

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Teori

1. Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah suatu proses alami yang melibatkan perubahan fisiologis maupun psikologis pada ibu hamil. Selama masa kehamilan, terjadi perubahan pada beberapa sistem tubuh, beberapa diantaranya meliputi sistem kardiovaskular, pernapasan, hormonal, gastrointestinal, dan muskuloskeletal. Perubahan yang terjadi pada sistem muskuloskeletal selama kehamilan mencakup perubahan bentuk tubuh dan peningkatan berat badan secara bertahap mulai dari trimester 1 hingga trimester 3, biasanya perubahan ini menyebabkan ketidaknyamanan yang sering dialami oleh ibu hamil yakni nyeri punggung (NE Mardliyana, 2023).

Kehamilan merupakan proses alamiah untuk menjaga kelangsungan peradaban manusia. Kehamilan baru bisa terjadi jika seorang sudah mengalami pubertas yang ditandai dengan terjadinya menstruasi. Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterine mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan. Lama kehamilan yaitu 280 hari atau 40 pekan (minggu) atau 10 bulan (lunar months). Kehamilan dibagi atas 3 triwulan (trimester): (a) kehamilan triwulan I antara 0 -12 minggu, (b) kehamilan triwulan II antara 12 – 28 minggu, dan (c) kehamilan triwulan III antara 28 – 40 minggu. Dari definisi diatas dapat disimpulkan bahwa kehamilan adalah peristiwa yang dimulai dari konsepsi (pembuahan) dan berakhir dengan permulaan persalinan (Fratidina *et al.*, 2022)

b. Klasifikasi usia kehamilan

Kehamilan terbagi dalam 3 trimester yaitu:

- a. Trimester 1, dimana usia kehamilan 0-12 minggu;
- b. Trimester 2, dimana usia kehamilan >12-28 minggu;
- c. Trimester 3, dimana usia kehamilan >28-40 minggu.

c. Perubahan Fisiologi dan Psikologi kehamilan trimester III

1) Perubahan fisiologi

a) Sistem reproduksi

(1) Vulva

Selama proses kehamilan vulva mengalami perubahan. Pada vulva terjadi perubahan seperti vaskularitas meningkat dan warna vulva menjadi lebih biru dan gelap (tanda Chadwick).

(2) Perineum

Pada periode kehamilan, terdapat adanya peningkatan vaskularisasi dan kongesti dapat diamati pada kulit, otot perineum dan genitalia bagian luar, disertai dengan pelunakan jaringan ikat di bawahnya.

(3) Vagina

Peningkatan volume darah berdampak signifikan pada vagina, sehingga menimbulkan perubahan warna menjadi ungu atau yang kita kenal dengan tanda Chadwick. Peregangan dinding vagina dapat terjadi sebagai upaya dalam mempersiapkan proses persalinan dan melahirkan.

(4) Serviks

Pada minggu terakhir kehamilan, di akhir trimester III, posisi serviks kembali mengalami perubahan. Secara bertahap, serviks akan melunak, memendek, dan akhirnya terbuka pada saat proses melahirkan

(5) Uterus

Memasuki fase akhir dalam kehamilan, rahim berada sedikit di atas bagian tengah rahim. Implantasi plasenta yang ada dapat memengaruhi ketebalan dari otot rahim, sehingga bagian rahim yang menjadi tempat implantasi plasenta lebih cepat berkembang dibandingkan bagian yang lain. Hal tersebutlah yang mengakibatkan adanya ketidakrataan pada tampilan rahim atau yang dikenal dengan tanda Piskaseck. Dalam minggu terakhir menjelang perkiraan persalinan, ibu hamil akan kembali mengalami kontraksi Braxton Hicks. Sebab, pada tahap ini ibu hamil menjadi sensitif terhadap peningkatan hormon oksitosin. Di akhir kehamilan, hormon oksitosin bekerja efektif untuk menginduksi persalinan.

(6) Ovarium

Selama kehamilan, ovulasi terhenti karena adanya peningkatan estrogen dan progesteron, yang mencegah pelepasan hormon stimulasi folikel dan hormon lutein dari kelenjar pituitari anterior. Sampai urin terbentuk, yang mengambil alih pelepasan estrogen dan progesteron, jaringan luteal tetap hamil.

(7) Payudara

Di akhir kehamilan kolostrum dapat keluar dari payudara, progesterone menyebabkan puting lebih menonjol dan dapat digerakkan. Meskipun dapat dikeluarkan, air susu belum dapat diproduksi karena hormon prolaktin ditekan oleh *prolactin inhibiting hormone*. Setelah persalinan kadar progesteron dan estrogen akan menurun sehingga pengaruh *inhibis progesteron* terhadap laktalbumin akan hilang. Peningkatan prolaktin akan merangsang sintesis laktose dan akhirnya akan meningkatkan produksi air susu dan pada

bulan yang sama aerola akan lebih besar dan kehitaman (Idaningsih Ayu, 2021).

b) Sistem Pernapasan

Pada akhir kehamilan, laju pernapasan per menit meningkat sebesar 40%. Perubahan membuat ibu berisiko mengalami hiperventilasi. Hiperventilasi memungkinkan terjadinya alkalosis, hal tersebut terjadi dikarenakan adanya kenaikan sekresi bikarbonat oleh ginjal. Tetapi, hiperventilasi terjadi akibat dari feel langsung dari peningkatan hormon progesteron pada pusat pernapasan. Akibatnya, mungkin ibu hamil bisa saja merasa cemas dan sesak napas.

c) Sistem Perkemihan

Pada akhir kehamilan, kepala janin mulai memasuki panggul, keinginan buang air kecil kembali terjadi saat kandung kemih mulai berkontraksi lagi. Selain itu, pengenceran darah juga terjadi sehingga menciptakan kondisi yang menguntungkan bagi metabolisme.

d) Sistem endokrin

Hormon Somatomammotropin, estrogen dan progesteron menstimulasi kelenjar susu untuk membesar dan mengencang sebagai persiapan untuk menyusui

e) Sistem musculoskeletal

Pengaruh dan peningkatan hormon estrogen dan progesterone dalam kehamilan menyebabkan kelemahan jaringan ikat serta ketidakseimbangan persendian, hal ini terjadi maksimal pada satu minggu terakhir kehamilan. Postur tubuh ibu hamil secara bertahap mengalami perubahan karena janin membesar dalam abdomen, sehingga bahu lebih tertarik ke belakang dan tulang lebih melengkung, sendi tulang belakang lebih lentur, dan dapat menyebabkan nyeri punggung.

2) Perubahan Psikologi

Perubahan psikologis yang terjadi pada sebagian ibu hamil yakni trimester pertama dan trimester ketiga cenderung mengalami kecemasan, sedangkan pada trimester kedua ibu hamil cenderung menunjukkan penerimaannya terhadap kehamilan. Kecemasan yang ditunjukkan pada trimester pertama dan ketiga biasanya memiliki perbedaan. Pada trimester pertama kecemasan yang ditunjukkan ibu hamil merupakan kecemasan terhadap kondisi kehamilannya, lain halnya dengan kecemasan pada trimester ketiga (Fratidina *et al.*, 2022). Pada trimester ketiga kebanyakan ibu hamil merasakan gejala kecemasan yang baru, biasanya kecemasan yang timbul adalah sebagai berikut:

- a) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh dan tidak menarik
- b) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu
- c) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya
- d) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya
- e) Ibu tidak sabar menunggu kelahiran bayinya
- f) Semakin ingin menyudahi kehamilannya
- g) Aktif mempersiapkan kelahiran bayinya
- h) Bermimpi dan berkhayal tentang bayinya
- i) Rasa tidak nyaman
- j) Perubahan emosional

d. Ketidaknyamanan Kehamilan Trimester III

Menurut Nanda dkk, (2022) ketidaknyamanan pada kehamilan trimester III dan cara mengatasinya :

1) Sering buang air kecil

Penyebab : Tekanan uterus pada kandung kemih

Mencegah : Kosongkan saat terasa ada dorongan BAK, perbanyak minum pada siang hari.

2) Haemoroid

Penyebab: Konstipasi, tekanan yang meningkat dari uterus gravida terhadap vena haemoroid

Meringankan : Hindari konstipasi, kompres hangat perlahan masukkan kembali kedalam rektum seperlunya.

3) Kram kaki

Penyebab: Kemungkinan kurangnya/terganggunya makan kalsium/ ketidaknyamanan dalam perbandingan kalsium-fosfor dalam tubuh.

Meringankan : Kebiasaan gerakan tubuh (body mekanik) mengangkat kaki lebih tinggi secara periodik, luruskan kaki yang kram.

4) Edema Tungkai

Penyebab: Sirkulasi vena yang terganggu tekanan vena di dalam tungkai bagian bawah.

Meringankan : Hindari pakaian yang ketat, menaikkan secara Periodik posisi tidur miring kiri.

5) Insomnia

Penyebab: Kekhawatiran, kerisauan

Meringankan : Mandi air hangat, minum hangat sebelum tidur dan posisi relaksasi.

e. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Menurut Mail dkk, (2023) Tanda bahaya kehamilan trimester III

- 1) Perdarahan pervaginam
- 2) Sakit kepala yang hebat
- 3) Masalah penglihatan (penglihatan kabur)
- 4) Bengkak pada muka dan tangan
- 5) Nyeri perut yang hebat
- 6) Gerakan janin berkurang atau menghilang
- 7) Mual muntah berlebihan

8) Keluar cairan pervaginam

f. Pemeriksaan kehamilan

Pelayanan antenatal care terbaru sesuai standar adalah pelayanan yang diberikan ibu hamil minimal 6 kali pemeriksaan dalam selama kehamilan dan minimal 2 kali pemeriksaan oleh dokter pada trimester I dan III. 2 kali di Trimester 1, 1 kali di Trimester 2, dan 3 kali di Trimester 3 (ANANDA MUHAMAD TRI UTAMA, 2022)

g. Standar Pelayanan Antenatal Care (ANC) Terpadu

Standar pelayanan antenatal terpadu menurut (Widyastuti, Ririn, 2021) minimal adalah sebagai berikut (10T)

- 1) Timbang berat badan dan pengukuran tinggi badan
- 2) Pengukuran Tekanan Darah
- 3) Pengukuran lingkaran lengan atas (LILA)
- 4) Pengukuran tinggi fundus uteri (TFU) menggunakan Leopold manuver untuk menilai presentasi posisi janin dan tafsiran berat janin selama kehamilan. Inspeksi, palpsi dan auskultasi adalah dasar pemeriksaan abdomen. Leopold I: untuk menentukan tuanya kehamilannya dan bagian apa terdapat dalam fundus. Leopold II terutama untuk menentukan dimana letaknya punggung anak dan dimana letaknya bagian-bagian kecil. Leopold III: untuk menentukan apa yang terdapat di bagian bawah dan apakah bagian bawah anak ini sudah atau belum terpegang oleh pintu atas panggul. Leopold IV: untuk menentukan apa yang menjadi bagian bawah dan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul.
- 5) Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
- 6) Skrining imunisasi TT
- 7) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan
- 8) Pemeriksaan tes laboratorium
- 9) Tata laksana kasus
- 10) Temu wicara

h. Deteksi dini kehamilan dengan KSPR

Skrining Antenatal/Deteksi Dini Kehamilan Risiko Tinggi Menggunakan "Kartu Skor Poedji Rochjati" (KSPR) Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) adalah kartu skor yang digunakan sebagai alat skrining antenatal berbasis keluarga untuk menemukan faktor risiko ibu hamil, yang selanjutnya mempermudah pengenalan kondisi untuk mencegah terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan.

Fungsi KSPR adalah: sebagai alat skrining antenatal/ deteksi dini faktor resiko pada ibu hamil resiko tinggi; sebagai alat pemantauan dan pengendalian ibu hamil selama kehamilan; sebagai media pencatatan kondisi ibu selama kehamilan, persalinan, nifas, dan kondisi bayi/ anak; sebagai pedoman untuk memberikan penyuluhan; dan sebagai alat untuk validasi data kehamilan, persalinan, nifas dan perencanaan KB. (Poeji Rochjati, 2003).

Sistem skor memudahkan pengedukasian mengenai berat ringannya faktor risiko kepada ibu hamil, suami, maupun keluarga. Skor dengan nilai 2, 4, dan 8 merupakan bobot risiko dari tiap faktor risiko. Sedangkan jumlah skor setiap kontak merupakan perkiraan besar risiko persalinan dengan perencanaan pencegahan. (Arum et al., 2021) Kelompok risiko dibagi menjadi 3 yaitu:

1. Kehamilan Risiko Rendah Kehamilan (KRR): Skor 2 (hijau)
2. Kehamilan Risiko Tinggi (KRT): Skor 6-10 (kuning)
3. Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST): Skor ≥ 12 (merah)

Terdapat 20 faktor risiko yang dibagi menjadi 3 kelompok faktor risiko pada penilaian KSPR. (Poeji Rochjati, 2003).

1) Kelompok Faktor Risiko I (Ada Potensi Gawat Obstetrik)

- a) Primi muda terlalu muda, hamil pertama usia 16 tahun atau kurang;
- b) Primi Tua: terlalu tua, hamil usia ≥ 35 tahun;

- c) Primi Tua Sekunder: jarak anak terkecil >10 tahun;
 - d) Anak terkecil < 2 tahun: terlalu cepat memiliki anak lagi;
 - e) Grande multi: terlalu banyak memiliki anak, anak ≥ 4 ;
 - f) Umur ibu ≥ 35 tahun: terlalu tua;
 - g) Tinggi badan 145 cm terlalu pendek, belum pernah melahirkan normal dengan bayi cukup bulan dan hidup, curiga panggul sempit;
 - h) Pernah gagal kehamilan
- 2)Kelompok Faktor Risiko II
- a) Penyakit ibu anemia, malaria, TBC paru, payah jantung, dan penyakit lain;
 - b) Preeklampsia ringan;
 - c) Hamil kembar,
 - d) Hidramnion: air ketuban terlalu banyak;
 - e) IUFD (*Intra Uterine Fetal Death*): bayi mati dalam kandungan
 - f) Hamil serotinus hamil lebih bulan (≥ 42 minggu belum melahirkan)
 - g) Letak sungsang;
 - h) Letak Lintang;
- 3)Kelompok Faktor Risiko III
- a) Perdarahan Antepartum dapat berupa solusio plasenta, plasenta previa, atau vasa previa;
 - b) Preeclampsia berat

Tabel 2.1. Skor Poedji Rochjati

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		bin		DI					
I	II	III	SKOR	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						
		Pernah melahirkan dengan :							
		a. Tarikan tang / vakum	4						
		b. Un dirogoth	4						
		c. Diberi infus / Transfus	4						
	10	Pernah Operasi Sesar	8						
II	11	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						
	12	Bengkak pada muka tungkai dan tekanan darah tinggi	4						
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4						
	14	Hamil kembar air (Hydramnion)	4						
	15	Bayi mati dalam kandungan	4						
	16	Kehamilan lebih bulan	4						
	17	Letak sungsang	8						
	18	Letak lintang	8						
	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8						
	20	Preeklampsia Berat / Kejang-2	8						
JUMLAH SKOR									

PENYULUHAN KEHAMILAN PERSALINAN AMAN - RUJUKAN TERENCANA									
KEHAMILAN				KEHAMILAN DENGAN RISIKO					
JML SKOR	JML PERAWA TAN	RUJUK KAN	TEMPAT	PENDOK NO	RUJUKAN				
					RDB	ADR	RTW		
1	KRM	BIDAN	TIDAK DIRUJUK	BIDAN					
6-10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKM / RS	BIDAN DOKTER				
≥ 12	KRST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER				

KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI' PERENCANAAN PERSALINAN AMAN									
Persalinan Melahirkan tanggal : / /									
RUJUK DARI :		1. Sendiri		RUJUK KE :		1. Bidan			
		2. Dukun				2. Puskesmas			
		3. Bidan				3. RS			
		4. Puskesmas							
RUJUKAN :									
1. Rujukan Dini Berencana (RDB) 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)									
Gawat Obstetrik :					Gawat Obstetrik :				
Kel. Faktor Risiko I & II					Kel. Faktor Risiko I & II				
1.					1. Perdarahan antepartum				
2.									
3.									
4.					Komplikasi Obstetrik				
5.					3. Perdarahan postpartum				
6.					4. Uni tertinggal				
					5. Persalinan Lama				
TEMPAT : PENOLONG : MACAM PERSALINAN									
1. Rumah Ibu		1. Dukun		1. Normal					
2. Rumah Bidan		2. Bidan		2. Tindakan Pervaginam					
3. Polindes		3. Dokter		3. Operasi Sesar					
4. Puskesmas		4. Lain-lain							
5. Rumah Sakit									
6. Perjalanan									
PASCA PERSALINAN :									
IBU :					TEMPAT KEMATIAN IBU				
1. Hidup					1. Rumah Ibu				
2. Mati, dengan penyebab					2. Rumah Bidan				
a. Perdarahan b. Preeklampsia/Eklampsia					3. Polindes				
c. Partus Lama d. Infeksi e. Lain-2...					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									

Berdasarkan jumlah skor, tata laksana dibagi menjadi tiga Kategori Utama,

1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) - Skor 2 (Hijau)

Kondisi: Kehamilan fisiologis tanpa masalah atau faktor resiko.

Tata laksana: ANC rutin sesuai standar. Edukasi Gizi, istirahat dan tanda bahaya kehamilan. Tempat persalinan dapat ditolong oleh bidan

2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) - Skor 6-10 (Kuning)

Kondisi: Terdapat satu atau beberapa faktor risiko yang memerlukan pengawasan ketat.

Tata laksana: Pengawasan kehamilan lebih intensif (minimal 6 kali pemeriksaan atau lebih sesuai instruksi dokter). Pemberian KIE (Komunikasi, Informasi, Edukasi) dan persiapan rujukan ke fasilitas yang lebih lengkap (Puskesmas PONED atau Rumah Sakit) jika ditemukan tanda bahaya. Persalinan sangat disarankan untuk dilakukan di fasilitas kesehatan (Rumah Sakit atau Puskesmas) yang ditangani langsung oleh dokter spesialis kandungan (Sp.OG) atau bidan

3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) - Skor ≥ 12 (Merah)

Kondisi: Ibu hamil dengan riwayat obstetrik buruk atau komplikasi gawat darurat (seperti perdarahan antepartum atau preeklamsia) Tata laksana: Rujukan segera (tepat waktu) ke rumah sakit rujukan. Penanganan harus dilakukan kolaboratif dengan dokter spesialis kebidanan dan kandungan (Sp.OG) dengan fasilitas NICU dan ICU yang memadai

2. Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian Persalinan

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. Persalinaan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan.

Persalinandan 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 *et al.*, 2025)

b. Jenis-jenis Persalinan

1) Persalinan Spontan

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

2) Normal Persalinan

Persalinan normal (eutokia) 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.

3) Persalinan Buatan

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

4) Persalinan Anjuran

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

c. Sebab – sebab Terjadinya Persalinan

1) 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.

2) 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

3) 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.

4) 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.

5) 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.

6) 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).

d. Tanda-tanda Persalinan

Tanda persalinan sudah dekat yaitu:

1) Terjadinya lightening

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

- a) 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.

2) 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:

- a) Rasa nyeri ringan di bagian bawah
- b) Datangnya tidak teratur
- c) Tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda
- d) Durasinya pendek Tanda pasti persalinan
- e) Tidak bertambah bila beraktivitas

Tanda pasti persalinan

1) Terjadinya his persalinan

His persalinan mempunyai sifat:

- a) Pinggang terasa sakit yang menjalar ke depan.
- b) Sifatnya teratur, interval makin pendek dan kekuatannya
- c) makin besar.
- d) Mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks.

e) Makin beraktivitas kekuatan makin bertambah.

2) Pengeluaran lendir dan darah (*show*)

Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan

a) Pendataran dan pembukaan.

b) Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas.

c) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

3) 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)

e. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Berikut merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

1) 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).

2) 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.

3) Passenger/Janin

Passenger 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.

4) 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.

5) 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).

f. Tahap Persalinan

Pada proses persalinan melalui 4 tahapan

1) 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:

a) 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.

b) 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.

2) 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.

3) 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:

- a) Bentuk uterus menjadi bundar
- b) Uterus terdorong keatas karena plasenta dilepas ke segmen bawah Rahim
- c) Tali pusat bertambah Panjang
- d) Adanya semburan darah
- e) Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara crede pada fundus uterus.

4) 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.

g. 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)

1) 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.

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

2) 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 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.

3) 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.

4) 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.

5) 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 bisakromial) 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.

6) 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)

h. Prosedur Pertolongan Persalinan Normal (60 Langkah APN)

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

1. 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.

2. Menyiapkan Pertolongan Persalinan

1) 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.

- 2) Pakai celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan.
 - 3) 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.
 - 4) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
 - 5) Masukkan oksitosin ke dalam spuit (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).
3. Memastikan Pembukaan Lengkap dan Keadaan Janin
- 1) 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.
 - 2) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.
 - a) Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.
 - 3) 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.

- 4) 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.
4. Menyiapkan Ibu dan Keluarga Untuk Membantu Proses Mengejan
 - 1) 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.
 - 2) Minta keluarga membantu menyiapkan posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman.
 - 3) 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.
- 4) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.
- 5. Persiapan untuk Melahirkan Bayi
 - 1) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut bawah ibu, jika kepala bayi sudah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
 - 2) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu.
 - 3) Buka tutup partus est dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan.
 - 4) Pakai sarung tangan DTT/steril pada kedua tangan.
- 6. Petolongan Kelahiran Bayi

Lahirnya Kepala

 - 1) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi 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.
 - 2) 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.
 - 3) Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan.

Lahir Bahu

- 4) 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 ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

Lahirnya Badan dan Tungkai

- 5) 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.
 - 6) 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).
7. Asuhan Bayi Baru Lahir
- 1) Lakukan penilaian
 - 2) Keringkan tubuh bayi
 - 3) Pemeriksaan kembali uterus untuk memastikan hanya 1 bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gemeli).
 - 4) Beritahu ibu bahwa ia akan suntik oksitosin (agar uterus berkontraksi dengan baik).
 - 5) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit (intramuscular) di 1/3 bagian distal lateral paha.
 - 6) 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.
 - 7) 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.
- 8) 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.
8. Manajemen Aktif Kala III Persalinan (MAK III)
- 1) Pindahkan klem pada tali pusat sekitar 5-10 cm dari vulva.
 - 2) 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 ke arah 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.
 - 3) Bila ada penekanan bagian bawah dinding depan uterus ke arah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah 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.
- 4) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban pilih, kemudia lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.
 - 5) 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).
 - 6) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan pe jahitan.
9. Perdarahan
- 1) Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.
 - 2) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
10. Asuhan Pasca Persalinan
- 1) Pastikan kandung kemih kosong. Jika penuh, lakukan kateterisasi.
 - 2) 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.
 - 3) Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi .
 - 4) Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.
 - 5) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

- 6) 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.
- 7) 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.
- 8) Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 9) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minum dan makanan yang diinginkan.
- 10) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
- 11) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 12) Mendekontaminasikan tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
- 13) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% balik bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit, melepas alat pelindung diri.
- 14) Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir lalu keringkan tangan menggunakan handuk yang kering dan bersih atau menggunakan tisu.
- 15) Memakai sarung tangan DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik pada bayi.

- 16) Memberitahu ibu akan dilakukan penimbangan atau pengukuran antropometri pada bayi, memberikan saleb mata, imunisasi dan ttv pada bayi.
- 17) Memberitahu ibu bahwa akan dilakukan penyuntikan hepatitis B
- 18) Melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5% dalam waktu 10 menit.
- 19) Cuci tangan
- 20) Melengkapi partograf.

3. 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

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 $\times$ /menit.
- 8) Pernapasan $\pm$ 40-60 $\times$ /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. 2. Nilai APGAR SCORE 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

21) Gerak aktif.

22) Bayi lahir langsung menangis kuat.

23) Refleks rooting (mencari puting susu dengan merangsang taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik.

24) Refleks sucking (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.

25) Refleks moro (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.

26) Refleks grasping (menggenggam) sudah baik.

27) Reflek Babinski rangsangan berupa goresan lembut pada telapak kaki, maka jempol dan reflek mengarah ke atas dan jari kaki lainnya dalam posisi terbuka.

28) Reflek menelan (swallowing) gerakan menelan ketika lidah bagian posterior diteteskan cairan.

29) 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.

13) Eliminasi baik, yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecokelatan. (Rivanica & 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 & 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 langsung 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 diproduksi, 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

Adapun rencana asuhan bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

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 perlekatkan 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: topang seluruh tubuh kepala dan tubuh lurus menghadap payudara, hidung dekat putting susu.

- g) Cara melekatkan: menyentuhkan putting pada bibir, tunggu mulut bayi terbuka lebar, Gerakan mulut kea rah putting sehingga bibir bawah jauh di belakang areola.
 - h) Nilai perlekatan dan refleks menghisap: dagu menyentuh payudara, mulut terbuka lebar, bibir bawah melipat keluar, areola diatas 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 ekkresi 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)

f. Kunjungan Neonatus (KN 1-3)

Waktu kunjungan neonatal yaitu:

- 1) Pada usia 6-48 jam (KN I)
 - a) Memastikan bahwa bayi telah menerima suntikan K1 dan imunisasi Hepatitis B0 (HB0).

- b) Menimbang berat bayi dan badan membandingkannya dengan berat badan saat lahir dan saat akan pulang.
 - c) Memberikan informasi kepada ibu dan keluarga untuk menjaga suhu tubuh bayi agar terhindar dari hipotermia dan pemberian ASI eksklusif.
 - d) Memberikan penjelasan kepada ibu mengenai cara merawat bayi dengan benar.
 - e) Memberikan informasi kepada ibu mengenai tanda-tanda bahaya pada bayi, seperti bayi yang tidak mau menyusu, kejang-kejang, lemas, sesak napas, menangis atau merintih terus menerus, tali pusat yang memerah hingga bagian perut, bau atau bernanah, demam tinggi, mata bayi yang bernanah, diare, kulit dan mata bayi yang menguning, serta tinja bayi yang berwarna pucat saat BAB.
- 2) Pada usia 3-7 hari (KN II)
- a) Menimbang berat badan bayi, membandingkan dengan berat badan saat lahir, kemudian mencatat adanya penurunan atau peningkatan berat badan.
 - b) Memperhatikan asupan dan keluaran (*input-output*) pada bayi yang baru lahir.
 - f) Mengevaluasi apakah terdapat tanda-tanda bahaya pada bayi seperti bayi yang tidak mau menyusu, kejang-kejang, lemas, sesak napas, menangis atau merintih terus menerus, tali pusat yang memerah hingga bagian perut, bau atau bernanah, demam tinggi, mata bayi yang bernanah, diare, kulit dan mata bayi yang menguning, serta tinja bayi yang berwarna pucat saat BAB.
 - c) Mengevaluasi kecukupan suplai ASI
- 3) Pada usia 8-28 hari (KN III)
- a) Menimbang berat badan dan mengukur panjang bayi, lalu membandingkan hasilnya dengan berat badan seminggu

sebelumnya, serta mencatat adanya penurunan atau peningkatan berat badan.

- b) Memantau asupan (*intake*) dan pengeluaran (*output*) bayi baru lahir.
- c) Memeriksa apakah terdapat tanda-tanda bahaya pada bayi.
- d) Mengevaluasi kecukupan suplai ASI.
- e) Memperhatikan kebutuhan nutrisi bayi (Astuti et al., 2025).

4. Konsep dasar Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

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 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 & 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 & 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 *et al.*, 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
- e. Kebijakan program nasional masa nifas

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 & Simanjuntak, 2021)

Tabel 2. 3 .Jadwal Kunjungan Nifas

Kunjungan	Waktu	Asuhan
I	6 jam-3 hari <i>postpartum</i>	1. Mencegah pendarahan masa nifas karena Atonia uteri. 2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain pendarahan lanjut jika pendarahan berlanjut. 3. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu keluarga mengenai bagaimana cara mencegah pendarahan masa nifas karena Atonia uteri. 4. Pemberian ASI awal 5. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi yang baru lahir. 6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi. 7. 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	6 hari <i>postpartum</i>	1. Memastikan involusi uterus berjalan normal dimana uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada pendarahan abnormal dan tidak ada bau. 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan

		perdarahan. 3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat. 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik. 5. Memberikan konseling tentang bayi baru lahir, perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan lain- lain
III	2 minggu <i>postpartum</i>	1. Memastikan involusi uterus berjalan normal dimana uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau. 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan pendarahan 3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat. 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik 5. Memberikan konseling tentang bayi baru lahir, perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan lain- lain
IV	6 minggu <i>post partum</i>	1. Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas 2. 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:

- Mengkonsumsi tambahan 500-800 kalori tiap hari (ibu harus mengkonsumsi 3 sampai 4 porsi setiap hari)
- Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan karbohidrat, protein, mineral, dan vitamin yang cukup
- Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui).
- Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin
- 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 & 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.

5. 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 (PUP), 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 ataukah 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 sasarnya
- 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.

Syarat pemilihan kontrasepsi adalah hal-hal yang harus dipertimbangkan agar metode KB yang dipilih aman, efektif, dan sesuai dengan kondisi akseptor

a. Pemilihan kontrasepsi

Pemilihan kontrasepsi (Matahari & Utami, 2022),

1) Fase menunda kehamilan

Untuk menunda kehamilan, seharusnya memilih pil KB atau suntikan KB untuk menghindari adanya kemungkinan gangguan alat genital internal. Di gunakan bagi PUS yang usia istri di bawah 20 tahun.

2) Fase menjarangkan kehamilan

Fase ini di gunakan untuk usia istri antara 20-35 tahun, usia ini merupakan usia yang paling baik untuk melahirkan, dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kelahiran adalah 2-4 tahun. Metode kontrasepsi yang dapat di gunakan adalah : pil KB, suntik, implan dan IUD.

3) Fase mengakhiri kehamilan

Pada fase ini usia istri di atas 30 tahun, sebaiknya mengakhiri kesuburan setelah mempunyai 2 orang anak. Metode kontrasepsi

yang dapat di gunakan adalah : pil KB, suntik, IUD, implant dan tubektomi.

b. Syarat-syarat kontrasepsi

- 1) Aman pemakaiannya dan dapat dipercaya.
- 2) Efek samping yang merugikan tidak ada.
- 3) Kerjanya dapat diatur menuurt keringanan.
- 4) Tidak mengganggu hubungan persetubuhan.
- 5) Tidak memerlukan bantuan medik atau kontrol ketat selama pemakaian.
- 6) Cara penggunaanya sederhana.
- 7) Harganya murah dan dapat dijangkau oleh masyarakat
- 8) Dapat diterima oleh pasangan suami sitri.

c. Syarat-syarat yang perlu dipertimbangkan dalam memilih alat kontrasepsi sebagai berikut:

- 1) Aman atau tidak berbahaya
- 2) Dapat diandalkan
- 3) Sederhana
- 4) Murah
- 5) Dapat diterima ole orang banyak
- 6) Pemakaian jangka lama (continuation rate tinggi)

B. 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. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan.

Standar 1: Pengkajian

- a. Pernyataan standar Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.
- b. Kriteria pengkajian.

- 1) Data tepat, akurat dan lengkap
- 2) Terdiri dari data subyektif (hasil anamnesa; biodata, keluhan utama, riwayat obstetrik, riwayat Kesehatan dan latar belakang sosial budaya)
- 3) Data obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang)

Standar 2: Perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan

- a. Pernyataan standar Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.
- b. Kriteria perumusan diagnose dan atau masalah
 - 1) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan.
 - 2) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.
 - 3) Dapat selesai dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Standar 3 : Perencanaan

- a. Pernyataan standar Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan
- b. Kriteria Perencanaan
 - 1) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien; tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif
 - 2) Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga
 - 3) Mempertimbangkan klien/keluarga kondisi psikologi, sosial budaya
 - 4) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
 - 5) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada.

Standar 4 : Implementasi

- a) Pernyataan standar Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada

klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

b) Kriteria

- 1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (inform consent)
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
- 4) Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan
- 5) Menjaga privasi klien/pasien
- 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- 7) Mengikuti perkembangan berkesinambungan kondisi klien secara
- 8) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- 9) Melakukan Tindakan sesuai standar.
- 10) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

Standar 5 : Evaluasi

a. Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

b. Kriteria

- 1) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- 2) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan/keluarga
- 3) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- 4) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien

Standar 6 : pencatatan asuhan kebidanan

a. Pernyataan standar Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

b. Kriteria pencatatan asuhan kebidanan

- 1) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formular yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA)
- 2) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
- 3) **S** adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa
- 4) **O** adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan
- 5) **A** adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
- 6) **P** adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. (Putri *et al.*, 2024)

C. Manajemen Tujuh Langkah Varney

Menurut Varney manajemen kebidanan adalah metode pemecahan masalah yang digunakan untuk mengorganisir pikiran dan tindakan. Metode ini didasarkan pada teori ilmiah dan penemuan keterampilan dalam rangkaian tahapan yang logis. Manajemen kebidanan membantu bidan dalam melaksanakan asuhan dan pelayanan kebidanan. Bidan melakukan pendekatan dengan metode pemecahan masalah ini untuk melaksanakan tugasnya pada pelayanan kebidanan. Varney juga membuat Langkah dalam melakukan manajemen kebidanan, yang dikenal dengan 7 langkah Varney (Varney, 1997), dengan uraian sebagai berikut:

1. Pengkajian Data Dasar

Pengkajian data dasar dilakukan dengan mengumpulkan data subjektif dan objektif. Data objektif diperoleh melalui pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium. Pengkajian dilakukan dengan melakukan pengumpulan semua data yang dibutuhkan untuk melakukan evaluasi terhadap keadaan klien. Mengumpulkan semua informasi akurat yang dari sumber yang memiliki kaitan dengan klien.

2. Interpretasi Data Dasar

Interpretasi data dasar merupakan langkah kedua adalah interpretasi data dasar. Identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnose dan masalah yang spesifik. Pada langkah ini bidan harus berpikir kritis agar diagnosa yang ditegakkan benar-benar tepat (Insani et al., 2016). Interpretasi data dasar juga bagaimana bidan menegakkan diagnose masalah aktual kebidanan berdasarkan pengumpulan data yang dilakukan pada Langkah 1, kemudian merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik setelah itu baru menegakkan diagnosa kebidanan berdasarkan standar nomenklatur diagnosa kebidanan.

3. Antisipasi Masalah Potensial

Mengidentifikasi diagnosa dan masalah potensial merupakan langkah ketiga. Hal ini berdasarkan rangkaian masalah dan diagnose yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, pada langkah ini bidan juga melakukan pikiran kritis sehingga bersiap-siap bila diagnosa/masalah potensial benar-benar terjadi. Diagnosa masalah potensial kebidanan adalah identifikasi masalah atau diagnosis yang mungkin terjadi pada ibu dan janinnya (Insani et al., 2016). Diagnosa ini dilakukan untuk mengantisipasi segala sesuatu yang mungkin terjadi dan melakukan pencegahan jika memungkinkan. Dalam menegakkan diagnosa masalah potensial pada umumnya sama dengan pada diagnosa masalah potensial diantaranya mengumpulkan data dasar, menginterpretasikan data dasar, menemukan masalah atau diagnosa yang spesifik, melakukan identifikasi masalah atau diagnosis potensial lain serta mengantisipasi penanganannya.

4. Tindakan Segera

Langkah keempat yaitu mengidentifikasi kebutuhan dan tindakan segera. Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan/atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim

kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Tindakan segera atau kolaborasi kebidanan adalah tindakan yang dilakukan oleh bidan dengan tenaga kesehatan lain secara bersamaan untuk memberikan pelayanan kepada klien. Tindakan ini dilakukan untuk mengatasi komplikasi atau keadaan darurat yang memerlukan penanganan segera. Tujuan kolaborasi untuk berbagi otoritas dalam memberikan pelayanan berkualitas, saling menghormati, mempercayai, dan menciptakan komunikasi efektif antar profesi, mengantisipasi komplikasi yang akan terjadi serta memastikan tindakan yang dilakukan sesuai dengan kompetensi atau kewenangan masing-masing profesi yang menangani klien.

5. Perencanaan

Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh ini Langkah kelima yaitu perencanaan, pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Pada langkah informasi/data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi Menyusun rencana asuhan kebidanan yang menyeluruh berdasarkan hasil pengkajian data klien, menentukan diagnosa, dan menyusun rencana tindakan. Rencana asuhan ini harus disetujui oleh klien dan bidan (Insaniet al., 2016). Dalam Menyusun rencana asuhan kebidanan perlu dipertimbangan beberapa hal diantaranya pengetahuan dan teori yang *up to date*, melakukan perawatan berdasarkan bukti (*evidence based care*), mengacu pada kerangka pedoman antisipasi terhadap klien, pertimbangkan juga kebutuhan penyuluhan konseling, edukasi yang akan diberikan serta apakah klien perlu di rujuk. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap klien tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah masalah yang berkaitan dengan sosial-ekonomi, kultural atau masalah psikologis.

6. Pelaksanaan

Langkah keenam adalah pelaksanaan, berdasarkan rencana asuhan menyeluruh yang telah diuraikan pada langkah ke 5. Implementasi kebidanan adalah penerapan praktik kebidanan yang sesuai dengan standar profesi bidan dan kewenangan yang dimiliki. Implementasi kebidanan dapat dilakukan secara mandiri, kolaborasi, atau rujukan. Implementasi kebidanan bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan, kualitas hidup dan kesejahteraan, memberdayakan klien untuk bertanggung jawab terhadap kesehatan dirinya serta mendukung upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan. Implementasi kebidanan dalam praktik yaitu memberikan asuhan yang berkelanjutan, mulai dari masa; Kehamilan, Persalinan, Nifas, Bayi baru lahir, Keluarga berencana. Selain itu juga melakukan deteksi dini komplikasi pada ibu dan anak, melakukan pertolongan persalinan normal, melakukan tindakan kegawatdaruratan. Bidan juga harus dapat memberikan asuhan yang holistic meliputi aspek: fisik, psikologis, sosia. Dengan memberikan asuhan yang berorientasi pada partnership, yaitu bidan dan klien memiliki kedudukan yang setara serta memberikan asuhan yang mengintegrasikan nilai-nilai keagamaan seperti pendekatan spiritual dalam pelayanan kebidanan sesuai kepercayaan klien

7. Langkah ketujuh yaitu evaluasi,

Langkah ini dilakukan evaluasi terhadap keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam masalah dan diagnosa. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian belum efektif (Insani et al., 2016).

D. 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

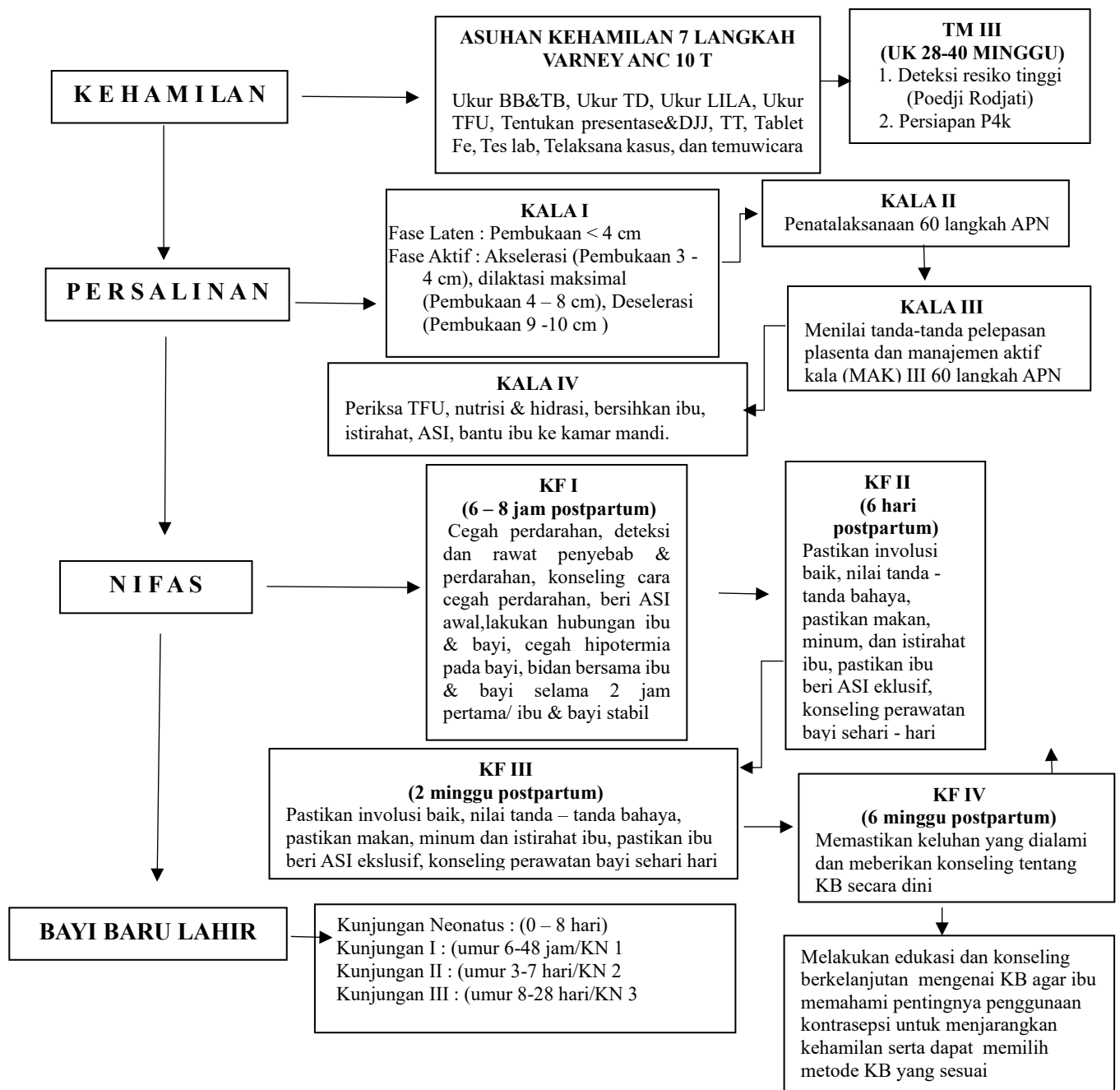
- 1) Tika Pasal 26 Bidan paling banyak mendapatkan 2 (dua) SIPB.
- 2) SIPB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berlaku untuk:
 - a) 1 (satu) di Tempat Praktik Mandiri Bidan dan 1 (satu) di Fasilitas Pelayanan Kesehatan selain dr Tempat Praktik Mandiri Bidan; atau
 - b) 2 (dua) Praktik Kebidanan di Fasilitas 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.umben
- 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 tzin.
- 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.
- k. Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pengenaan sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur dengan Peraturan Menteri.

E. Kerangka Pikir/Pikiran Masalah



Gambar 2. 1 Kerangka Pikir

Modifikasi teori menurut (wulandari, dkk 2021) berdasarkan kasus pada Ny. E.B