN PERSALINAN AMAN		
Persalinan Melahirkan tanggal :		
RUJUK DARI :	1. Sendiri 2. Dukun 3. Bidan 4. Puskesmas	RUJUK KE : 1. Bidan 2. Puskesmas 3. RS
RUJUKAN : 1. Rujukan Dini Berencana (RDB) / 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)		
Gawat Obstetrik : Ket. Faktor Resiko I & II		Gawat Obstetrik : Ket. Faktor Resiko I & II
1. 2. 3. 4. 5.		1. Perdarahan antepartum 2. 3. 4. 5.
		Komplikasi Obstetrik 3. Perdarahan postpartum 4. Uri tertinggal 5. Persalinan Lama
TEMPAT :	PENOLONG :	MACAM PERSALINAN
1. Rumah Ibu 2. Rumah Bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan	1. Dukun 2. Bidan 3. Dokter 4. Lain-lain	1. Normal 2. Tindakan Pervaginam 3. Operasi Sesar
PASCA PERSALINAN : IBU :		TEMPAT KEMATIAN IBU
1. Hidup 2. Mati, dengan penyebab a. Perdarahan b. Preeklampsia/Eklampsia c. Parus Lama d. Infeksi e. Lain-2....		1. Rumah Ibu 2. Rumah Bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan
BAYI :		
1. Berat lahir : gram, Laki-2 / Perempuan 2. Lahir hidup : APGAR Skor 3. Lahir mati, penyebab 4. Mati kemudian, umur hr, penyebab 5. Kelainan bawaan : tidak ada / ada		
KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)		
1. Sehat 2. Sakit 3. Mati, penyebab		
Keluarga Berencana 1. Ya/Sterilisasi		
Kategori Keluarga Miskin 1. Ya 2. Tidak		

b. Tatalaksana

- 1) Skor 2 : Ibu dapat melanjutkan pemeriksaan antenatal rutin dan merencanakan persalinan normal di fasilitas kesehatan primer
- 2) Skor 6-10 : Ibu memerlukan pemantaua antenatal care lebih sering, dan merencanakan persalinan di fasilitas kesehatan sekunder dan di tolong oleh Bidan dan di dampingi oleh Dokter dan dilakukan rujukan terencana ke fasilitas kesehatan Sekunder yang memadai untuk menangani komplikasi jika sewaktu-waktu terjadi.

- 3) Skor >12 : Ibu memerlukan rujukan terencana ke Rumah sakit yang memiliki fasilitas pelayanan obstetri dan neonatus emergensi komprehensif (PONEK), Persalinan wajib di tolong oleh Dokter Sp. OG Di rumah sakit

B. Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian

Persalinan merupakan suatu proses alami yang menimbulkan rasa nyeri dan menimbulkan kontraksi yang ditandai dengan perubahan serviks serta proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan.

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 komplikasi baik pada ibu maupun pada janin. (Mayasari, Septiasari, and Widayawaty 2025)

2. Jenis-jenis Persalinan

a. Persalinan Spontan

Proses Pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) melalui jalan lahir, yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri

b. Persalinan Normal

Persalinan normal (eutrosia) adalah proses kelahiran janin pada kehamilan cukup bulan (aterm, 37-42 minggu), pada janin letak memanjang presentasi belakang yang disusul dengan pengeluaran plasenta dan seluruh proses kelahiran ini berakhir dalam waktu kurang dari 24 tanpa tindakan pertolongan buatan dan tanpa komplikasi.

c. Persalinan Buatan

Proses persalinan yang dibantu dengan tenaga dari luar. Misalnya pada persalinan ekstraksi forseps atau persalinan dengan sectio caesaria.

d. Persalinan Anjuran

Proses persalinan bila kekuatan yang di perlukan ditimbulkan dengan jalan rangsangan. Misalnya pemecahan ketuban, pemberian Pitocin, atau prostaglandin. (Vitania et al. 2024)

3. Sebab – sebab Terjadinya Persalinan

a. Teori Penurunan Progesteron

perubahan-perubahan, sehingga kadar estrogen dan progesterone menurun. Menurunnya kadar kedua hormon ini terjadikira-kira 1-2 minggu sebelum partus dimulai. Selanjutnya otot rahim menjadi sensitif terhadap oksitosin. Penurunan kadar progesteron pada tingkat tertentu menyebabkan otot rahim mulai kontraksi.

b. Teori Oksitosin Internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya usia kehamilan menyebabkan oksitosin meningkatkan aktivitas sehingga persalinan dimulai

c. Keregangan Otot

Otot-otot rahim memiliki kemampuan untuk meregang dalam rentang tertentu. Setelah titik tertentu tercapai, kontraksi terjadi dan kelahiran dimulai. Seperti pada kandung kemih dan lambung, saat dinding meregang akibat bertambahnya isi, terjadi kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Situasi serupa terjadi di rahim. Seiring bertambahnya usia kehamilan, otot-otot rahim menjadi lebih meregang dan lebih rapuh. Misalnya, pada kehamilan ganda, kontraksi sering kali terjadi setelah sejumlah peregangan tertentu

d. Pengaruh Janin

Kelenjar hipofisis janin dan kelenjar adrenal juga tampaknya terlibat, karena pada anensefali hipotalamus kurang berkembang dan kehamilan seringkali berlangsung lebih lama dari biasanya. Pemberian

kortikosteroid memungkinkan janin menjadi matang dan menginduksi persalinan.

e. Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga konsepsi dapat dikeluarkan. Prostaglandin dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan.

f. Tujuan Asuhan Persalinan

Adalah mencapai kelangsungan hidup ibu dan anak serta tingkat kesehatan yang tinggi melalui intervensi minimal dan serangkaian inisiatif yang terintegrasi dan komprehensif dengan asuhan kebidanan yang tepat tergantung pada tahapan persalinan untuk menjaga keselamatan dan kualitas layanan yang optimal. (Fitriyani Dian *et al.*, 2024).

4. Tanda-tanda Persalinan

Tanda persalinan sudah dekat yaitu:

a. Terjadinya lightening

Menjelang minggu ke-36, pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk PAP yang disebabkan : Kontraksi Braxton Hicks

b. Ketegangan dinding perut

c. Ketegangan ligamentum rotundum

d. Gaya berat janin dimana kepala ke arah bawah

Gambaran lightening pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara ketiga P yaitu power (kekuatan his), passage (jalan lahir normal) dan passanger (janin dan plasenta). Pada multi gambarannya tidak jelas, karena kepala janin masuk PAP menjelang persalinan.

e. Terjadinya his permulaan

Dengan makin tuanya usia kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesterone semakin berkurang sehingga oksitosin semakin

meningkat sehingga dapat menimbulkan kontraksi atau his palsu. His palsu ini bersifat:

- f. Rasa nyeri ringan di bagian bawah
- g. Datangnya tidak teratur
- h. Tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda
- i. Durasinya pendek Tanda pasti persalinan
- j. Tidak bertambah bila beraktivitas

Tanda pasti persalinan

- a. Terjadinya his persalinan

His persalinan mempunyai sifat:

- 1) Pinggang terasa sakit yang menjalar ke depan.
- 2) Sifatnya teratur, interval makin pendek dan kekuatannya makin besar.
- 3) Mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks.
- 4) Makin beraktivitas kekuatan makin bertambah.
- 5) Pengeluaran lendir dan darah (*show*)

Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan

- 6) Pendataran dan pembukaan.
- 7) Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas.
- 8) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.
- 9) Pengeluaran cairan

Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam. (Namangdjabar et al. 2023).

5. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Berikut merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

a. Power/Tenaga

Kekuatan kontraksi (kontraksi ritmis otot polos rahim) adalah kekuatan pendorong ibu, keadaan kardiovaskular, pernapasan, dan metabolismenya. Kontraksi uterus terjadi secara teratur dan tidak disengaja serta mengikuti pola yang berulang. Setiap kontraksi uterus memiliki tiga tahap, yaitu peningkatan (saat mencapai intensitas), puncak (puncak atau maksimum), dan peluruhan (saat relaksasi).

b. Pessange (jalan lahir)

Passage adalah suatu keadaan jalan lahir, pada proses persalinan jalan lahir mempunyai peran yang penting dalam proses persalinan pada kelahiran bayi. Dengan demikian evaluasi jalan lahir merupakan salah satu faktor yang menentukan apakah persalinan dapat berlangsung pervaginam atau sectio caesarea. Pada jalan lahir lunak atau otot yang berperan pada proses persalinan adalah segmen bawah rahim, vagina dan servik uteri. Disamping itu otot-otot jaringan ikat dan ligamen yang menyokong alat-alat urogenital juga sangat berperan pada persalinan.

c. Passenger/Janin

Passager adalah janinnya, kepala adalah bagian yang paling besar dan keras dari tubuh bayi, posisi dan besar kepala dapat mempengaruhi jalan persalinan, kepala janin ini pula yang paling banyak mengalami cedera pada persalinan, sehingga salah satu pemicu adanya komplikasi dan yang menentukan kehidupan janin kelak, lahir normal, cacat atau akhirnya meninggal. Biasanya apabila kepala janin sudah lahir, maka bagian badan yang lain akan keluar kemudian dengan mudah.

d. Psikologi

Perasaan optimis dan positif ibu berupa ikhlas, kelegaan hati, dan bahwa proses persalinan adalah suatu fase dalam menjadi "kewanitaan sejati" yaitu munculnya rasa bangga dan senang luar biasa ketika melahirkan bisa menghasilkan keturunan. Mereka seolah-olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap sebagai suatu "keadaan yang belum pasti" sekarang menjadi hal yang nyata. Pada

psikologis ibu dipengaruhi oleh melibatkan emosi dan persiapan intelektual ibu, pengalaman melahirkan bayi sebelumnya, kebiasaan adat istiadat, dukungan dari orang-orang sekitar serta orang terdekat pada kehidupan ibu.

e. Penolong

Peran dari penolong persalinan dalam hal ini adalah bidan harus dapat mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin akan terjadi pada ibu dan janin. Proses persalinan salah satunya tergantung dari kemampuan skill dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan.(Fitriyani Dian *et al.*, 2024)

6. Tahap Persalinan

Pada proses persalinan melalui 4 tahapan

a. Kala 1 (kala pembukaan)

Pasien dikatakan dalam tahap persalinan kala I, jika sudah terjadi pembukaan serviks dan kontraksi terjadi teratur minimal 2 kali dalam 10 menit selama 40 detik. Pada kala I serviks membuka sampai terjadi pembukaan 10 cm, disebut juga kala pembukaan. Secara klinis partus dimulai bila timbul his dan ibu mengeluarkan lendir yang bersemu darah (bloody show).

Proses persalinan ini terbagi menjadi 2 fase yaitu:

1) Fase laten

Fase laten merupakan fase pembukaan serviks hingga 3 cm yang waktunya sekitar 8 jam. Selama fase ini bagian terbawah janin mengalami penurunan sedikit atau tidak sama sekali.

2) Fase aktif

Fase aktif berlangsung selama 7 jam, dibagi menjadi 3, yaitu:

- 1) Fase akselerasi yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
- 2) Fase dilatasi yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan sangat cepat, dari 5 cm menjadi 9 cm.

- 3) Fase deselerasi yaitu pembukaan menjadi lamban kembali dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi pembukaan lengkap. His tiap 3-4 kali dalam 10 menit selama 45 detik.

Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida, pada multigravida pun terjadi demikian, akan tetapi fase laten fase aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pendek.

Ketuban akan pecah dengan sendiri ketika pembukaan hampir lengkap atau telah lengkap. Tidak jarang ketuban harus dipecahkan ketika pembukaan hampir lengkap atau telah lengkap. Kala I selesai apabila pembukaan serviks uteri telah lengkap. Pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan multigravida kira-kira 7 jam. Berdasarkan Kurve Friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm per jam dan pembukaan multigravida 2 cm per jam. Dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan.

b. Kala II (Kala pengeluaran janin)

Kala II merupakan kala pengeluaran bayi, dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Rahim dengan kekuatan kontraksinya ditambah kekuatan meneran akan mendorong bayi hingga lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Diagnosis persalinan kala II ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah nampak di vulva 5-6 cm.

c. Kala III (kala pengeluaran plasenta)

Kala III merupakan persalinan kala pengeluaran plasenta yang berlangsung maksimal 30 menit dan kontraksi berhenti sekitar 5-10 menit. Dengan lahirnya bayi dan proses retraksi rahim maka plasenta lepas dari insersinya.

Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda sebagai berikut:

- 1) Bentuk uterus menjadi bundar

- 2) Uterus terdorong keatas karena plasenta dilepas ke segmen bawah Rahim
- 3) Tali pusat bertambah Panjang
- 4) Adanya semburan darah
- 5) Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara crede pada fundus uterus

d. Kala IV (kala pengeluaran plasenta)

Kala IV dimulai dari lahirnya plasenta selama 1-2 jam atau kala/fase setelah plasenta dan selaput ketuban dilahirkan sampai dengan 2 jam post partum. Kala ini terutama bertujuan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Darah yang keluar selama perdarahan harus ditakar sebaik-baiknya. Kehilangan darah pada persalinan biasanya disebabkan oleh luka pada saat pelepasan plasenta dan robekan pada serviks dan perineum. Rata-rata jumlah perdarahan yang dikatakan normal adalah 250 cc, biasanya 100-300 cc. Jika perdarahan lebih dari 500 cc, maka sudah dianggap abnormal, dengan demikian harus dicari penyebabnya.

7. Mekanisme persalinan normal

Persalinan Kala II dimulai saat pembukaan serviks lengkap dan berakhir dengan lahirnya seluruh badan janin. Inti dari mekanisme persalinan normal adalah pergerakan kepala janin dalam rongga dasar panggul untuk menyesuaikan diri dengan luas panggul sehingga kepala dapat lahir secara spontan.

Mekanisme persalinan normal terbagi dalam beberapa tahap gerakan kepala janin di dasar panggul yang diikuti dengan lahirnya seluruh anggota badan bayi. (Anis 2023)

a. Penurunan kepala Pada primigravida

masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul biasanya sudah terjadi pada bulan terakhir dari kehamilan, tapi pada multigravida biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala ke dalam PAP, biasanya dengan sutura sagitalis melintang dan dengan fleksi yang

ringan. Masuknya kepala melewati pintu atas panggul (PAP) dapat dalam keadaan asinklitismus yaitu bila sutura sagitalis terdapat di tengah-tengah jalan lahir tepat diantara symphysis dan promontorium. Pada sinklitismus, os. parietal depan dan belakang sama tingginya.

Ada dua jenis asinklitismus yaitu sebagai berikut.

- 1) Asinklitismus posterior: bila sutura sagitalis mendekati symphysis dan os. parietal belakang lebih rendah dari. parietal depan.
- 2) Asinklitismus anterior: sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os. parietal depan lebih rendah daripada os. parietal belakang.

b. Fleksi Pada awal persalinan

Kepala bayi dalam keadaan fleksi yang ringan. Dengan majunya kepala biasanya fleksi juga bertambah. Pada gerakan ini, dagu dibawa lebih dekat ke arah dada janin sehingga ubun-ubun kecil lebih rendah dari ubun-ubun Kepala bayi dalam keadaan fleksi yang ringan. Dengan majunya kepala biasanya fleksi juga bertambah. Pada gerakan ini, dagu dibawa lebih dekat ke arah dada janin sehingga ubun-ubun kecil lebih rendah dari ubun-ubun besar. Hal ini disebabkan karena adanya tahanan dari dinding serviks, dinding pelvis, dan lantai pelvis. Dengan adanya fleksi, diameter suboccipito bregmatika (9,5 cm) menggantikan diameter suboccipito frontalis (11 cm). Fleksi ini disebabkan karena anak didorong maju dan sebaliknya mengapa tahanan dari serviks, dinding panggul, atau dasar panggul.

c. Rotasi dalam (Putar paksi dalam)

Pemutaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan janin memutar ke depan ke bawah symphysis. Pada presentasi belakang kepala, bagian yang terendah ialah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar ke depan ke arah symphysis. Rotasi ini sangat penting untuk menyelesaikan persalinan karena merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi

kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bidang tengah dan pintu bawah panggul.

d. Ekstensi

Putar paksi dalam Saat kepala janin sampai didasar panggul dan ubun-ubun kecil berada dibawah symphysis, maka terjadilah ekstensi dari kepala janin. Suboksiput yang tertahan pada pinggir bawah symphysis akan menjadi pusat pemutaran (hypomochlion), maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum: ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut, dan dagu bayi dengan gerakan ekstensi.

e. Rotasi luar

Kepala yang sudah lahir selanjutnya mengalami restitusi yaitu kepala bayi memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Bahu melintasi pintu dalam keadaan miring. Di dalam rongga panggul, bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya, bahu mengalami putaran dalam di mana ukuran bahu (diameter bisa kromial) menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul. Bersamaan dengan itu kepala bayi juga melanjutkan putaran hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber iskiadikum sepihak.

f. Ekspulsi

Setelah paksi luar, bahu depan sampai dibawah symphysis dan menjadi hypomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Setelah kedua bahu bayi lahir, selanjutnya seluruh badan bayi dilahirkan searah dengan sumbu jalan lahir.(Herlina et al. 2025)

Prosedur Pertolongan Persalinan Normal (60 Langkah APN)

8. Berikut adalah 60 langkah prosedur pertolongan asuhan persalinan normal (APN).

I. Mengenali Tanda Dan Gejala Kala II

1. Dengarkan dan lihat adanya tanda persalinan kala II:

a. Ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.

- b. Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada anus dan vagina.
- c. Perineum tampak menonjol.
- d. Vulva dan sfingter ani membuka.

II. Menyiapkan Pertolongan Persalinan

2. Pastikan kelengkapan alat dan obat-obatan esensial untuk pertolongan persalinan dan menatlaksanaan komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir.

Asuhan bayi baru lahir atau resusitasi disiapkan:

- a. Tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat.
- b. 3 handuk/kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi).
- c. Alat penghisap lendir.
- d. Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.

Untuk ibu:

- a. Menggelar kain di perut bawah ibu.
 - b. Menyiapkan oksitosin 10 unit.
 - c. Alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3. Pakai celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan.
 4. Lepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
 5. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
 6. Masukkan oksitosin ke dalam spuit (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).

III. Memastikan Pembukaan Lengkap dan Keadaan Janin

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari anterior (depan) ke posterior (belakang) menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi air DTT.

- a. Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang.
 - b. Buang kapas atau kassa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.
 - c. Jika terkontaminasi lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut dalam larutan klorin 0,5% langkah. Pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melaksanakan langkah lanjutan.
8. Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.
 - a. Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.
 9. Dekontaminasi sarung tangan (celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, rendam dalam 0,5% selama 10 cm). Cuci tangan setelah sarung tangan dilepaskan dan setelah itu tutup kembali partus set.
 10. Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi atau uterus relaksasi untuk memastikan DJJ dalam batas normal (120-160x/menit).
 - a. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
 - b. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua temuan penilaian dan asuhan yang diberikan ke dalam partograf.
- IV. Menyiapkan Ibu dan Keluarga Untuk Membantu Proses Mengejan
11. Beritahukan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik, lalu bantu ibu menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
 - a. Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikut pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.

- b. Jelaskan pada anggota keluarga tentang peran mereka dalam mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.
- 12. Minta keluarga membantu menyiapkan posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman.
- 13. Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat:
 - a. Bimbingan ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.
 - b. Dukungan dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
 - c. Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
 - d. Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi.
 - e. Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
 - f. Berikan cukup asuhan cairan peroral (minum).
 - g. Menilai DJJ setiap Kontraksi uterus selesai.
 - h. Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan pimpinan meneran ≥ 120 menit (2 jam) pada primigravida atau ≥ 60 menit (1 jam) pada multigravida.
- 14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.

V. Persiapan untuk Melahirkan Bayi

- 15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut bawah ibu, jika kepala bayi sudah memebuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- 16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu.
- 17. Buka tutup partus est dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan.
- 18. Pakai sarung tangan DTT/steril pada kedua tangan.

VI. Petolongan Kelahiran Bayi

Lahirnya Kepala

19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva makaindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, sedangkan tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi fleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu meneran secara efektif atau bernafas cepat dan dangkal.
20. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi), segera lanjutkan proses kelahiran bayi.
 - a. Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat atas kepala bayi.
 - b. Jika pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat diantara dua klem tersebut.
21. Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan.

Lahir Bahu

22. Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan bahu depan muncul dibawah arkus pubis kemudian gerakkan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

Lahirnya Badan dan Tungkai

23. Setelah kedua bahu lahir, satu tangan menyangga kepala dan bahu belakang, tangan yang lain menelusuri lengan dan siku anterior bayi serta menjaga bayi terpegang baik.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara dua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk).

VII. Asuhan Bayi Baru Lahir

25. Lakukan penilaian
26. Keringkan tubuh bayi
27. Pemeriksaan kembali uterus untuk memastikan hanya 1 bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gemeli).
28. Beritahu ibu bahwa ia akan suntik oksitosin (agar uterus berkontraksi dengan baik).
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit (intramuscular) di 1/3 bagian distal lateral paha.
30. Setelah 2 menit sejak bayi lahir (cukup bulan), jepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3 cm dari pusar bayi. Gunakan jari telunjuk dan jari tengah tangan yang lain untuk mendorong isi tali pusat pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama.
31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat.
 - a. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah jepit (lindungi perut bayi), lakukan pengguntingan tali pusat antara 2 klem.
 - b. Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi lainnya.
 - c. Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.
32. Letakkan bayi tengkurap didada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/ perut ibu. Usahakan kepala berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau areola mammae ibu.

VIII. Manajemen Aktif Kala III Persalinan (MAK III)

33. Pindahkan klem pada tali pusat sekitar 5-10 cm dari vulva.
34. Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat. Pada saat uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya

dan ulangi prosedur hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.

35. Bila ada penekanan bagian bawah dinding depan uterus kearah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat kearah distal maka dilanjutkan dorongan ke arah kranial hingga plasenta dapat dilahirkan.
 - a. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.
 - b. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:
 - 1) Berikan dosis ulang oksitosin 10 unit IM.
 - 2) Lakukan kateterisasi (aspek) jika kandung kemih penuh.
 - 3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
 - 4) Ulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.
 - 5) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual.
36. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban pilih, kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.
37. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).
38. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan.

IX. Perdarahan

39. Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.

40. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

X. Asuhan Pasca Persalinan

41. Pastikan kandung kemih kosong. Jika penuh, lakukan kateterisasi.
42. Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh serta bilas tubuh dan bilas di air DTT tanpa melepas sarung tangan kemudian keringkan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
43. Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi .
44. Periksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.
45. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
46. Pantau keadaan bayi dan pastikan.
 - a. Jika bayi sulit bernapas, merintih, atau retraksi, diresusitasi dan segera rujuk ke rumah sakit.
 - b. Jika bayi napas terlalu cepat atau sesak napas, segera rujuk ke rumah sakit rujukan
 - c. Jika kaki terasa dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu bayi dan hangatkan ibu dan bayi dalam satu selimut.
47. Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah di ranjang atau di sekitar ibu berbaring. Menggunakan larutan klorin 0,5%, lalu bilas dengan air DTT.
48. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
49. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minum dan makanan yang diinginkan.
50. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
51. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.

52. Mendekontaminasikan tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
53. Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% balik bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit, melepas alat pelindung diri.
54. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir lalu keringkan tangan menggunakan handuk yang kering dan bersih atau menggunakan tisu.
55. Memakai sarung tangan DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik pada bayi.
56. Memberitahu ibu akan dilakukan penimbangan atau pengukuran antropometri pada bayi, memberikan saleb mata, imunisasi dan ttv pada bayi.
57. Memberitahu ibu bahwa akan dilakukan penyuntikan hepatitis B
58. elepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5% dalam waktu 10 menit.
59. Cuci tangan
60. Melengkapi partograf.

C. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

Bayi Baru Lahir (BBL) atau neonatus adalah anak yang berusia di bawah 28 hari. Selama 28 hari pertama kehidupannya, bayi berada pada risiko kematian tertinggi. Sebagian besar kematian bayi baru lahir terjadi di negara-negara berkembang, dimana akses terhadap layanan kesehatan masih belum optimal. (Sandriani *et al.*, 2024)

b. Ciri-ciri bayi baru lahir normal adalah sebagai berikut;

- 1) Lahir aterm antara 37-42 minggu.
- 2) Berat badan 2.500-4.000 gram.
- 3) Panjang badan 48-52 cm.
- 4) Lingkar dada 30-38 cm.
- 5) Lingkar kepala 33-35 cm.
- 6) Lingkar lengan 11-12 cm.
- 7) Frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit.
- 8) Pernapasan $\pm$ 40-60 x/menit.
- 9) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup.
- 10) Rambut lanugo tidak terlihat dan biasanya rambut kepala telah sempurna.
- 11) Kuku agak panjang dan lemas.
- 12) Nilai APGAR > 7 .

Tabel 2.5

Nilai APGAR SKORE bayi baru lahir

Tanda/klinis	Penilaian		
	0	1	2
Detak jantung	Tidak ada	<100x/menit	>100x/menit
Pernafasan	Tidak ada	Tidak teratur	Tangis kuat
Refleks	Tidak bereaksi	Sedikit gerakan	Reaksi menangis, melawan
Tonus otot	Lumpuh	lemah	Kuat, gerak aktif
Warna kulit	Biru pucat	Tubuh merah ekstremitas biru	Merah seluruh tubuh

- 13) Gerak aktif.
- 14) Bayi lahir langsung menangis kuat.
- 15) Refleks rooting (mencari puting susu dengan merangsang taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik.
- 16) Refleks sucking (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.
- 17) Refleks moro (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.
- 18) Refleks grasping (menggenggam) sudah baik.
- 19) Reflek Babinski rangsangan berupa goresan lembut pada telapak kaki, maka jempol dan reflek mengarah ke atas dan jari kaki lainnya dalam posisi terbuka.
- 20) Reflek menelan (swallowing) gerakan menelan ketika lidah bagian posterior diteteskan cairan.
- 21) Genitalia.
 - a) Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang.
 - b) Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora.
- 22) Eliminasi baik, yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecokelatan. (Rivanica and Oxyandi 2024)

c. Adaptasi pada bayi baru lahir terhadap kehidupan diluar uterus

Adaptasi bayi baru lahir adalah proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan di dalam uterus ke kehidupan di luar uterus. Beberapa perubahan fisiologi yang dialami bayi baru lahir antara lain yaitu:

1) Sistem pernapasan

Masa yang paling kritis pada bayi baru lahir adalah ketika harus mengatasi resistensi paru pada saat pernapasan yang pertama kali. Pada umur kehamilan 34-36 minggu struktur paru-paru matang, artinya paru-paru sudah bisa mengembangkan sistem alveoli. Selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir,

Pernapasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir. Usaha bayi pertama kali untuk mempertahankan tekanan alveoli, selain adanya surfaktan yang dengan menarik napas dan mengeluarkan napas dengan merintih sehingga tertahan di dalam. Respirasi pada neonatus biasanya pernapasan diafragmatik dan abdominal, sedangkan frekuensi dan dalam tarikan belum teratur. (Afrida and Aryani 2022)

2) Sirkulasi darah

Pelepasan plasenta semua pertukaran gas dan ekskresi sisa metabolic. Dengan pelepasan plasenta pada saat bayi baru lahir, system sirkulasi bayi harus melakukan penyesuaian mayor guna mengalihkan darah yang tidak mengandung oksigen menuju paru untuk dioksigenasi, hal ini melibatkan beberapa mekanisme, yang dipengaruhi oleh penjepitan tali pusat dan juga oleh penurunan resistensi bantalan vascular paru. (Sriyanti Chris *et al.*, 2023)

3) Suhu

Setelah bayi lahir, bayi akan berada di tempat yang suhu lingkungannya lebih rendah dari lingkungan dalam uterus. Suhu tubuh neonates yang normal yang normal yaitu sekitar 36,5°C sampai 37°C. (Sulastri, 2024)

BBL dapat mengalami kehilangan panas melalui cara:

- a) Evaporasi adalah jalan utama bayi kehilangan panas. Kehilangan panas dapat terjadi Ketika permukaan yang basah terkena udara (selama mandi, *Insensible Water Loose (IWL)* artinya kehilangan panas tanpa disadari, linen atau pakian basah).
- b) Konduksi adalah ketika bayi bersentuhan langsung dengan benda-benda padat yang lebih dingin dari kulit mereka (timbangan berat badan, tangan dingin, stetoskop).
- c) Konveksi adalah ketika panas dipindahkan ke udara sekitar bayi (pintu/jendela terbuka, AC)

d) Radiasi adalah transfer panas ke benda dingin yang tidak bersentuhan dengan bayi (bayi didekat panas permukaan yang dingin hilang ke luar dinding dan jendela).

4) Sistem Hematopoiesis

Volume darah bayi baru lahir bervariasi dari 80-110 ml/kg, selama hari pertama dan meningkat dua kali lipat pada akhir tahun pertama. Nilai rata-rata hemoglobin dan sel darah merah lebih tinggi dari nilai normal orang dewasa. Hemoglobin bayi baru lahir berkisar antara 4,5-22,5 gr/dl, hematocrit bervariasi antara 44-72%, Sel darah merah berkisar 5-7,5 juta/mm³. Leukosit sekitar 18.000/mm³ merupakan nilai normal saat bayi lahir.(Sulastri, 2024)

5) Sistem Gastrointestinal

BBL harus mulai makan, mencerna, dan mengabsorpsi makanan setelah lahir. Kapasitas lambung 6 ml/Kg saat lahir tapi bertambah sekitar 90 ml pada hari pertama kehidupan. Udara masuk ke saluran gastrointestinal setelah lahir dan bising usus terdengar pada jam pertama. Enzim mengkatalis protein dan karbohidrat sederhana. Enzim pankreatik lipase sedikit di produksi, lemak susu dalam ASI mudah dicerna dibanding dengan susu formula. BBL yang aterm (matang usia kehamilannya) memiliki kadar glukosa stabil 50-60 mg/dl (jika di bawah 40 mg/dl hipoglikemi).(Sulastri, 2024).

6) Sistem Imunitas

BBL kurang efektif melawan infeksi karena sel darah putih merespon lambat dalam menghadapi mikro organisme. BBL mendapat Imunitas pasif dari ibu selama kehamilan trimester 3, kemudian dilanjutkan dengan pemberian ASI. IgG menembus plasenta saat fetus (Imunitas pasif temporer terhadap toksin bakteri dan virus). IgM di produksi BBL untuk mencegah penyerangan bakteri gram negatif. IgA di produksi BBL setelah usia 6-12 minggu setelah lahir (bisa didapat pada colostrum dan ASI).(Sulastri, 2024)

7) Sistem Urinari

Dalam 24 jam bayi akan berkemih antara 6 - 10 kali dengan warna urine pucat yang merupakan indikasi bayi cukup intake Cairan, BBL akan mensekresikan urine antara 15-20 ml/kg BB/hari hari. Glomerulus mulai terbentuk pada usia janin 8 minggu Ginjal janin mulai berfungsi pada kehamilan 3 bulan, namun belum optimal. Setelah tali pusat diikat banyak darah mengalir ke ginjal sehingga fungsi ginjal baik. (Sulastri, 2024)

8) Sistem Reproduksi

Saat lahir Ovarium bayi wanita berisi beribu-ribu sel germinal primitif yang akan berkurang sekitar 90% sejak bayi lahir sampai dewasa. Peningkatan kadar estrogen selama masa hamil yang diikuti dengan penurunan setelah bayi lahir mengakibatkan pengeluaran bercak darah melalui vagina. Genital eksternal biasanya edematosa disertai hyperpigmentasi. Testis turun ke dalam Skrotum pada 90% BBL. (Sulastri, 2024)

d. Rencana Asuhan pada Bayi Baru Lahir

1) Minum Bayi

Pastikan bayi diberi minum sesegera mungkin setelah lahir (dalam waktu 30 menit) atau dalam 3 jam setelah masuk rumah sakit, kecuali apabila pemberian minum harus ditunda karena masalah tertentu. Bila bayi dirawat di rumah sakit, upayakan ibu mendampingi dan tetap memberikan ASI.

2) ASI Eksklusif

Anjurkan ibu untuk memberikan ASI dini (dalam 30 menit 1 jam setelah lahir) dan eksklusif. ASI eksklusif mengandung zat gizi yang diperlukan untuk tumbuh kembang bayi, mudah dicerna dan efisien, mencegah berbagai penyakit infeksi berikan ASI sedini mungkin. Jika ASI belum keluar, bayi tidak usah diberi apa-apa, biarkan bayi menghisap payudara ibu sebagai stimulasi keluarnya ASI. Cadangan

nutrisi dalam tubuh bayi cukup bulan dapat sampai selama 4 hari pasca persalinan.

Prosedur pemberian ASI adalah sebagai berikut:

- a) Menganjurkan ibu untuk menyusui tanpa dijadwal siang malam (minimal 8 kali dalam 24 jam) setiap bayi menginginkan. Bila bayi melepaskan isapan dari satu payudara, berikan payudara lain.
 - b) Tidak memaksakan bayi menyusui bila belum mau, tidak melepaskan isapan sebelum bayi selesai menyusui, tidak menggunakan dot atau empeng.
 - c) Menganjurkan ibu hanya memberikan ASI saja pada 4-6 bulan pertama.
 - d) Memperhatikan posisi dan perlekatan mulut bayi dan payudara ibu dengan benar.
 - e) Menyusui dimulai apabila bayi sudah siap, yaitu: mulut bayi membuka lebar, tampak *rooting reflex*, bayi melihat sekeliling dan bergerak.
 - f) Cara memegang bayi: tolong seluruh tubuh kepala dan tubuh lurus menghadap payudara, hidung dekat puting susu.
 - g) Cara melekatkan: menyentuh puting pada bibir, tunggu mulut bayi terbuka lebar, Gerakan mulut ke arah puting sehingga bibir bawah jauh di belakang areola.
 - h) Nilai perlekatan dan refleks menghisap: dagu menyentuh payudara, mulut terbuka lebar, bibir bawah melipat keluar, areola di atas mulut bayi lebih luas dari pada di bawah mulut bayi, bayi menghisap pelan kadang berhenti.
 - i) Menganjurkan ibu melanjutkan menyusui eksklusif, apabila minum baik.
- 3) Buang Air Besar (BAB)

Kotoran yang dikeluarkan oleh bayi baru lahir pada hari-hari pertama kehidupannya adalah berupa mekonium. Mekonium adalah ekskresi gastrointestinal bayi baru lahir yang diakumulasi dalam usus

sejak masa janin, yaitu pada usia kehamilan 16 minggu. Warna mekonium adalah hijau kehitam-hitaman, lembut, terdiri atas mucus sel epitel, cairan amnion yang tertelan, asam lemak dan pigmen empedu. Mekonium ini keluar pertama kali dalam waktu 24 jam setelah bayi lahir.

Mekonium dikeluarkan seluruhnya 2-3 hari setelah lahir. Mekonium yang telah keluar 24 jam menandakan anus bayi lahir telah berfungsi. Jika mekonium tidak keluar, bidan atau petugas harus mengkaji kemungkinan adanya atresia ani dan megacolon. Warna feses bayi berubah menjadi kuning pada saat berumur 4-5 hari, bayi yang diberi ASI, feses menjadi lebih lembut, berwarna kuning terang dan tidak berbau.

Bayi yang diberi susu formula, feses cenderung berwarna pucat dan agak berbau. Warna feses akan menjadi kuning kecoklatan setelah bayi mendapatkan makanan. Frekuensi BAB bayi menjadi lebih sering. Pada hari ke 4-5 produksi ASI sudah banyak, apabila bayi diberi ASI cukup maka bayi akan BAB 5 kali atau lebih dalam sehari.

4) Buang Air Kecil (BAK)

Bayi baru lahir harus sudah BAK dalam waktu 24 jam setelah lahir. Hari selanjutnya bayi akan BAK sebanyak 6-8 kali/hari. Pada awalnya volume urine bayi sebanyak 20-30 ml/hari, meningkat menjadi 100-200 ml/hari pada akhir minggu pertama. Warna urin keruh/merah muda dan berangsur-angsur jernih karena intake cairan meningkat. Jika dalam 24 jam bayi tidak BAK, bidan atau petugas kesehatan harus mengkaji jumlah intake cairan dan kondisi uretra.

5) Tidur

Memasuki bulan pertama kehidupan, bayi baru lahir menghabiskan waktunya untuk tidur. Macam tidur bayi adalah tidur aktif atau tidur ringan dan tidur lelap. Pada siang hari hanya 15% waktu digunakan bayi dalam keadaan terjaga, yaitu untuk menangis, gerakan motorik, sadar

dan mengantuk. Sisa waktu yang 85% lainnya digunakan bayi untuk tidur.

6) Kebersihan Kulit

Kulit bayi masih sangat sensitif terhadap kemungkinan terjadinya infeksi. Untuk mencegah terjadinya infeksi pada kulit bayi, keutuhan kulit harus senantiasa dijaga. Verniks kaseosa bermanfaat untuk melindungi kulit bayi, sehingga jangan dibersihkan pada saat memandikan bayi.

Untuk menjaga kebersihan kulit bayi, bidan atau petugas kesehatan harus memastikan semua pakaian, handuk, selimut dan kain yang digunakan untuk bayi selalu bersih dan kering. Memandikan bayi terlalu awal (dalam waktu 24 jam pertama) cenderung meningkatkan kejadian hipotermi. Untuk menghindari terjadinya hipotermi, sebaiknya memandikan bayi setelah suhu tubuh bayi stabil (setelah 24 jam).

7) Perawatan Tali Pusat

Tali pusat harus selalu kering dan bersih. Tali pusat X merupakan tempat koloni bakteri, pintu masuk kuman dan biasa terjadi infeksi lokal. Perlu perawatan tali pusat sejak manajemen aktif kala III pada saat menolong kelahiran bayi. Sisa tali pusat harus dipertahankan dalam keadaan terbuka dan ditutupi kain bersih secara longgar. Pemakaian popok sebaiknya popok dilipat di bawah tali pusat. Jika tali pusat terkena kotoran/feses, maka tali pusat harus dicuci dengan sabun dan air mengalir, kemudian keringkan.

8) Keamanan Bayi

Bayi merupakan sosok yang masih lemah dan rentan mengalami kecelakaan. Untuk menghindari terjadinya kecelakaan atau hal-hal yang tidak diinginkan pada bayi, sebaiknya tidak membiarkan bayi sendiri tanpa ada yang menunggu. Tidak membiarkan bayi sendirian dalam air atau tempat tidur, kursi atau meja. Tidak memberikan apapun lewat mulut selain ASI karena bayi biasa tersedak. Membaringkan bayi pada alas yang cukup keras pada punggung/sisi badannya. Hati-

hati menggunakan bantal di belakang kepala dan di tempat tidurnya karena dapat menutupi muka. (Tambunan Dior Manta, 2023)

e. Tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir

- 1) Bayi malas menyusu atau terlihat mengantuk.
- 2) Bayi merintih, napas cepat (lebih dari 60 kali per menit), atau napas lambat (kurang dari 40 kali per menit).
- 3) Tubuh bayi tampak kuning, pucat, atau kebiruan.
- 4) Tali pusat berbau atau kemerahan.
- 5) Bayi sering muntah atau BAB (lebih dari 6 kali per hari).
- 6) Bayi mengalami demam atau kejang.
- 7) Bayi lemah. (Marselinus et al. 2024)

Kunjungan Neonatus (KN 1-3)

Waktu kunjungan neonatal yaitu:

- 1) KN 1: pada periode 6 (enam) jam sampai dengan 48 (empat puluh delapan) jam setelah lahir;
- 2) KN 2: pada periode 3 (tiga) hari sampai dengan 7 (tujuh) hari setelah lahir
- 3) KN 3: pada periode 8 (delapan) hari sampai dengan 28 (dua puluh delapan) hari setelah lahir.

f. Skrining SHK

Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) adalah untuk mendeteksi kelainan bawaan hipotiroid yang dilakukan agar dapat diberikan pengobatan dini sehingga dapat mencegah dampak terjadinya gangguan tumbuh kembang (Dumilah dkk., 2023). Berdasarkan Permenkes No.78 Tahun 2014, waktu yang paling tepat untuk pengambilan sampel darah bayi adalah saat usianya mencapai 48 hingga 72 jam. Oleh karena itu, dibutuhkan kolaborasi antara dokter spesialis anak (Sp.A), dokter spesialis obstetri dan ginekologi (Sp.OG), dokter umum, perawat, serta bidan yang membantu persalinan untuk melakukan pengambilan darah pada hari ketiga setelah kelahiran. Hal ini memungkinkan ibu dipulangkan setelah 48 jam pasca persalinan, dengan catatan adanya koordinasi dengan tenaga kesehatan yang

menangani persalinan. Namun, dalam kondisi tertentu, pengambilan darah masih dapat dilakukan antara usia 24 jam hingga 48 jam. Dalam pengambilan sampel disarankan untuk tidak mengambil darah dalam 24 jam pertama setelah bayi lahir karena kadar TSH masih tinggi pada periode tersebut, yang dapat menghasilkan hasil positif palsu. Apabila bayi dipulangkan sebelum 24 jam, maka pengambilan sampel darah perlu dilakukan pada kunjungan neonatal selanjutnya, baik melalui kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan ataupun dengan mengarahkan orang tua membawa bayi ke fasilitas pelayanan kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014).

Dalam meningkatkan cakupan pelaksanaan Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK), diperlukan upaya kolaboratif dari Dinas Kesehatan di tingkat kabupaten atau kota dengan seluruh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang turut

serta dalam pelayanan persalinan. Kolaborasi ini mencakup pelaksanaan pengambilan spesimen darah dari bayi baru lahir, yang idealnya dilakukan pada hari ketiga setelah kelahiran. Setelah spesimen darah diperoleh, FKTP bertanggung jawab untuk segera mengirimkan sampel tersebut ke laboratorium rujukan yang telah ditetapkan oleh pemerintah atau instansi terkait. Proses ini merupakan bagian penting dalam deteksi dini hipotiroid kongenital, yang bertujuan untuk mencegah terjadinya gangguan tumbuh kembang dan kecerdasan pada anak akibat keterlambatan penanganan kondisi tersebut. Dukungan aktif dari FKTP sangat diperlukan agar skrining dapat dilakukan secara menyeluruh dan tepat waktu, sehingga cakupan SHK dapat meningkat secara signifikan dan manfaatnya dirasakan oleh seluruh bayi yang lahir di wilayah tersebut (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

D. Konsep dasar Nifas

a. Pengertian

Masa nifas atau postpartum atau *puerperium* berasal dari Bahasa Latin, yaitu kata "*puer*" yang artinya bayi dan "*Parous*" yang berarti melahirkan.

Pengertian masa nifas adalah masa di mana tubuh ibu melakukan adaptasi pascapersalinan, meliputi perubahan kondisi tubuh ibu hamil kembali ke kondisi sebelum hamil. Masa ini dimulai setelah plasenta lahir, dan sebagai penanda berakhirnya masa nifas adalah ketika organ-organ reproduksi sudah kembali seperti keadaan sebelum hamil.(Rinjani et al. 2024). Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu. Masa nifas (puerperium) di mulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. Periode pasca partum ialah masa enam minggu sejak bayi lahir sampai organ-organ reproduksi kembali ke keadaan normal sebelum hamil.(Abdullah et al. 2024)

Berbagai masalah dapat timbul selama masa nifas, baik yang berupa komplikasi fisik maupun komplikasi psikologis. Oleh karena itu sangatlah penting perhatian khusus dari tenaga kesehatan terutama bidan. Masa nifas merupakan masa yang cukup penting bagi tenaga kesehatan untuk selalu melakukan pemantauan karena pelaksanaan yang kurang maksimal dapat menyebabkan ibu mengalami berbagai masalah, bahkan dapat berlanjut pada komplikasi masa nifas, seperti sepsis puerperalis, perdarahan, dan lain-lain.(Rinjani et al. 2024)

Masa nifas banyak dianggap sebagai masa kritis bagi ibu setelah melahirkan, sekitar 50% kematian ibu dapat terjadi dalam 24 jam pertama postpartum akibat perdarahan serta penyakit komplikasi yang terjadi pada saat kehamilan, jika dari penyebab masalah yang dialami oleh ibu dapat berimbas juga terhadap kesejahteraan bayi yang dilahirkan, karena bayi tidak akan mendapatkan perawatan maksimal dari ibunya, dengan demikian, angka morbiditas dan mortalitas bayi pun akan meningkat.(Rinjani et al. 2024)

b. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Asuhan pada masa nifas mempunyai tujuan, yaitu sebagai berikut:

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis

- 2) Melaksanakan skrining secara komprehensif, deteksi dini adanya kemungkinan perdarahan postpartum dan infeksi, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi ibu ibu maupun bayi
 - 3) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehari-hari
 - 4) Memberikan pelayanan keluarga berencana (KB)
 - 5) Mendapatkan informasi mengenai Kesehatan mental (Meilani and Putri 2024).
- c. Peran dan tanggung jawab bidan pada masa nifas
- Bidan memiliki peranan yang sangat penting dalam pemberian asuhan postpartum.
- Adapun peran dan tanggung jawab dalam masa nifas antara lain:
- 1) Memberikan dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas.
 - 2) Sebagai promotor hubungan antara ibu dan bayi serta keluarga.
 - 3) Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.
 - 4) Membuat kebijakan, perencanaan program kesehatan yang berkaitan ibu dan anak dan mampu melakukan kegiatan administrasi.
 - 5) Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan.
 - 6) Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktekkan kebersihan yang aman.
 - 7) Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosis dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas.
 - 8) Memberikan asuhan secara profesional.(Aritonang and Simanjuntak 2021)

d. Tahapan masa nifas

Berikut ini adalah tahapan pada masa nifas antara lain sebagai berikut:

1) Periode Immediate Postpartum

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini merupakan fase kritis, sering terjadi insiden perdarahan postpartum karena atonia uteri. Oleh karena itu, bidan perlu melakukan pemantauan secara kontinu, yang meliputi; kontraksi uterus, pengeluaran lochia, kandung kemih, tekanan darah dan suhu.

2) Periode Early Postpartum (>24 Jam-1 Minggu)

Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3) Periode Late Postpartum (>1 Minggu-6 Minggu)

Pada periode ini bidan tetap melakukan asuhan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling perencanaan KB.

4) Remote Puerperium

Adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki penyulit atau komplikasi. (Wijaya, Limbong, and Yulianti 2023)

Tahapan masa nifas menurut Reva Rubin, yaitu :

1) Periode Taking In (Hari ke 1-2 setelah melahirkan)

- a) Ibu pasif dan tergantung dengan orang lain
- b) Perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran perubahan tubuhnya
- c) Ibu akan mengulangi pengalaman-pengalaman waktu melahirkan
- d) Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi normal
- e) Nafsu makan ibu biasanya bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi. Jika ibu Kurang nafsu makan menandakan kondisi tubuh tidak normal.

2) Periode Taking On/Taking Hold (hari ke-2-4 setelah melahirkan)

- a) Ibu memperhatikan kemampuan sebagai orang tua dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayinya
- b) Ibu memfokuskan perhatian pada pengontrolan fungsi tubuh bayi, BAK, BAB dan daya tahan tubuh bayi
- c) Ibu berusaha untuk menguasai keterampilan merawat bayi seperti menggendong, menyusui, memandikan dan mengganti popok.
- d) Ibu cenderung terbuka menerima nasehat bidan dan kritikan pribadi
- e) Kemungkinan ibu mengalami depresi postpartum karena merasa tidak mampu membesarkan/merawat bayinya.

3) Periode Letting Go

- a) Terjadi setelah pulang ke rumah dan dipengaruhi oleh dukungan serta perhatian suami serta keluarga
 - b) Mengambil tanggung jawab dalam perawatan bayi dan memahami kebutuhan bayi sehingga akan mengurangi hak ibu dalam interaksi sosial
 - c) Depresi postpartum rentan terjadi pada masa ini
 - d) Kebijakan program nasional masa nifas
- e. Kebijakan program nasional pada masa nifas yaitu paling sedikit empat kali melakukan kunjungan pada masa nifas, dengan tujuan untuk:
- 1) Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi. Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan-kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya.
 - 2) Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas.
 - 3) Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas maupun bayinya. (Aritonang and Simanjuntak 2021)

Tabel 2.6
Jadwal Kunjungan Nifas

Kunjungan	Waktu	Asuhan
I	6 jam-2 hari <i>postpartum</i>	Mencegah pendarahan masa nifas karena Atonia uteri. Mendeteksi dan merawat penyebab lain pendarahan rujuk jika pendarahan berlanjut. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu keluarga mengenai bagaimana cara mencegah pendarahan masa nifas karena Atonia uteri. Pemberian ASI awal Melakukan hubungan antara ibu dan bayi yang baru lahir. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi yang baru lahir selama 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayinya dalam keadaan stabil.
II	3-7 hari <i>postpartum</i>	Memastikan involusi uterus berjalan normal dimana uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada pendarahan abnormal dan tidak ada bau. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat. Memastikan ibu menyusui dengan baik. Memberikan konseling tentang bayi baru lahir, perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan lain- lain
III	8-28 hari <i>postpartum</i>	Memastikan involusi uterus berjalan normal dimana uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan pendarahan Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat. Memastikan ibu menyusui dengan baik Memberikan konseling tentang bayi baru lahir, perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan lain- lain
IV	29-42 hari <i>post partum</i>	Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas Memberikan konseling KB secara dini

f. Kebutuhan dasar masa nifas

1) Kebutuhan nutrisi dan cairan

Bagi ibu yang menyusui harus mendapatkan gizi nutrisi yang baik untuk tumbuh kembang bayinya. untuk itu, ibu menyusui harus:

- a) Mengonsumsi tambahan 500-800 kalori tiap hari (ibu harus mengonsumsi 3 sampai 4 porsi setiap hari)
- b) Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan karbohidrat, protein, mineral, dan vitamin yang cukup
- c) Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui).
- d) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin
- e) Minum kapsul vitamin A (200.000 iu) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI nya. Pemberian vit dalam bentuk suplementasi dapat meningkatkan kualitas asi, meningkatkan daya tahan tubuh dan meningkatkan kelangsungan hidup anak pada bulan-bulan pertama kehidupan bayi bergantung pada vit A yang terkandung dalam ASI.(Winarningsih, *et al.*, 2024)

2) Kebutuhan ambulasi

Mobilisasi dini (*early mobilization*) bermanfaat untuk:

- a) Mempercepat involusi uteri
Mobilisasi dini terbukti efektif dalam mempercepat proses involusi uterus. Adanya perbedaan signifikan dalam kecepatan involusi uterus antara kelompok yang melakukan mobilisasi dini dan yang tidak.
- b) Mengurangi risiko perdarahan postpartum
Mobilisasi dini membantu mengurangi risiko perdarahan postpartum dengan meningkatkan kontraksi uterus.
- c) Meningkatkan produksi ASI
Mobilisasi dini telah terbukti memiliki efek positif pada produksi ASI. Studi) adanya hubungan positif antara mobilisasi dini dan peningkatan produksi ASI. Penelitian cross-sectional ini melibatkan 86 ibu postpartum dan menemukan bahwa ibu yang

melakukan mobilisasi dini memiliki tingkat produksi ASI yang lebih tinggi dibandingkan yang tidak.

d) Mencegah konstipasi dan retensi urin

Mobilisasi dini membantu mencegah masalah pencernaan dan kandung kemih pasca persalinan.

e) Meningkatkan sirkulasi darah dan oksigenasi jaringan

Mobilisasi dini meningkatkan sirkulasi darah dan oksigenasi jaringan, yang penting untuk pemulihan.

f) Mempercepat penyembuhan luka perineum atau bekas operasi

Mobilisasi dini membantu mempercepat penyembuhan luka dengan meningkatkan sirkulasi darah ke area luka. Penelitian oleh menunjukkan bahwa mobilisasi dini berpengaruh terhadap penyembuhan luka perineum.

g) Mencegah trombosis pada pembuluh tungkai.(Winarningsih, *et al.*, 2024)

3) Kebutuhan eliminasi

a) Buang Air Kecil (BAK)

Pentingnya BAK segera setelah melahirkan, Ibu nifas harus didorong untuk BAK dalam 6-8 jam pertama setelah melahirkan. Hal ini penting untuk mencegah retensi urin dan infeksi saluran kemih. beberapa ibu mungkin mengalami kesulitan BAK karena trauma pada uretra, pembengkakan perineum, atau efek anestesi. Retensi urin dapat menyebabkan distensi kandung kemih dan meningkatkan risiko infeksi. Petugas kesehatan harus memantau output urin ibu nifas untuk memastikan fungsi ginjal dan kandung kemih normal.

b) Buang Air Besar (BAB)

Ibu nifas biasanya akan BAB dalam 2-3 hari setelah melahirkan. Namun, beberapa ibu mungkin mengalami konstipasi hingga seminggu setelah melahirkan. Konstipasi umum terjadi pada masa nifas karena penurunan tonus otot usus, dehidrasi, dan efek

obat-obatan. Pencegahan meliputi konsumsi makanan tinggi serat, hidrasi yang cukup, dan mobilisasi dini.

c) Perawatan perineum

Ibu nifas harus diajarkan cara membersihkan area perineum dengan benar untuk mencegah infeksi dan mempercepat penyembuhan luka. Teknik perawatan luka perineum dengan cara membersihkan dari depan ke belakang setelah BAK atau BAB untuk mencegah kontaminasi bakteri dari anus ke vagina atau uretra. Hasil penelitian mengungkapkan bahwa penggunaan kompres dingin selama 10-20 menit pada area perineum dapat membantu mengurangi pembengkakan dan nyeri.

d) Edukasi dan dukungan

Ibu nifas harus diberi informasi tentang perubahan normal dalam pola BAK dan BAB setelah melahirkan. Pentingnya edukasi tentang minum cukup air untuk mencegah dehidrasi dan membantu fungsi ginjal dan usus. Ibu nifas harus diajarkan untuk mengenali tanda-tanda masalah seperti retensi urin, infeksi saluran kemih, atau konstipasi berat, maupun tanda-tanda bahaya pada ibu nifas seperti perdarahan hebat, Pengeluaran cairan vaginal dengan bau busuk, Rasa nyeri di perut bagian bawah atau punggung, Sakit Kepala yang terus menerus, nyeri epigastrium, pembengkakan daerah wajah dan tangan, serta adanya demam. (Winarningsih, *et al.*, 2024)

4) Kebersihan diri atau personal hygiene

Kebersihan diri atau personal hygiene merupakan aspek krusial dalam perawatan ibu selama masa nifas. Kebersihan perineum menjadi fokus utama, karena area ini sangat rentan terhadap infeksi pasca persalinan. Mandi secara teratur tidak hanya menjaga kebersihan tubuh secara umum, tetapi juga memberi manfaat dengan Tingkat kenyamanan yang lebih dan pemulihan yang lebih cepat. Perawatan payudara yang tepat dapat mengurangi risiko mastitis

hingga 50%. Pentingnya edukasi tentang perawatan payudara yang benar untuk mendukung keberhasilan menyusui dan mencegah komplikasi. Edukasi tentang pentingnya mencuci tangan kepada ibu untuk mencegah penyebaran infeksi. Pentingnya perawatan gigi dan mulut sebagai bagian dari perawatan Kesehatan menyeluruh bagi ibu nifas.(Winarningsih, *et al.*, 2024)

5) Kebutuhan istirahat dan tidur

Istirahat dan tidur yang cukup sangat penting untuk pemulihan fisik dan mental ibu nifas. Kurangnya tidur dapat menyebabkan kelelahan, penurunan fungsi imun, dan meningkatkan risiko depresi postpartum. Ibu nifas membutuhkan sekitar 7-9 jam tidur perhari, meskipun sering terbagi periode tidur karena kebutuhan bayi. Strategi seperti tidur saat bayi tidur dapat membantu ibu mendapatkan istirahat yang cukup. Beberapa strategi untuk meningkatkan kualitas tidur termasuk menciptakan lingkungan tidur yang nyaman, menghindari kafein dan alkohol, dan melakukan rutinitas tidur yang konsisten. Gangguan tidur dapat meningkatkan risiko depresi postpartum. Istirahat yang cukup penting untuk pemulihan fisik setelah melahirkan, termasuk penyembuhan luka perineum atau bekas luka operasi caesar. Meskipun mendapatkan tidur yang cukup dapat menjadi tantangan dengan adanya bayi baru, strategi manajemen tidur yang efektif dan dukungan dari keluarga dapat membantu ibu mendapatkan istirahat yang di butuhkan.(Winarningsih, *et al.*, 2024)

6) Kebutuhan seksual

Secara umum, aktivitas seksual dapat dimulai Kembali sekitar 4-6 minggu setelah melahirkan, ketika penyembuhan fisik telah tercapai. Selama, masa nifas, tubuh ibu mengalami berbagai perubahan fisiologi yang dapat mempengaruhi seksualitas. Perubahan hormonal, kelelahan, dan perubahan anatomi vagina sengkali berdampak pada keinginan dan kenyamanan seksual. Dalam menghadapi perubahan-perubahan ini, komunikasi terbuka antara

pasangan menjadi sangat penting. Pasangan perlu memahami kesiapan, keinginan, dan kekhawatiran masing-masing terkait aktivitas seksual pasca melahirkan. Penting bagi pasangan untuk membicarakan metode kontrasepsi yang sesuai. Kehamilan dapat terjadi bahkan sebelum menstruasi pertama pasca melahirkan, sehingga penggunaan kontrasepsi yang efektif sangat dianjurkan. (Winarningsih, *et al.*, 2024)

7) Latihan senam nifas

Selama kehamilan dan persalinan ibu banyak mengalami perubahan fisik seperti dinding perut menjadi kendur, longgarnya liang sanggama dan otot dasar panggul. Untuk mengembalikan kepada keadaan normal dan menjaga kesehatan agar tetap prima, senam nifas sangat baik dilakukan pada ibu setelah melahirkan. Ibu tidak perlu takut untuk banyak bergerak, karena dengan ambulasi dini (bangun dan bergerak setelah beberapa jam melahirkan) dapat membantu rahim untuk kembali ke bentuk semula. Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan setiap hari sampai hari yang kesepuluh, terdiri dari sederetan gerakan tubuh yang dilakukan untuk mempercepat pemulihan keadaan ibu

g. Tanda-tanda bahaya pada masa nifas

Bidan sebagai tenaga kesehatan harus mampu memberikan informasi mengenai tanda-tanda bahaya pada masa nifas sehingga ibu dapat mencegah bila terjadi komplikasi. (Meilani and Putri 2024) Tanda-tanda bahaya masa nifas yaitu:

- 1) Demam tinggi melebihi 38°C.
- 2) Perdarahan vagina luar biasa secara tiba-tiba bertambah banyak (lebih dari perdarahan haid biasa sehingga memerlukan penggantian pembalut 2x dalam setengah jam).
- 3) Darah berbentuk seperti gumpalan yang besar-besar dan berbau busuk.
- 4) Nyeri perut yang hebat atau rasa sakit bagian bawah abdomen.

- 5) Sakit kepala parah secara terus menerus dan pandangan kabur.
- 6) Pembengkakan wajah, jari-jari atau tangan.
- 7) Rasa sakit, merah atau bengkak dibagian betis atau kaki.
- 8) Payudara membengkak, kemerahan, lunak disertai demam.
- 9) Puting payudara berdarah atau merekah, sehingga sulit untuk menyusui.
- 10) Tubuh lemas dan terasa seperti mau pingsan, merasa sangat letih atau nafas terengah-engah.
- 11) Kehilangan nafsu makan dalam waktu lama.
- 12) Tidak bisa buang air besar selama tiga hari atau rasa sakit waktu buang air kecil
- 13) Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengasuh bayinya.
- 14) Depresi masa nifas.

E. Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Pengertian keluarga berencana

Keluarga Berencana (KB) merupakan upaya untuk meningkatkan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, dan peningkatan kesejahteraan keluarga guna mencapai tujuan keluarga kecil bahagia Sejahtera. Keluarga Berencana (KB) merupakan komponen dari program Kesehatan yang lebih komprehensif. Keluarga Berencana (KB) merupakan inisiatif peningkatan kepedulian dan partisipasi Masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, dan peningkatan kesejahteraan keluarga kecil yang Bahagia dan Sejahtera. Program keluarga berencana merupakan program nasional yang bertujuan untuk mengembangkan kesejahteraan ekonomi, spiritual, dan social budaya Masyarakat Indonesia.

b. Tujuan Keluarga Berencana

Tujuan dari KB adalah membatasi angka kelahiran dengan menggunakan alat kontrasepsi atau penanggulangan kelahiran seperti

kondom, IUD, implant dan cara lainnya agar tercipta keluarga yang sehat dan sejahtera. KB adalah suatu kegiatan yang membantu individu atau pasangan suami istri dalam mencapai tujuan tertentu, mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, memperoleh kehamilan yang diinginkan, mengontrol waktu kehamilan dalam hubungan dengan pasangannya, dan memutuskan berapa jumlah anak. (Winarningsih, *et al.*, 2024)

c. Sasaran KB

Beberapa sasaran program KB menurut (Jalilah Nurul Hidayatun & Prapitasari Ruly, 2021) antara lain, meliputi:

- 1) Menurunnya rata-rata laju pertumbuhan penduduk menjadi sekitar 14% pertahun.
- 2) Menurunnya angka kelahiran total menjadi sekitar 2,2% perempuan.
- 3) Menurunnya PUS yang tidak ingin punya anak lagi dan ingin menjarangkan kelahiran berikutnya, tetapi tidak memakai alata tau cara kontrasepsi menjadi 6%.
- 4) Meningkatnya peserta KB laki-laki menjadi 4,5%
- 5) Meningkatnya pengguna metode kontrasepsi yang rasional, efektif, dan efisien.
- 6) Meningkatnya rata-rata usia perkawinan pertama perempuan menjadi 21 tahun
- 7) Meningkatnya partisipasi keluarga dalam pembinaan tubuh kembang anak.
- 8) Meningkatnya jumlah keluarga prasejahtera dan keluarga Sejahtera 1 yang aktif dalam usaha ekonomi produktif.
- 9) Meningkatnya jumlah institusi Masyarakat dalam penyelenggaraan program KB nasional.

d. Akseptor KB

Akseptor KB adalah proses yang disadari oleh pasangan untuk memutuskan jumlah dan jarak anak serta waktu kelahiran. Adapun jenis – jenis akseptor KB menurut (Winarningsih, *et al.*, 2024) yaitu:

- 1) Akseptor aktif adalah akseptor yang secara aktif menggunakan salah satu metode atau alat kontrasepsi untuk menjarakkan kehamilan atau menyudahi kesuburannya.
- 2) Akseptor aktif kembali adalah pasangan suami istri yang telah menggunakan alat kontrasepsi paling sedikit tiga (3) bulan dan kembali menggunakan kontrasepsi baik dengan cara yang sama ataupun berbeda cara dan penghentian tersebut bukan disebabkan oleh kehamilan.
- 3) Akseptor KB baru adalah mereka belum/ PUS yang belum pernah sama sekali atau kembali menggunakan metode kontrasepsi setelah melahirkan atau keguguran
- 4) Akseptor KB dini adalah para ibu yang menggunakan satu jenis kontrasepsi dalam jangka waktu dua minggu pasca partus atau keguguran.
- 5) Akseptor kontrasepsi langsung adalah apabila istri yang menggunakan satu jenis kontrasepsi dalam jangka waktu empat puluh hari setelah melahirkan atau keguguran.
- 6) Akseptor KB drop out adalah akseptor yang sudah berhenti menggunakan alat kontrasepsi dalam jangka waktu lebih dari tiga bulan.

e. Akseptor KB menurut sasaran

1) Fase Penundaan Kehamilan

Fase Penundaan Kehamilan pertama bagi pasangan yang istrinya berusia di bawah 20 tahun, sebaiknya memanfaatkan jeda ini untuk menunda kehamilan, karena, disarankan untuk menunda memiliki anak sampai usia dua puluh tahun, karena dengan alasan bahwa kontrasepsi pemulihan kesuburan yang tinggi, artinya kontrasepsi yang menjamin 100% kembalinya kesuburan.

2) Fase Manajemen/Jarak Kehamilan.

Kisaran usia ideal seorang istri untuk melahirkan adalah antara 20 hingga 30 tahun dengan memiliki dua anak dan jarak antara setiap

kelahiran 2 hingga 4 tahun. Karena pasangan tetap ingin hamil lagi, maka diperlukan kriteria kontrasepsi yang mempunyai efektivitas dan reversibilitas yang tinggi. Kontrasepsi dapat digunakan hingga tiga hingga empat tahun ke depan.

3) Fase Mengakhiri Kesuburan

Keluarga dengan dua anak dan seorang istri yang berusia di atas tiga puluh tahun sebaiknya menghindari kehamilan, jika terjadi kehamilan akan menimbulkan risiko tinggi bagi ibu dan anak. Selain itu, IUD, implant, suntikan KB, pil KB dan kontrasepsi mantap merupakan bentuk kontrasepsi yang tepat dan direkomendasikan jika pasangan akseptor tidak berniat memiliki anak lagi. (Winarningsih, *et al.*, 2024)

f. KB Rasional

KB rasional adalah pendekatan dalam pengambilan Keputusan yang logis dan terinformasi dalam konteks keluarga berencana. Tujuan KB untuk menunda, menjarangkan atau membatasi kehamilan bila jumlah anak sudah cukup (Tabelak 2022). Manfaat dari KB rasional yaitu mendapatkan Kesehatan ibu dan anak yang lebih baik, peningkatan kesejahteraan keluarga, pengembangan sumber daya manusia, pengendalian pertumbuhan penduduk.

Jenis-jenis KB rasional

- e. menunda kehamilan yaitu: IUD, pil, implant, suntik dan sederhana (senggama lepas).
- f. Menjarangkan kehamilan yaitu: IUD, implat, suntik dan pil
- g. Tidak ingin hamil lagi yaitu: Tubektomi, vasektomi, IUD, dan implant.
- g. Kontrasepsi Implan

Implan adalah kapsul kecil yang mengandung hormon progesteron yang ditanamkan di bawah kulit lengan atas, dan bekerja dengan cara mencegah ovulasi serta mengentalkan lendir serviks. Implan ini memberikan perlindungan selama sekitar tiga tahun dengan efektivitas yang sangat tinggi, dengan tingkat kegagalan kurang dari 1%.

Keuntungan implan yaitu perlindungan jangka panjang dan memerlukan sedikit intervensi dari pengguna setelah pemasangan. Kesuburan dapat kembali segera setelah implan diangkat. Namun, Kekurangannya adalah adanya efek samping yang mungkin terjadi, seperti pendarahan tidak teratur, sakit kepala, dan kenaikan berat badan. Selain itu, pemasangan dan pelepasan implan memerlukan prosedur bedah kecil.(Rizqie Putri Novembriani et al. 2025)

F. Standar Asuhan Kebidanan

Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 983/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan adalah sebagai berikut (Budiana, 2021) :

1. Pendokumentasian menggunakan 7 langkah Varney
 - a. Pengkajian Data
 - 1) Riwayat meliputi: Penyakit baik fisik dan jiwa, haid, obstetrik, ginekologi, seksual, kontrasepsi, hormon, mencuci vagina.
 - 2) Pemeriksaan fisik umum: head to toe/kepala sampai kaki secara sistematis pemeriksaan khusus atau obstetrik meliputi: inspeksi, palpasi menurut Leopold 1-IV, auskultasi, dan perkusi. Pemeriksaan panggul sesuai indikasi.
 - 3) Memeriksa keadaan saat ini atau riwayat catatan rumah sakit.
 - 4) Pemeriksaan laboratorium: darah hemoglobin, hematokrit, urine reduksi/protein USG, rontgen sesuai indikasi kebutuhan klien.
 - 5) Semua informasi terkait diperoleh dari semua sumber (klien/pasien, keluarga dan petugas).
 - 6) Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap tentang pasien termasuk komplikasi, yang perlu dipresentasikan kepada dokter konsultan untuk manajemen kolaboratif, sehingga Terkadang bidan

perlu memulai dengan langkah 4 manajemen kebidanan Varney yaitu menilai kebutuhan atau tindakan segera yang diperlukan pasien untuk dikonsultasikan/dikolaborasikan dengan dokter.

b. Interpretasi Data

Interpretasi data dasar untuk menentukan diagnosa atau masalah yang diidentifikasi secara khusus. Kata diagnosa dan masalah sama-sama digunakan, karena beberapa masalah tidak dapat didefinisikan sebagai diagnosa tetapi perlu dipertimbangkan dalam mengembangkan rencana asuhan yang komprehensif untuk pasien. Masalah sering terkait dengan bagaimana perempuan mengalami fakta diagnosanya dan sering diidentifikasi secara fokus oleh bidan pada pasien/individu yang mengalami. Masalah adalah hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosa.

c. Antisipasi Masalah Potensial

Langkah ini akan mengidentifikasi persoalan potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa/problem yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi. Jika memungkinkan dapat dilakukan pencegahan. Pada langkah ketiga ini Bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial tidak hanya merumuskan problem potensial yang akan terjadi namun juga merumuskan tindakan antisipasi penanganan supaya problem atau diagnosa potensial tidak terjadi.

d. Tindakan Segera

Pada langkah ini akan mengidentifikasi perlunya tindakan segera yang dilakukan oleh Bidan/Dokter dan, atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai keadaan kondisi klien.

Langkah ini kesinambungan dari mencerminkan proses penatalaksanaan kebidanan. Jadi, penatalaksanaan bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama

wanita tersebut bersama bidan terus-menerus. Pada penjelasan di atas menunjukkan bahwa bidan dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah/kebutuhan yang dihadapi kliennya.

Setelah bidan merumuskan tindakan yang perlu dilakukan buat mengantisipasi diagnosa/masalah potensial pada langkah sebelumnya, bidan juga harus merumuskan tindakan emergency/segera untuk ditangani baik ibu juga bayinya. Dalam rumusan ini termasuk tindakan segera yang bisa dilakukan mandiri, kerja sama atau yang bersifat rujukan.

e. Perencanaan

Pada langkah wajib merencanakan asuhan secara menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap persoalan atau diagnosa yang telah teridentifikasi atau diantisipasi di langkah sebelumnya. Dilangkah ini informasi data yang tidak lengkap bisa dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada problem yang berkaitan dengan sosial ekonomi kultural atau masalah psikologi. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh Bidan serta klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif sebab klien akan melaksanakan rencana tersebut. Semua keputusan yang dikembangkan pada asuhan menyeluruh ini wajib rasional dan benar-benar sah sesuai dengan pengetahuan dan teori yang up to date serta sinkron menggunakan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien.

f. Pelaksanaan

Pada langkah ke enam ini planning asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke 5 dilaksanakan secara safety serta efisien. Perencanaan ini dirancang serta dilaksanakan seluruhnya oleh

bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Bidan tidak melakukannya sendiri, bidan tetap bertanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Dalam kondisi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan Bidan dalam penatalaksanaan asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh. Pelaksanaan yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu serta asuhan klien

g. Evaluasi

Evaluasi keefektifan asuhan dilangkah ini dilakukan penilaian keefektifan berasal asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah sah-sah telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam diagnosa serta problem. Rencana tadi bisa diklaim efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Langkah-langkah proses penatalaksanaan umumnya ialah pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan dan berorientasi di proses klinis, karena proses penatalaksanaan tadi berlangsung pada situasi klinik, maka dua langkah terakhir tergantung di klien serta situasi klinik.

2. Pendokumentasian Catatan Perkembangan Menggunakan SOAP

- a. S: adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa
- b. O: adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan
- c. A: adalah hasil analisis mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
- d. P: adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindak antisipasif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi follow up dan rujukan.

G. Kewenangan Bidan

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019, dalam BAB III Tentang Registrasi dan izin praktik Bidan yaitu:

a. Pasal 21

- 1) Setiap Bidan yang akan menjalankan Praktik Kebidanan wajib memiliki STR.
- 2) STR sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan oleh Konsil kepada Bidan yang memenuhi persyaratan.
- 3) Persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi:
 - a) memiliki ijazah dari perguruan tinggi yang menyelenggarakan pendidikan Kebidanan sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan;
 - b) memiliki Sertifikat Kompetensi atau Sertifikat Profesi;
 - c) memiliki surat keterangan sehat fisik dan mental;
 - d) memiliki surat pernyataan telah mengucapkan sumpah/janji profesi; dan
 - e) membuat pernyataan tertulis untuk mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.

b. Pasal 22

- 1) STR berlaku selama 5 (lima) tahun dan dapat diregistrasi ulang setelah memenuhi persyaratan.
- 2) Persyaratan untuk Registrasi ulang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a) memiliki STR lama;
 - b) memiliki Sertifikat Kompetensi atau Sertifikat Profesi;
 - c) memiliki surat keterangan sehat fisik dan mental;
 - d) membuat pernyataan tertulis mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi;
 - e) telah mengabdikan diri sebagai tenaga profesi atau vokasi; dan
 - f) memenuhi kecukupan dalam kegiatan pelayanan, pendidikan, pelatihan, dan/atau kegiatan ilmiah lainnya.

c. Pasal 23

Konsil harus menerbitkan STR paling lama 30 (tiga puluh) hari kerja terhitung sejak pengajuan STR diterima.

d. Pasal 24

Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara Registrasi dan Registrasi ulang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 sampai dengan Pasal 23 diatur dalam Peraturan Konsil.

e. Pasal 25

- 1) Bidan yang akan menjalankan Praktik Kebidanan wajib memiliki izin praktik.
- 2) Izin praktik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan dalam bentuk SIPB.
- 3) SIPB sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan oleh Pemerintah Daerah kabupaten/kota atas rekomendasi pejabat kesehatan yang berwenang di kabupaten/kota tempat Bidan menjalankan praktiknya.
- 4) Pemerintah Daerah kabupaten/kota sebagaimana dimaksud pada ayat (3) harus menerbitkan SIPB paling lama 15 (lima belas) hari kerja sejak pengajuan SIPB diterima.
- 5) Untuk mendapatkan SIPB sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Bidan harus memiliki:
 - a) yang masih berlaku; dan
 - b) tempat praktik.
- 6) SIPB berlaku apabila:
 - a) STR masih berlaku; dan
 - b) Bidan berpraktik di tempat sebagaimana tercantum dalam SIPB.

f. Pasal 26

- 1) tikaPasal 26 Bidan paling banyak mendapatkan 2 (dua) SIPB.
- 2) SIPB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berlaku untuk:
 - a) 1 (satu) di Tempat Praktik Mandiri Bidan dan 1 (satu) di Fasilitas Pelayanan Kesehatan selain dr Tempat Praktik Mandiri Bidan; atau

- b) 2 (dua) Praktik Kebidanan di Fasilitas pelayanan Kesehatan selain di Tempat Praktik Mandiri Bidan.

g. Pasal 27

SIPB tidak berlaku apabila:

- 1) Bidan meninggal dunia;
- 2) habis masa berlakunya;
- 3) dicabut berdasarkan ketentuan perundang-undangan ;
- 4) atas permintaan sendiri.

h. Pasal 28

- 1) Setiap Bidan harus menjalankan Praktik Kebidanan di tempat praktik yang sesuai dengan SIPB.
- 2) Bidan yang menjalankan Praktik Kebidanan di tempat praktik yang tidak sesuai dengan SIPB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikenai sanksi administratif berupa:
 - a) teguran tertulis
 - b) penghentian sementara kegiatan;
 - c) pencabutan izin.

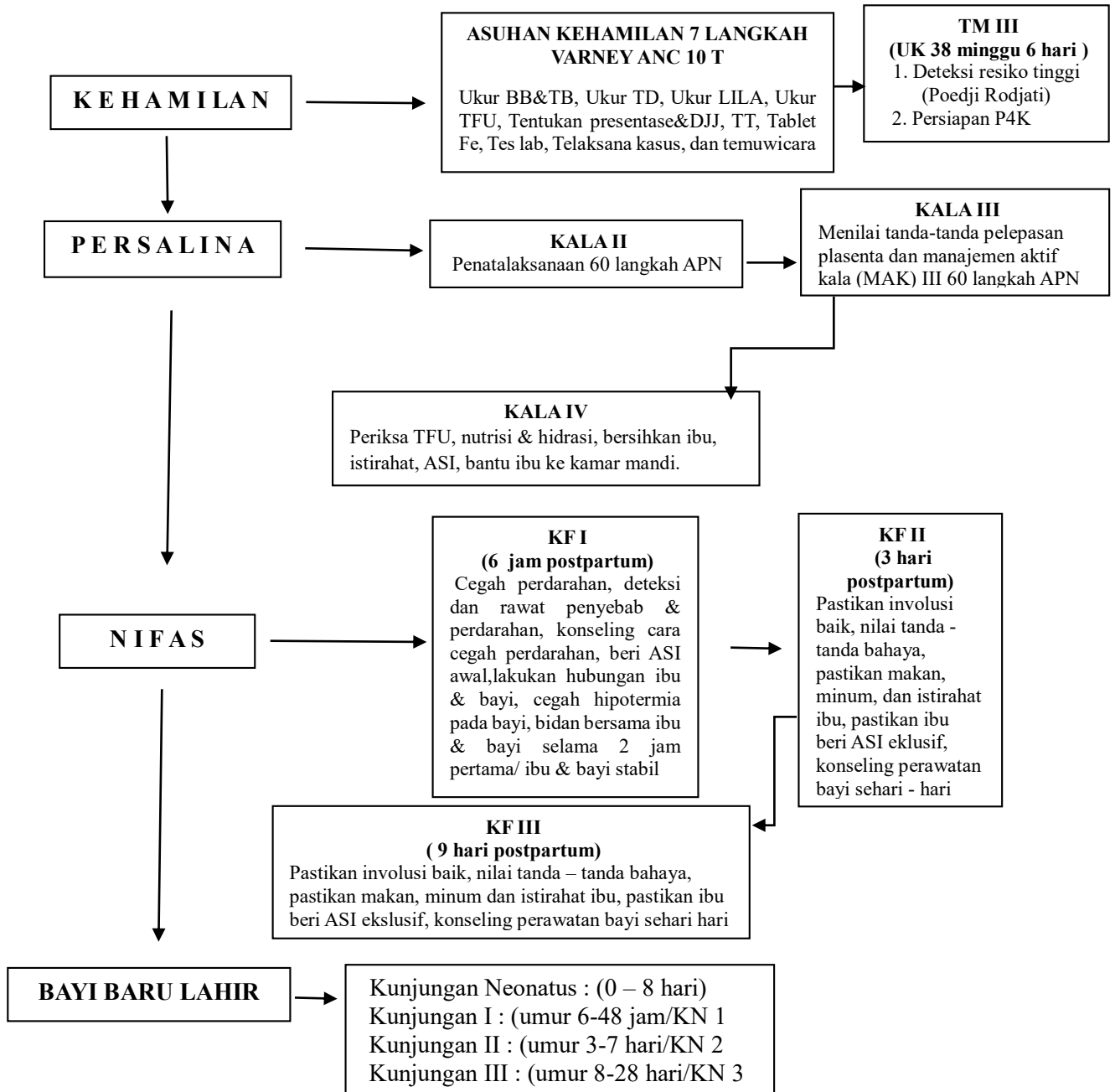
i. Pasal 29

Ketentuan lebih lanjut mengenai izin praktik Bidan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25 sampai dengan Pasal 28 diatur dengan Peraturan Menteri.

j. Pasal 30

- 1) Penyelenggara Fasilitas Pelayanan Kesehatan harus mendayagunakan Bidan yang memiliki STR dan SIPB.
- 2) Penyelenggara Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang mendayagunakan Bidan yang tidak memiliki STR dan SIPB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikenai sanksi administratif berupa:
 - a) teguran tertulis;
 - b) penghentian sementara kegiatan;
 - c) pencabutan izin.

H. Kerangka Pikiran Masalah



Gambar 2.2 Kerangka Pikir

Modifikasi teori menurut (wulandari, dkk 2021) berdasarkan kasus pada Ny. O.T.