

BAB II

TINJUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan suatu proses yang fisiologis dan alamiah, dimana setiap perempuan yang memiliki organ reproduksi sehat, telah mengalami menstruasi, dan melakukan hubungan seksual dengan seorang pria yang sehat maka besar kemungkinan akan mengalami kehamilan. Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya bayi dengan lama 280 hari atau 40 minggu yang dihitung dari hari pertama haid terakhir. Pada keadaan normal, ibu hamil akan melahirkan pada saat bayi telah atrem (mampu hidup diluar rahim) yaitu pada sat usia 37-40 minggu, tetapi kadang-kadang kehamilan justru berakhir sebelum janin mencapai atrem dan dapat pula melewati batas waktu yang normal lewat dari 42 minggu (Wulandari *et al* 2021)

2. Diagnosa Kehamilan

Menurut Susanto & Fitriana (2019), secara garis besar dilakukannya tes kehamilan ini adalah untuk memastikan kehamilan setelah menjalani perawatan medis (termasuk pengobatan fertilitas dan untuk memastikan kehamilan normal).

a. Pemeriksaan Tes Kehamilan

Pemeriksaan diagnostik kehamilan ini antara lain dapat dilakukan di laboratorium dan pemeriksaan dengan USG

1) Hamil Atau Tidak

Tanda dan gejala kehamilan pasti tanda pasti adalah tanda yang menunjukkan langsung keberadaan janin yang dapat dilihat langsung oleh pemeriksaan.

a. Tanda pasti kehamilan yaitu:

- 1) Gerakan janin yang dapat dilihat atau dirasakan atau diraba, juga bagian-bagian janin. Gerakan janin ini harus dapat diraba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan janin baru dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu.
- 2) Denyut jantung janin ketika usia kehamilan 10-20 minggu dapat didengar pada kehamilan 12 minggu dengan menggunakan *vetal elektrokardiograf (doppler)*. Dengan *stethoscope laenec DJJ* baru didengar pada usia 18-20 minggu.
- 3) Bagian-bagian janin yaitu bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian bagian kecil janin (lengah dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (trimester terakhir). Bagian janin ini dapat dilihat lebih sempurna menggunakan USG.
- 4) Telihat tulang-tulang janin dalam foto *Rontgen*

b. Tanda dan gejala tidak pasti yaitu: *Amenorea tanggal* hari pertama haid terakhir, mual dan muntah (*nausea* dan *fomiting*), mengidam (ingin makanan khusus), pingsan, *Anoreksia* (tidak selera makan), Lelah (*fatigue*), payudara, sering miksi (sering buang air kecil), pigmentasi kulit, epulis, pemekaran vena-vena (Yulivantina *et al*, 2024).

3. Pembagian Usia Kehamilan

Kehamilan terbagi menjadi 3 trimester, yaitu:

a. Trimester 1 (0-12 minggu)

Trimester pertama adalah dari minggu pertama sampai 12 minggu dan termasuk pembuahan. Pembuahan adalah ketika spma membuahkan sel telur kemudian berjalan ke tuba falopi dan menempel ke bagian dalam rahim, dimana ia memulai membentuk janin dan plasenta. Trimester

pertama dapat dibagi lagi menjadi periode embrionik dan janin. Periode embrio dimulai pada saat pembuahan (usia perkembangan) atau pada usia kehamilan 2 sampai 10 minggu. Periode embrionik adalah tahapan dimana organogenesis terjadi dan periode waktu dimana embrio paling sensitif terhadap teratogen. Akhir periode embrionik dan awal, periode janin terjadi 8 minggu setelah pembuahan (usia perkembangan) atau 10 minggu setelah dimulainya periode menstruasi terakhir pada minggu 12 denyut janin dapat terdengar jelas dengan *ultrasound*, gerakan pertama dimulai. Jenis kelamin dapat diketahui, ginjal memproduksi urine. Trimester pertama memiliki risiko keguguran tinggi (kematian alamiah embrio atau janin). Kehamilan trimester pertama merupakan usia kehamilan yang rentan karena ibu hamil muda sering mengalami perdarahan pada kehamilan muda dapat bersifat fisiologis atau patologis.

b. Trimester II (13-28 minggu)

Trimester kedua adalah dari minggu ke-13 hingga ke-28. Sekitar pertengahan semester trimester kedua, pergerakan janin bisa terasa. Pada minggu ke-28, lebih dari 90 bayi dapat bertahan hidup diluar rahim jika diberi perawatan medis berkualitas tinggi. Pada akhir semester dua janin dapat bernapas, menelan dan mengatur suhu, *surfactan* terbentuk di dalam paru-paru, mata mulai membuka dan menutup, dan ukuran janin 2/3 pada saat lahir.

c. Trimester III (29-40 minggu)

Trimester ketiga adalah dari 29 minggu sampai kira-kira 40 minggu dan di akhiri dengan bayi lahir. Pada trimester tiga seluruh uterus terisi oleh bayi sehingga tidak bebas bergerak/berputar banyak. Simpanan lemak coklat berkembang di bawah kulit untuk persiapan pemisahan bayi setelah lahir, antibodi ibu ditransfer ke janin, janin mulai menyimpan zat besi, kalsium, dan fosfor. Sementara ibu merasakan ketidaknyamanan seperti sering buang air kecil, kaki bengkak, sakit

punggung dan susah tidur. *Braxton hick* meningkat karena serviks dan segmen bawah rahim disiapkan untuk persalinan.

4. Kebutuhan dasar ibu hamil

Menurut Sitawati *et al*, (2023) kebutuhan dasar fisik ibu hamil perlu dipenuhi agar ibu dalam kehamilannya dapat terjaga kesehatannya. Kebutuhan fisik pada ibu hamil antara lain kebutuhan oksigen, nutrisi, *personal hygiene*, eliminasi, seksual, mobilisasi atau bodi mekanik, istirahat atau tidur. Kebutuhan fisik ibu hamil akan sangat berpengaruh pada kesehatan ibu dan janin selama masa kehamilan. Tidak terpenuhinya kebutuhan dasar ibu hamil, akan berdampak pada kesehatan ibu dan janin selama kehamilan dan juga secara langsung mempengaruhi proses persalinan kelak.

a. Kebutuhan Oksigen

Pada saat kehamilan kebutuhan oksigen meningkat sehingga produksi eritopoitin di ginjal juga meningkat, akibatnya sel darah merah (eritrosit) meningkatnya sebanyak 20-30%.

b. Kebutuhan Nutrisi

Pada saat ibu hamil maka gizi sangat dibutuhkan bagi pertumbuhan dan perkembangan organ reproduksi janin. Pada ibu hamil kebutuhan zat besi yang dibutuhkan selama kehamilan adalah 800 mg besi antara lain 300 mg untuk janin plasenta serta 500 mg untuk penambahan eritrosit ibu, maka dari itu ibu hamil memerlukan 2-3 mg zat besi tiap hari bila asupan makanan pada ibu hamil sangat baik maka dapat membantu tubuh ibu hamil untuk mengatasi permintaan khusus selama hamil dan akan berdampak positif pada kesehatan bayi. Pola makanan yang bergizi pada ibu hamil adalah makanan yang memiliki kalori serta zat-zat gizi yang sesuai dengan kebutuhan yang diperlukan oleh ibu hamil adalah karbohidrat, lemak, protein, vitamin, mineral, serat dan air.

c. Kebutuhan Personal Hygiene

Pada ibu hamil kebersihan diri sangat penting selama kehamilan, ibu hamil dapat menjadi sangat rentan terhadap beberapa penyakit. Kondisi kesehatan dan kebersihan gigi dan mulut, kebersihan vagina, kebersihan kuku, dan kebersihan rambut pada ibu hamil yang buruk dapat memberikan dampak seperti kelahiran prematur dan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR), ibu hamil harus tetap menjaga kebersihan diri khususnya pada lipatan kulit seperti pada lipatan ketiak, pada bawah payudara, dan pada daerah genitalia, kebersihan gigi dan mulut sangat perlu mendapat perhatian karena pada ibu hamil lebih muda terjadi gigi berlubang dan dapat menyebabkan terjadinya infeksi selama masa kehamilan yang dapat, menyebabkan komplikasi selama kehamilan.

d. Kebutuhan eliminasi

Selama masa kehamilan, tubuh seorang wanita akan mengalami banyak perubahan dan hal ini dapat menyebabkan timbulnya bermacam-macam keluhan dan masalah. Salah satunya keluhan yang paling sering dikeluhkan yaitu konstipasi atau susah buang air besar selama kehamilan ibu hamil dianjurkan untuk mengonsumsi air putih serta memenuhi asupan cairan pada makanan yang mengandung banyak cairan.

e. Kebutuhan seksual

Kebutuhan seksualitas pada ibu hamil sangat beragam bagi sebagian ibu hamil, kehamilan bisa meningkatkan dorongan seksual. Hubungan seksual bisa dilakukan akan tetapi sebaiknya dilakukan dengan hati-hati terutama pada kehamilan 23-39 minggu, bertujuan untuk menghindari terjadinya persalinan prematur atau persalinan yang berlangsung pada umur 20-37 minggu.

f. Kebutuhan mobilisasi

Kebutuhan mobilisasi juga sangat diperlukan untuk kesehatan ibu dan janin selain makanan, ibu hamil yang melakukan aktivitas fisik atau

olahraga secara teratur akan memperoleh keadaan sehat aktivitas saat kehamilan mempunyai pengaruh yang positif terhadap pematangan serviks menjelang persalinan.

g. Kebutuhan Istirahat/Tidur

Pada ibu hamil kebutuhan tidur juga sangat penting untuk kesehatan ibu dan janin, apabila ibu mengalami gangguan tidur maka bisa menyebabkan efek yang berakibat pada kesehatan ibu dan janin.

h. Kebutuhan senam hamil

Latihan fisik selama kehamilan dapat dilakukan dengan senam hamil, ibu hamil yang melakukan latihan fisik dengan menggunakan senam hamil dapat meningkatkan *hormone endorphin*, gerakan senam hamil terdapat relaksasi, latihan pernapasan panjang, dan meditasi. Latihan fisik yang dilakukan secara berkala mampu mengeluarkan hormon endorfin dan enkefalin yang akan menghambat rangsangan nyeri akibat ketidaknyamanan selama kehamilan dan persiapan persalinan, senam hamil dapat menurunkan kecemasan ibu dalam menghadapi persalinan.

5. Perubahan Adaptasi Fisiologis Dan Psikologis

Pada kehamilan trimester III

a. Perubahan dan adaptasi psikologis pada kehamilan trimester tiga:

1) Perubahan fisik ibu hamil trimester tiga

Pada usia kehamilan 25 minggu, fundus berada pada pertengahan antara pusat dan *prosesus xifoideus*. Pada usia kehamilan 32-36 minggu, fundus mencapai *prosesus xifoideus*, payudara penuh dan nyeri tekan. Sering BAK kembali terjadi. Sekitar usia kehamilan 38 minggu bayi masuk/turun kedalam panggul. Sakit panggul dan sering BAK meningkat (Hatijar *et al.*, 2020).

2) Perubahan psikologis pada ibu hamil

Trimester ketiga sering kali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu terasa tidak sabar menunggu kelahiran

bayinya. Ibu sering merasa khawatir bila bayinya lahir tidak normal. Dukungan psikologis terhadap ibu hamil meliputi:

a) Dukungan suami

Dukungan suami diberikan kepada istri merupakan bentuk nyata dari kepedulian, tanggung jawab suami dalam kehidupan istri serta anak-anaknya. Seberapa jauh pengetahuan masyarakat tentang dukungan suami dalam proses persalinan, masih perlu untuk sering dilakukan penyuluhan, mengingat banyak sekali manfaat dari dukungan yang diberikan suami kepada istri selama proses kehamilan dan persalinan (Manalor *et al*, 2021).

b) Dukungan keluarga

Ibu hamil sering merasakan ketergantungan terhadap orang lain, namun sifat ketergantungan akan 13 lebih besar ketika akan bersalin. Sifat ketergantungan ibu dipengaruhi rasa aman, terutama menyangkut keamanan dan keselamatan saat melahirkan. Rasa tidak aman hanya berasal dari suami, tetapi juga dari anggota keluarga besarnya. Dukungan keluarga besar menambah percaya diri dan persiapan mental ibu pada masa hamil akan menghadapi persalinan.

c) Tingkat kesiapan personal ibu

Tingkat kesiapan personal ibu merupakan modal dasar bagi kesehatan fisik dan psikis ibu, yaitu kemampuan menyeimbangkan perubahan-perubahan fisik dengan kondisi psikologisnya sehingga beban fisik bisa dilalui dengan sukacita, tanpa stres, dan depresi.

d) Pengalaman traumatis ibu

Terjadi terutama pada ibu-ibu hamil dipengaruhi oleh sikap, mental dan kualitas diri ibu tersebut.

- e) Perubahan dan adaptasi fisiologis pada kehamilan trimester tiga. Perubahan dan adaptasi fisiologis pada kehamilan trimester tiga terjadi pada sistem reproduksi yaitu: uterus, serviks uteri, vagina, dan vulva, ovarium, dinding perut (abdominal wall), payudara pada sistem endokrin, sistem kekebalan, sistem perkemihan, sistem pencernaan, sistem *muskuloskeletal*, sistem *kardiovaskular*, sistem *integument*, metabolisme, berat badan, dan indeks masa tubuh (IMT), sistem pernapasan.

6. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Menurut Hotman *et al*, (2022), tanda bahaya pada kehamilan antara lain: pendarahan pervaginam, sakit kepala hebat yang merupakan gejala preklampsia, gangguan visual, bengkak dimuka atau tangan, berkurangnya gerakan janin, ketuban pecah dini, kejang, selaput ketuban mata pucat, demam tinggi.

7. Konsep Dasar Antenatal Care dan Standar Pelayanan Antenatal Care

a. Pengertian

Antenatal care/ANC yang sering disebut perawatan kehamilan, merupakan pelayanan pemeriksaan kesehatan yang diberikan kepada ibu hamil untuk memastikan kesehatan ibu dan janin dalam keadaan sehat selama masa kehamilan. Pemeriksaan ANC merupakan usaha yang dilakukan untuk mencegah penyebab morbiditas dan mortalitas pada ibu hamil dan anak. ANC adalah pemeriksaan rutin yang dilakukan oleh ibu hamil antara waktu konsepsi sampai melahirkan. Pemeriksaan kehamilan atau ANC merupakan pemeriksaan yang bertujuan untuk memantau kondisi kesehatan fisik dan mental ibu hamil, hingga siap menghadapi masa persalinan, masa nifas, pemberian ASI secara eksklusif, serta kembalinya kesehatan alat reproduksi secara alami dan bertahap (Yunitasari *et al.*, 2025).

b. Tujuan ANC

Menurut Yunitasari *et al.*, (2025) Tujuan ANC yaitu, memantau proses kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu selama kehamilan, dan

pertumbuhan janin dalam rahim, menyiapkan sebaik-baiknya fisik dan mental serta menyelamatkan ibu dan bayi dalam kehamilan, persalinan dan masa nifas, meningkatkan dan mempertahankan kesehatan ibu dan bayi, mendeteksi komplikasi atau masalah kehamilan sejak dini, termasuk penyakit ibu hamil dan tindakan pembedahan sebelumnya, mempersiapkan proses persalinan untuk meminimalkan trauma yang mungkin terjadi pada masa persalinan, mengurangi angka kesakitan dan kematian ibu hamil, mempersiapkan peran ibu dan keluarga menerima kehadiran anak dan memastikan tumbuh kembang yang normal, mempersiapkan ibu untuk menjalani masa nifas serta pemberian ASI eksklusif pada bayi

c. Jadwal Pemeriksaan ANC

Menurut Elisabeth, (2024) jadwal pemeriksaan preventif, yaitu:

- 1) Pemeriksaan pertama, pemeriksaan pertama di lakukan pada saat keterlambatan menstruasi diketahui.
- 2) Pemeriksaan ulang dilakukan, setiap bulan pada usia kehamilan 6-7 bulan, setiap 2 minggu sampai usia kehamilan 8 bulan, setiap 1 minggu sejak usia kehamilan 8 bulan sampai terjadi persalinan.
- 3) Frekuensi Pelayanan *Antenatal*, Menurut Kemenkes RI (2020), ditetapkan 6 kali kunjungan ibu hamil dalam pelayanan antenatal yaitu dua kali pada Trimester I, satu kali pada Trimester II, dan tiga kali pada Trimester III.

d. Standar Pelayanan *Antenatal* (10T)

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

Penimbangan berat badan setiap kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Menurut Kemenkes RI, (2020), peningkatan berat badan selama hamil ditentukan dari indeks masa tubuh (IMT) sebelum hamil. Cara menghitung IMT yaitu dengan rumus BB/TB^2 (berat badan dalam kg dan tinggi badan dalam meter) IMT sebelum hamil $<18,5-24,9 \text{ kg/m}^2$. Rekomendasi kenaikan berat badan 11,5-16kg, IMT penambahan

berat badan selama hamil yaitu 13kg. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor resiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil 151 cm.

2) Ukur Tekanan Darah (T2)

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah $\geq$ 140/90 mmHg). Kehamilan dengan preklampsia (hipertensi disertai edema wajah atau tungkai bawah dan atau *protein urine*).

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

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan pada trimester I untuk skrining ibu hamil beresiko kurang energi kronis (KEK). Ibu hamil yang mengalami KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR). Ibu hamil yang mengalami obesitas di mana ukuran LILA >28 cm.

4) Ukur tinggi fundus uteri (T4)

Pengukuran tinggi fundus uteri dilakukan setiap kunjungan antenatal untuk mendeteksi kali pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika fundus uteri tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin.

5) Tentukan *presentase* janin dan denyut jantung janin (T5)

Menentukan *persentase* janin dilakukan pada akhir semester II dan selanjutnya pada setiap kali kunjungan *antenatal*. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit, atau masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan *antenatal*. DJJ lambat kurang dari 120 x/menit atau cepat 160 x/menit menunjukkan adanya gawat janin.

6) Pemantauan imunisasi tetanus dan pemberian *imunisasi tetanus*

Toxoid sesuai status imunisasi (T6)

Tabel 1 Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid
Status TT Intervel Minimal Pemberian

TTI		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus
TT2	1 Bulan setelah TT1	3 tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	5 Tahun
TT4	12 bulan setelah TT3	10 tahun
TT5	12 Bulan setelah TT4	Lebih dari 25 tahun

Sumber : Kemenkes RI, (2020)

7) Beri tablet tambah darah (T7)

Tablet tambah darah dapat mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama. Tiap tablet mengandung 60 mg zat besi dan 0,25 mg asam folat.

8) Periksa laboratorium (T8)

- a) Tes golongan darah, untuk memastikan persiapan donor bagi ibu hamil bila diperlukan.
- b) Tes hemoglobin. Dilakukan minimal satu kali pada trimester I dan sekali pada trimester III. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui apakah ibu menderita anemia. Pemeriksaan Hb pada trimester II dilakukan atas indikasi.
- c) Tes pemeriksaan urine dilakukan pada ibu hamil trimester kedua atau ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui ada protein uri dalam kencing ibu. Ini merupakan salah satu indikator terjadinya preeklampsia pada ibu hamil.

- d) Pemeriksaan kadar gula darah dilakukan pada ibu hamil dengan indikasi *diabetes melitus*. Pemeriksaan ini sebaiknya dilakukan sekali setiap semester.
- e) Tes pemeriksaan darah lainnya, sesuai indikasi seperti malaria, HIV, sifilis, dan lain-lain.

9) Tatalaksana atau penanganan kasus (T9)

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan.

10) Temu wicara atau konseling (T10)

Temu wicara atau konseling dilakukan pada setiap kunjungan *antenatal* yang meliputi kesehatan ibu, perilaku hidup bersih dan sehat, peran suami, dan keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, inisiasi menyusui dini dan pemberian ASI eksklusif, KB pasca persalinan, dan imunisasi.

e. Jadwal ANC

Menurut WHO program pelayanan kesehatan ibu di Indonesia menganjurkan agar ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan minimal enam kali selama masa kehamilan. Pemeriksaan kehamilan sesuai dengan frekuensi minimal di tiap trimester, sebagai berikut.

a) Kunjungan pertama/K1 (Trimester I usia kehamilan 0-12 minggu)

K1 adalah kunjungan pertama ibu hamil pada masa kehamilan ke pelayanan kesehatan. Pemeriksaan pertama kehamilan diharapkan dapat menetapkan data dasar yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim dan kesehatan ibu sampai persalinan. Kegiatan yang dilakukan sebagai berikut: Anamnesis, pemeriksaan fisik umum, pemeriksaan khusus obstetri, penilaian resiko kehamilan, menentukan tafsiran berat badan janin,

pemberian imunisasi TT1, KIE pada ibu hamil, penilaian status gizi, dan pemeriksaan laboratorium.

- b) Kunjungan ketiga dan keempat/K3 dan K4 (Trimester III: usia kehamilan 24 minggu sampai persalinan)

Pada masa ini sebaiknya ibu melakukan kunjungan *antenatal care* setiap 2 minggu sampai adanya tanda kelahiran. Pada masa ini dilakukan pemeriksaan: anamnesis keluhan dan gerak janin, pemberian imunisasi TT2, pengamatan gerak janin, pemeriksaan fisik dan obstetri, nasihat senam hamil, penilaian resiko kehamilan, KIE ibu hamil, pemeriksaan USG, pemeriksaan laboratorium ulang.

a. Deteksi Dini Kehamilan Beresiko Dengan Kartu Skor Peodji Rochjati

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) adalah alat skrining berbentuk kartu yang berbasis keluarga untuk menemukan nilai risiko ibu hamil, agar dilakukan upaya berkelanjutan menghindari dan mencegah komplikasi obstetri saat persalinan. KSPR mengelompokkan ibu hamil ke dalam kehamilan risiko rendah (KRR) kehamilan risiko tinggi (KRT), dan kehamilan risiko sangat tinggi (KRST). Tujuannya agar berkembang perilaku untuk penentuan tempat dan penolong sesuai dengan kondisi ibu hamil dan keluarga serta masyarakat memberikan dukungan dan bantuan kesiapan mental, biaya, dan transportasi untuk rujukan terencana (Baso & Boimau, 2024).

Adapun fungsi kartu skor Peodji Rochjati adalah alat deteksi dini faktor risiko pada ibu hamil, dan alat penemuan serta pengendalian kondisi ibu selama kehamilan. Sebagai pedoman pemberian penyuluhan dan validasi data kehamilan demi keselamatan ibu dan janin di kandungannya. (Baso & Boimau, 2024).

8. Kehamilan Risiko Tinggi

a) Pengertian

Kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan yang dapat menyebabkan terjadinya bahaya dan komplikasi yang besar baik terhadap ibu maupun terhadap janin yang dikandungnya selama masa kehamilan, melahirkan ataupun nifas bila dibandingkan dengan kehamilan persalinan dan nifas normal. Lebih dari 90% kematian ibu disebabkan oleh komplikasi obstetrik pada masa kehamilan, persalinan, dan nifas. Komplikasi akan cenderung meningkat pada ibu hamil yang memiliki faktor risiko, diperkirakan 15% kehamilan akan mengalami keadaan risiko tinggi dan komplikasi obstetrik yang dapat membahayakan ibu maupun janin apabila tidak ditangani dengan memadai (Sandy and Deby, 2023).

b. Faktor Risiko

a) Usia ibu (< 20 Tahun atau > 35 tahun)

Usia ibu merupakan faktor risiko signifikan dalam kehamilan. Ibu berusia kurang dari 20 tahun berisiko mengalami komplikasi karena organ reproduksi belum berkembang sepenuhnya, sehingga meningkatkan kemungkinan kelahiran prematur, bayi berat lahir rendah (BBLR), dan preeklampsia. Sebaliknya, ibu berusia di atas 35 tahun berisiko lebih tinggi mengalami diabetes gestasional, hipertensi, dan kelainan kromosom pada janin, seperti Down Syndrome. Usia ibu ini juga terkait dengan penurunan kesuburan serta komplikasi selama persalinan. Oleh karena itu, usia ideal untuk hamil berkisar antara 20-35 tahun (Wulan *et al.*, 2025).

b) Riwayat penyakit kronis

Penyakit kronis seperti hipertensi dan diabetes mempengaruhi hasil kehamilan. Hipertensi dapat menyebabkan preeklampsia, gangguan aliran darah ke plasenta, dan kelahiran prematur. Diabetes gestasional meningkatkan risiko makrosomia (bayi besar) yang dapat

menyebabkan persalinan per vaginam yang sulit dan kemungkinan intervensi bedah. Ibu dengan riwayat penyakit kronis memerlukan pemantauan ketat dan manajemen khusus untuk mencegah komplikasi (Wulan *et al.*, 2025).

c) Kehamilan ganda

Kehamilan ganda (kembar dua atau lebih) merupakan faktor risiko tinggi karena meningkatkan beban fisiologis pada tubuh ibu. Kehamilan kembar sering dikaitkan dengan risiko anemia, preeklampsia, kelahiran prematur, dan BBLR akibat keterbatasan ruang di rahim. Selain itu, ibu dengan kehamilan ganda perlu asupan nutrisi yang lebih tinggi dan pemeriksaan antenatal lebih sering untuk mendeteksi masalah sedini mungkin (Wulan *et al.*, 2025).

d) Faktor Sosial-Ekonomi (Status Gizi Buruk dan Akses Terbatas ke Layanan Kesehatan)

Status sosial-ekonomi juga mempengaruhi kesehatan ibu dan janin. Ibu dengan status gizi buruk berisiko mengalami anemia, preeklampsia, dan BBLR akibat kekurangan mikronutrien penting seperti zat besi dan asam folat. Selain itu, akses terbatas ke layanan kesehatan menghambat deteksi dini komplikasi kehamilan, seperti hipertensi dan diabetes gestasional. Kesenjangan akses ini terutama terjadi di daerah terpencil dengan fasilitas kesehatan yang minim (Wulan *et al.*, 2025).

a. Dampak Resiko Tinggi

a) Preeklampsia pada Ibu

Preeklampsia merupakan komplikasi serius yang terjadi pada kehamilan risiko tinggi, terutama pada ibu dengan hipertensi, kehamilan pertama, atau riwayat penyakit kronis. Preeklampsia ditandai oleh tekanan darah tinggi ($\geq 140/90$ mmHg) setelah usia kehamilan 20 minggu disertai dengan proteinuria atau disfungsi organ lain. Kondisi ini dapat menyebabkan kerusakan organ, seperti ginjal, hati, dan sistem saraf pusat, serta meningkatkan risiko

kelahiran prematur dan plasenta lepas dini. Deteksi dini melalui pemeriksaan antenatal teratur sangat penting untuk mengurangi komplikasi preeklampsia (Fatriani *et al.*, 2025)

b) Diabetes Gestasional

Diabetes gestasional (DG) adalah gangguan metabolisme glukosa yang pertama kali didiagnosis selama kehamilan. DG meningkatkan risiko komplikasi seperti makrosomia (bayi besar), distosia bahu saat persalinan, dan kebutuhan akan operasi caesar. Selain itu, ibu dengan DG memiliki kemungkinan lebih besar untuk mengalami diabetes tipe 2 setelah melahirkan. Pengelolaan DG mencakup diet sehat, aktivitas fisik, dan, jika diperlukan, terapi insulin untuk menjaga kadar gula darah dalam batas normal (Fatriani *et al.*, 2025).

c) Perdarahan pada Ibu

Perdarahan obstetri, seperti perdarahan antepartum dan postpartum, merupakan salah satu penyebab utama kematian ibu di seluruh dunia. Kehamilan risiko tinggi, seperti pada kasus plasenta previa atau solusio plasenta, meningkatkan kemungkinan perdarahan hebat yang dapat mengancam nyawa ibu. Penanganan segera dan persiapan akan layanan obstetri emergency sangat diperlukan untuk mengurangi angka morbiditas dan mortalitas ibu (Fatriani *et al.*, 2025).

d) Retardasi Pertumbuhan Intrauterin

Retardasi Pertumbuhan Intrauterin adalah kondisi di mana janin tidak berkembang sesuai usia kehamilannya dan memiliki berat badan lebih rendah dari persentil ke-10. IUGR (Intrauterine Growth Retardation) sering disebabkan oleh insufisiensi plasenta, hipertensi ibu, dan malnutrisi selama kehamilan. IUGR meningkatkan risiko komplikasi pada janin, termasuk kelahiran prematur, asfiksia saat lahir, dan masalah perkembangan jangka panjang (Fatriani *et al.*, 2025).

e) Prematuritas

Prematuritas, atau kelahiran sebelum usia kehamilan 37 minggu, merupakan komplikasi umum pada kehamilan risiko tinggi. Bayi prematur berisiko mengalami gangguan pernapasan akibat sindrom gangguan napas (RDS), masalah termoregulasi, infeksi, dan keterlambatan perkembangan motorik maupun. Pencegahan kelahiran prematur dilakukan melalui pemantauan ketat, pemberian kortikosteroid untuk pematangan paru-paru janin, dan deteksi tanda persalinan prematur (Fatriani *et al.*, 2025).

f) Kematian Janin Intrauterin (Stillbirth)

Kematian janin intrauterin (stillbirth) adalah kematian janin setelah usia kehamilan 20 minggu, yang dapat disebabkan oleh preeklampsia, diabetes gestasional yang tidak terkontrol, infeksi, atau insufisiensi plasenta. Deteksi dini dan penatalaksanaan yang tepat terhadap faktor risiko kehamilan dapat mengurangi angka kejadian stillbirth (Fatriani *et al.*, 2025)

b. Deteksi Dini dan Penatalaksanaan

a) Deteksi Dini Kehamilan Resiko Tinggi dengan KSPR (Kartu Skor Poedji Rochjati)

Deteksi dini kehamilan risiko tinggi di Indonesia dapat dilakukan menggunakan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR). KSPR adalah alat skrining sederhana yang dikembangkan oleh Prof. Dr. dr. Poedji Rochjati, Sp. OG(K) untuk membantu tenaga kesehatan dalam mengidentifikasi kehamilan berisiko tinggi. Kartu ini digunakan di layanan primer seperti puskesmas dan praktik bidan mandiri untuk menentukan tingkat risiko ibu hamil berdasarkan skor yang diperoleh dari berbagai faktor risiko.

b) Faktor-Faktor Resiko pada KSPR

KSPR memberikan skor pada berbagai kondisi yang berpotensi meningkatkan risiko komplikasi kehamilan dan persalinan. Beberapa faktor yang dinilai antara lain:

1) Usia Ibu Hamil

Ibu hamil berusia <20 tahun atau >35 tahun memiliki skor risiko lebih tinggi karena usia ini dikaitkan dengan komplikasi seperti preeklampsia, kelahiran prematur, dan persalinan dengan tindakan medis (Kemenkes RI, 2024a).

2) Paritas (Jumlah Persalinanan Sebelumnya)

Ibu dengan grand multipara (lebih dari lima persalinan) memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami perdarahan postpartum, retensi plasenta, dan persalinan yang berkepanjangan (Fatriani *et al.*, 2025).

3) Riwayat Kehamilan dan Persalinan Sebelumnya

Riwayat keguguran, operasi caesar, atau bayi lahir dengan berat rendah (<2500 gram) juga meningkatkan skor risiko pada KSPR. Kondisi ini berkaitan dengan peningkatan risiko komplikasi pada kehamilan selanjutnya (Fatriani *et al.*, 2025)

4) Kondisi Penyerta (Penyakit Kronis)

Adanya penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes melitus, atau asma mendapatkan skor tambahan pada KSPR karena penyakit ini dapat memperburuk hasil kehamilan jika tidak dikelola dengan baik.

5) Kondisi Ekonomi- Sosial dan Nutrisi

Status gizi ibu yang kurang (IMT <18,5) dan akses, terbatas ke fasilitas kesehatan juga dinilai pada KSPR karena berhubungan dengan risiko anemia, retardasi pertumbuhan intrauterin (IUGR), dan prematuritas (Kemenkes RI, 2024b).

c) Penilaian dan Penatalaksanaan Berdasarkan Skor KSPR

Setelah semua faktor resiko diidentifikasi, total skor KSPR di kategorikan sebagai berikut:

1. Skor 0-2: Resiko rendah, ibu dapat melanjutkan pemeriksaan Antenatal rutin di faslitas primer

2. Skor 6-10: Resiko sedang, ibu memerlukan pemantauan lebih ketat
 3. Skor ≥ 12 : Resiko tinggi ibu harus di rujuk ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut untuk penatalaksanaan yang lebih intensif
- d) Manfaat dan Implementasi KSPR dalam Praktik Kebidanan
- KSPR mempermudah bidan dan tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan yang tepat berdasarkan tingkat risiko ibu hamil. Implementasi KSPR membantu mengurangi angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) dengan memastikan bahwa ibu hamil risiko tinggi mendapatkan intervensi yang Sesuai, seperti rujukan lebih awal ke rumah sakit yang dilengkapi dengan fasilitas obstetri dan neonatal yang memadai (Fatriani *et al.*, 2025)

Prinsip rujukan (BAKSOKUDA-PN), menurut Siti & Yanik (2019) yaitu:

1. Bidan (B)
Pastikan bahwa ibu dan bayi baru lahir di dampingi oleh penolong persalinan yang kompeten dan memiliki kemampuan untuk melaksanakan kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir untuk di bawa ke fasilitas rujukan.
2. Alat (A)
Bawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan , masa nifas, dan bayi baru lahir (tabung suntik, selang *intra vena*, dan lain-lain) bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan sedang dalam perjalanan.
3. Keluarga (K)
Memberikan informasi kepada ibu dan keluarga mengenai kondisi terkini ibu dan bayi mengapa ibu dan bayi memerlukan rujukan. Jelaskan kepada mereka alasan dan perlunya upaya tersebut. Suami atau anggota keluarga lainnya wajib mendampingi ibu dan bayi selama proses rujukan berlangsung.

4. Surat (S)

Surat perlu diberikan ke tempat rujukan, surat harus berisikan identifikasi mengenai kondisi ibu dan bayi serta identitas lengkap, cantumkan alasan mengapa ibu dan bayi perlu dirujuk, uraikan hasil pemeriksaan, asuhan dan obat-obatan yang diterima ibu dan bayi baru lahir. Lampirkan pantograf kemajuan persalinan ibu pada saat rujukan.

5. Obat (O)

Obat-obatan esensial perlu dibawa pada saat merujuk ibu atau bayi ke tempat rujukan. Obat-obatan tersebut mungkin akan diperlukan selama perjalanan.

6. Kendaraan (K)

Kendaraan perlu disiapkan untuk merujuk, gunakan kendaraan yang memungkinkan dan dapat membuat kondisi yang cukup nyaman. Selanjutnya pastikan bahwa kendaraan tersebut dalam keadaan yang cukup baik untuk mencapai tempat rujukan dalam waktu yang tepat.

7. Uang (U)

Keluarga perlu diingatkan agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan bayi baru lahir di fasilitas kesehatan.

8. Darah (Da) atau Pendonor (DO)

Persiapkan darah baik dari anggota keluarga maupun kerabat yang memiliki golongan darah yang sama dengan ibu atau pasien sebagai pendonor jika terjadi pendarahan.

9. Posisi dan nutrisi (PN)

Perhatikan posisi ibu hamil saat menuju tempat rujukan dan pastikan nutrisi ibu tetap terpenuhi selama dalam perjalanan.

9. Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

Program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) merupakan suatu kegiatan yang difasilitasi oleh bidan desa dalam rangka peningkatan peran aktif suami, keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi

komplikasi bagi ibu hamil, termasuk perencanaan penggunaan KB pasca persalinan dengan menggunakan stiker sebagai media notifikasi sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir (Olii and Rasyid, 2021).

B. Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Menurut Yulianti & Sam, (2019), persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi dari rahim ibu melalui jalan lahir atau dengan jalan lain, yang kemudian janin dapat hidup ke dunia luar. Menurut Widyaastuti (2021), persalinan didefinisikan sebagai kontraksi uterus yang teratur yang menyebabkan penipisan dan dilatasi serviks sehingga hasil konsepsi dapat keluar dari uterus. Persalinan dikatakan normal apabila usia kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), persalinan terjadi spontan, presentasi belakang kepala, berlangsung tidak lebih dari 18 jam dan tidak ada komplikasi pada ibu maupun janin.

2. Sebab-sebab Mulainya Persalinan

Menurut Namangdjabar *et al.*, (2023), proses terjadinya persalinan belum diketahui dengan pasti, sehingga menimbulkan beberapa teori yang berkaitan dengan mulainya kekuatan his.

- a. Teori Penurunan Progesteron, pada akhir kehamilan terjadi penurunan hormon progesterone sehingga penyebab kontraksi uterus.
- b. Teori Oksitosin, pada akhir kehamilan kadar oksitosin bertambah. Oksitosin merangsang otot-otot miometrium pada uterus untuk bertambah.
- c. Teori Keregangan Otot, dengan bertambahnya usia kehamilan maka otot-otot miometrium pada uterus semakin teregang dan uterus lebih rentan untuk berkontraksi.
- d. Teori Prostaglandin, hormon prostaglandin adalah salah satu penyebab terjadinya persalinan. Prostaglandin yang terdapat di cairan ketuban maupun darah perifer ini merangsang miometrium berkontraksi.

3. Faktor Yang Memengaruhi Persalinan

a. *Power* (kekuatan)

Power adalah kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran ibu. His yang normal adalah timbulnya mula-mula perlahan tetapi teratur, makin lama bertambah kuat sampai kepada puncaknya yang paling kuat, dan berangsur-angsur menurun menjadi lemah (Namangdjabar, *et al* ,2023)

b. *Passage* (jalan lahir)

Jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, dasar serviks, dan vagina. Dikatakan normal apabila janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa rintangan. Jalan lahir tidak dianggap normal atau dapat menghambat persalinan apabila panggul sempit dan ada tumor dalam panggul (Namangdjabar, *et al* ,2023).

c. *Passanger*

Passanger terdiri dari janin, plasenta. Janin merupakan *passanger* utama, dan bagian janin yang paling penting adalah kepala karena kepala janin mempunyai kepala lebih (Namangdjabar, *et al* 2023).

Menurut Sam, (2024) untuk menentukan beberapa jauh bagian bawah janin turun kedalam rongga panggul, maka *Hodge* telah menentukan beberapa bidang khayalan dalam panggul: *Hodge I*: sama dengan PAP, *Hodge II*: Sejajar dengan *Hodge I* (melalui pinggir bawa *sympisis*), *Hodge III*: sejajar dengan *Hodge II* (Melalui ujung *Spina isciadika*), *Hodge IV*: sejajar dengan *Hodge III*, (melalui ujung *os coccygys*).

d. *Psyche* (Psikososial) faktor psikososial yaitu kekuatan dan kecemasan sering menjadi penyebab lamanya persalinan, bisa menjadi kurang baik, dan pembukaan serviks menjadi kurang lancar (Namangdjabar, *et al* ,2023). Penolong peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menagani komplikasi yang mungkin akan terjadi pada ibu dan bayi (Nurlina, *et al.*, 2023)

4. Tujuan Asuhan Persalinan

Menurut (Widyastuti Kes, S.S.S.T.M, 2026). Tujuan Asuhan Persalinan adalah: Meningkatkan perilaku coping ibu, memberi lingkungan yang aman bagi ibu dan janin, memberikan dukungan kepada ibu sehingga ibu dapat memulai proses persalinan dengan aman, memenuhi keinginan dan pilihan ibu selama persalinan, memberikan rasa nyaman dan meredakan nyeri, memberikan ketenangan dan informasi dengan memperhatikan budaya ibu dan keluarga.

5. Perubahan Fisiologis Selama Persalinan

Menurut Walyani dan Purwoastuti (2021), perubahan fisiologis dalam persalinan meliputi:

a. Perubahan Fisiologis Kala I

Selama persalinan terjadi yaitu meningkatnya tekanan darah, naiknya metabolisme karbohidrat, suhu badan mengalami peningkatan sedikit, denyut jantung janin meningkat sedikit, kenaikan frekuensi pernapasan.

b. Perubahan Fisiologis Kala II

1) Kontraksi uterus

Adaptasi kontraksi yang bersifat kala dan harus diperhatikan adalah lamanya kontraksi yang berlangsung 60-90 detik dan kekuatan kontraksi dengan mencoba apakah jari kita dapat menekan dinding rahim ke dalam.

2) Perubahan-perubahan uterus

Segmen atas rahim dibentuk oleh *corpus uteri* dan bersifat memegang peranan aktif (berkontraksi) dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan, dengan kata lain SAR mengadakan suatu kontraksi menjadi tebal dan mendorong anak keluar. Sedangkan SBR dibentuk oleh isthmus uteri yang sifatnya memegang peranan pasif dan makin tipis dengan majunya persalinan (disebabkan karena regangan), dengan kata lain SBR dan serviks mengadakan relaksasi dan dilatasi.

3) Perubahan pada serviks

Perubahan pada serviks ditandai dengan adanya pembukaan lengkap, pada pemeriksaan dalam tidak teraba lagi bibir portio, SBR, dan serviks.

4) Perubahan pada vagina dan dasar panggul

Setelah pembukaan lengkap dan ketuban telah pecah terjadi perubahan dimana dasar panggul diregangkan oleh bagian depan janin sehingga dinding-dindingnya menjadi tipis dan menyebabkan lubang vulva menghadap ke depan atas dan anus menjadi terbuka, perineum menonjol dan tidak lama kemudian kepala janin tampak pada vulva (Walyani & Purwostuti, 2021).

6. Tanda-tanda terjadinya persalinan

Menurut Yulizawati, *et al.*, (2019) Tanda-tanda persalinan:

- a. Terjadinya lightening terjadinya penekanan 2 minggu sebelum bersalin terjadinya tekanan pada bagian bawah daerah panggul sehingga secara spesifik ibu merasakan frekuensi berkemih meningkat, kram kaki, oedema, pada bagian kaki.
- b. Terjadinya his permulaan ibu merasa nyeri ringan, datangnya tidak teratur, durasinya pendek, tidak bertambah bila beraktivitas.
- c. Perut kelihatan melebar, fundus menurun
- d. Perasaan sering buang air kecil
- e. Serviks mulai mendatar

Tahapan persalinan (Kala I,II,III dan IV)

a) Kala I (kala pembukaan)

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks, sehingga mencapai pembukaan lengkap 10 cm.

Persalinan kala I dibagi menjadi 2 fase yaitu

- 1) Fase laten pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm berlangsung 7-8 jam.

- 2) Fase aktif pembukaan serviks dari 4-10 cm berlangsung selama 6 jam, fase ini ada 3 tahap:

Periode akselerasi: berlangsung selama 2 jam pembukaan menjadi 4 cm, dilatasi maksimal: berlangsung 2 jam pembukaan berlangsung lebih cepat menjadi 9 cm, Deselerasi, berlangsung lambat dalam 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap.

b) Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap dan berakhirnya dengan lahirnya bayi, pada primigravida berlangsung selama 2 jam dan multipara selama 1 jam. Tanda gejala Kala II: His semakin kuat dengan interval 2-3 menit. Ibu rasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan adanya tekanan pada rektum atau vagina. Perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka, Peningkatan pengeluaran lendir dan darah.

c) Kala III (Kala Pengeluaran Plasenta)

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhirnya dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban seluruh proses biasanya berlangsung selama 5-30 menit setelah bayi lahir.

d) Kala IV (Kala Pengawasan)

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhirnya dua jam setelah proses tersebut.

- 1) Observasi yang harus dilakukan pada kala IV

Tingkat kesadaran, pemeriksaan tanda-tanda vital: (tekanan darah, nadi dan pernapasan), kontraksi uterus, terjadinya pendarahan, pendarahan dianggap normal jika jumlahnya tidak lebih dari 400-500 cc.

- 2) Asuhan dan pemantauan pada kala IV

Berikan rangsangan taktil, evaluasi TFU, perkiraan kehilangan darah, pemeriksaan perineum, evaluasi kondisi ibu, dokumentasi dalam pantograf.

7. Robekan Perineum

Robekan perineum terdiri dari : Derajat I : robekan perineum mukosa vagina, komisura posterior, dan kulit perineum, Derajat II : robekan mengenai mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum dan otot perineum, Derajat III : robekan mengenai bagian renum perineum derajat tiga ini meliputi mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, dan otot sfingter ani, Derajat IV : robekan perineum meliputi mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot sfingter ani, dan dinding depan rektum, (Fitriana & Nurwiandani, 2022).

8. Teknik Penjahitan Robekan Derajat II

Menurut teknik penjahitan robekan perineum derajat II yaitu: Setelah diberi anestesi lokal otot-otot diafragma urogenital di hubungkan digaris tengah dengan jahitan dan kemudian luka pada vagina dan kulit perineum ditutup dengan mengikutsertakan jaringan-jaringan dibawahnya; jahit mukosa vagina secara jelujur dengan catgut kromik 2-0.

Dimulai dari sekitar 1 cm di atas puncak luka di dalam vagina sampai pada batas vagina; lanjutkan jahitan pada daerah otot perineum sampai ujung luka pada perineum secara jelujur dengan catgut kromik 2-0 lihat ke dalam luka untuk mengetahui letak ototnya. Penting sekali untuk menjahit otot ke otot agar tidak ada rongga di antaranya; carilah lapisan subkutikuler persis di bawah lapisan kulit; lanjutkan dengan jahitan subkutikuler kembali ke arah batas vagina, akhiri dengan simpul mati pada bagian dalam vagina.

Teknik penjahitan robekan perineum derajat II yaitu: Setelah diberi anestesi lokal otot-otot diafragma urogenital di hubungkan digaris tengah dengan jahitan dan kemudian luka pada vagina dan kulit perineum ditutup dengan mengikut sertakan jaringan-jaringan dibawahnya; jahit mukosa vagina secara jelujur dengan catgut kromik 2-0. Dimulai dari sekitar 1 cm diatas puncak luka di dalam vagina sampai pada batas vagina; lanjutkan jahitan pada daerah otot perineum sampai ujung luka pada perineum secara jelujur dengan catgut kromik 2-0 lihat ke dalam luka untuk mengetahui letak ototnya.

Penting sekali untuk menjahit otot ke otot agar tidak ada rongga di antaranya; carilah lapisan subkutikuler persis di bawah lapisan kulit; lanjutkan dengan jahitan subkutikuler kembali ke arah batas vagina, akhiri dengan simpul mati pada bagian dalam vagina, jelujur dengan catgut kromik 2-0 lihat ke dalam luka untuk mengetahui letak ototnya.

Penting sekali untuk menjahit otot ke otot agar tidak ada rongga di antaranya; carilah lapisan subkutikuler persis di bawah lapisan kulit; lanjutkan dengan jahitan subkutikuler kembali ke arah batas vagina, akhiri dengan simpul mati pada bagian dalam vagina.

9. Pemantauan Dengan Partograf

a. Pengertian partograf

Partograf adalah suatu alat bantu berupa lembar pencatatan grafik yang digunakan untuk memonitor kemajuan persalinan, kondisi ibu dan janin, serta tindakan yang diperlukan secara sistematis. Partograf merupakan instrumen penting dalam asuhan kebidanan karena membantu tenaga kesehatan dalam mendeteksi secara dini tanda-tanda kegagalan kemajuan persalinan, sehingga dapat segera dilakukan intervensi yang tepat.

Partograf memvisualisasikan proses persalinan dalam bentuk grafik yang mencakup beberapa parameter utama, seperti: Kemajuan pembukaan serviks, Penurunan kepala janin, Frekuensi dan kekuatan kontraksi, Kondisi janin (denyut jantung, air ketuban, molding), Kondisi ibu (tekanan darah, nadi, suhu, jumlah urine, proteinuria).

Penggunaan partograf memungkinkan pengambilan keputusan klinis yang lebih cepat dan akurat untuk mencegah komplikasi seperti distosia, hipoksia janin, dan ruptur uteri (WHO *et al.*, 2022)

b. Kegunaan partograf

- 1) Mengamati dan mencatat informasi kemajuan persalinan dengan memeriksa dilatasi serviks saat pemeriksaan dalam.

- 2) Menentukan apakah persalinan berjalan normal atau persalinan lama, sehingga bidan dapat membuat deteksi dini mengenai kemungkinan persalinan lama.
- 3) Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan, proses persalinan, bahan, medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir (Legawati, 2021).

c. Isi partograf

1) Informasi ibu

Lengkapi bagian awal (atas) partograf secara teliti pada saat memulai persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai jam atau pukul) dan perhatikan kemungkinan ibu datang dalam fase laten. Catat waktu pecahnya selaput ketuban.

2) Kondisi janin

Bagian atas grafik pada partograf adalah untuk pencatatan Denyut Jantung Janin (DJJ), air ketuban, dan penyusupan kepala janin.

a) Denyut Jantung Janin

Nilai dan catat DJJ setiap 30 menit (lakukan lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin) setiap kotak pada bagian atas partograf menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka disebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ kemudian hubungkan yang satu titik dengan titik yang lainnya dengan garis tegas dan bersambung.

b) Warna dan adanya air ketuban

Nilai kondisi air ketuban setiap kali melakukan pemeriksaan dalam dan nilai warna ketuban jika selaput ketuban pecah. Catat temuan-temuan dalam kotak yang sesuai di bawah lajur DJJ, dan gunakan lambang-lambang berikut: U = Utuh (belum pecah); J = Jernih; M = Bercampur Mekonium; D = Bercampur Darah; K = Kering.

c) Penyusupan (Molase) tulang kepala janin

Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, nilai penyusupan antar tulang (molase) kepala janin. Cacat temuan di dalam kotak yang sesuai di bawah lajur air ketuban. Gunakan lambang-lambang berikut ini:

- 1) 0: Tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat di palpasi;
- 2) 1: Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan;
- 3) 2: Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dipisahkan.

d) Kemajuan persalinan

Kolom dan lajur kedua pada partograf adalah untuk pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 yang tertera di kolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks. Nilai setiap angka sesuai dengan besarnya dilatasi serviks dalam satuan sentimeter yang menempati lajur dan kotak tersendiri, perubahan nilai atau perpindahan lajur satu ke lajur yang lain menunjukkan penambahan dilatasi serviks sebesar 1 cm. Pada lajur dan kotak yang mencatat penurunan bagian terbawah janin tercantum angka 1-5 yang sesuai dengan metode perlinaan seperti yang telah dijelaskan sebelumnya (menentukan penurunan janin). Setiap kotak segi empat atau kubus menunjukkan waktu 30 menit untuk pencatatan waktu pemeriksaan, denyut jantung janin, kontraksi uterus, dan frekuensi nadi ibu.

Nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam (lebih sering dilakukan jika ada tanda-tanda penyulit). Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf setiap temuan dari setiap pemeriksaan. Tanda X harus dicantumkan di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks.

Selalu melakukan pemeriksaan dalam (setiap 4 jam) atau lebih sering (jika ditemukan tanda-tanda penyulit). Cantumkan hasil pemeriksaan penurunan kepala (perlinaan) yang menunjukkan

seberapa jauh bagian terbawah janin. Namun, ada kalanya penurunan bagian terbawah janin baru terjadi setelah pembukaan serviks mencapai pembukaan 7 cm

e) Kontraksi

Di bawah lajur waktu partograf, terdapat lima kotak dengan tulisan “kontraksi per 10 menit di sebelah luar kolom paling kiri, setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kolom kontraksi yang terjadi dalam waktu 10 menit dengan cara mengisi kotak kontraksi yang tersedia dan disesuaikan dengan angka yang mencerminkan temuan dari hasil pemeriksaan kontraksi. Sebagai contoh, jika ibu mengalami 3 kali kontraksi dalam waktu satu kali 10 menit maka lakukan pengisian 3 kotak kontraksi.

f) Obat-obatan Cairan yang Diberikan

Dibawah lajur kotak observasi kontraksi uterus tertera lajur kotak untuk mencatat oksitosin, obat-obat lainnya dan cairan IV. Jika tetesan (drip) oksitosin sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan IV dan dalam satuan tetesan per menit. Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan/atau cairan IV dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya.

3) Kondisi ibu

Bagian terbawah lajur dan kolom pada halaman depan partograf, terdapat kotak atau ruang untuk mencatat kondisi kesehatan dan kenyamanan ibu selama persalinan. Angka di sebelah kiri bagian partograf ini berkaitan dengan nadi dan tekanan darah ibu. Nilai dan catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan (lebih sering jika diduga adanya penyulit). Beri tanda titik (.) pada kolom waktu yang sesuai. Nilai dan catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan (lebih sering jika diduga adanya penyulit). Beri tanda panah pada partograf pada kolom waktu yang sesuai. Nilai dan catat

temperatur tubuh ibu (lebih sering jika terjadi peningkatan mendadak atau diduga adanya infeksi) setiap 2 jam dan catat temperatur tubuh pada kotak yang sesuai.

Ukur dan catat jumlah produksi urine ibu sedikitnya setiap 2 jam (setiap kali ibu berkemih). Jika memungkinkan, setiap kali ibu berkemih, lakukan pemeriksaan aseton dan protein dalam urine (Legawati, 2021).

10. Lembar belakang Partograf

Lembar belakang partograf merupakan catatan persalinan yang berguna untuk mencatat proses persalinan yaitu dasar, kala I, kala II, kala III, kala IV, bayi baru.

1) Data dasar

Data dasar terdiri dari tanggal, nama bidan, tempat persalinan, alamat tempat persalinan, catatan, alasan merujuk, tempat merujuk pendamping saat merujuk dan masalah dalam kehamilan/persalinan.

2) Kala I

Kala I terdiri dari pertanyaan-pertanyaan tentang partograf saat melewati garis waspada, masalah lain yang timbul, penatalaksanaan, dan hasil penatalaksanaannya.

3) Kala II

Kala II terdiri dari episiotomi, pendamping persalinan, gawat janin, distosia bahu dan masalah dan penatalaksanaannya

4) Kala III

Kala III berisi informasi tentang inisiasi menyusui dini, lama kala III, pemberian oksitosin, penegangan tali pusat terkendali, masase fundus uteri, kelengkapan plasenta (Kusumawati *et al.*, 2025).

C. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

1. Pengertian Bayi Baru Lahir

Lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu, dan berat badannya 2500-4000 gram. Secara umum, bayi baru lahir dapat dilahirkan melalui dua cara, yakni melalui vagina atau operasi

Caesar. Bayi baru lahir disebut neonatus, dimana yang memiliki arti sebagai individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin. Bayi baru lahir harus mampu beradaptasi dengan lingkungan yang baru, hal ini disebabkan karena setelah plasenta dipotong, maka tidak ada asupan makanan yang didapatkan bayi baru lahir (Afrida, B R, Aryani, 2022).

2. Ciri-ciri bayi baru lahir normal

Ciri-ciri bayi baru lahir dengan normal adalah berat badan 2500-4000 gram, panjang badan lahir 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar kepala 33-35 cm, bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 80x/menit. Kemudian menurun setelah tenang kira-kira 40x/menit, kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup terbentuk dan di liputi *vernix caseosa*, kuku panjang, rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna, genetalia labia mayora sudah menutupi labia minora (pada perempuan), testis sudah turun (pada laki-laki), refleks isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik, refleks moro sudah baik, bayi bila dikagetkan akan memperlihatkan gerakan seperti memeluk, refleks grasping sudah baik, apabila di letakkan suatu benda di atas telapak tangan, bayi akan menggenggam atau adanya gerakan refleks, refleks rooting atau mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut sudah terbentuk dengan baik dan eliminasi baik, urine dan mekonium akan keluar 24 jam pertama, mekonium berwarna kecokelatan (Aryani, *et al* 2022).

3. Perubahan Fisiologis Bayi Baru Lahir

Adaptasi neonatal (bayi baru lahir) adalah proses penyesuaian fungsional dari kehidupan di dalam uterus ke kehidupan di luar uterus. Kemampuan adaptasi fisiologis ini disebut juga homeostasis. Bila terdapat gangguan adaptasi, bayi akan sakit (Ibrahim *et al.*,2023)

a. Sistem pernapasan

Setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi. Pernapasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama setelah lahir.

b. Suhu tubuh

Terdapat empat mekanisme kemungkinan hilangnya panas tubuh dari bayi baru lahir ke lingkungannya, meliputi, Konduksi: panas yang dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi, konveksi: panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya, radiasi: panas dipancarkan dari bayi baru lahir, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin, evaporasi: panas hilang melalui penguapan air pada kulit bayi yang basah. Karena itu bayi harus dikeringkan segera setelah lahir.

c. Metabolisme, pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat.

d. Peredaran darah, setelah bayi lahir, paru akan berkembang mengakibatkan tekanan anterior dalam paru menurun.

e. Keseimbangan, air dan fungsi ginjal tubuh bayi baru lahir mengandung relatif banyak air dan kadar natrium relatif rendah besar dari kalium karena ruangan ekstraseluler luas.

f. Immunoglobulin, pada bayi baru lahir hanya terdapat gama globulin G, sehingga imunologi dari ibu dapat melalui plasenta karena berat molekulnya kecil.

g. Hati, enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, daya detoksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna. Keseimbangan asam basa derajat keasaman (Ph) darah pada waktu lahir rendah, karena glikolisis anaerobik.

4. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Asuhan yang diberikan kepada BBL bertujuan untuk memberikan asuhan yang adekuat dan terstandar pada BBL dengan memperhatikan

riwayat bayi selama kehamilan, dalam persalinan dan keadaan bayi segera setelah lahir (Pohan, *et al* 2022)

a. Pencegahan infeksi

Bayi lahir sangat rentan terhadap infeksi disebabkan oleh paparan atau kontaminasi mikroorganisme selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Pencegahan infeksi antara lain.

- 1) Cuci tangan secara efektif sebelum bersentuhan dengan bayi
- 2) Gunakan sarung tangan yang bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.
- 3) Memastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan terutama klem, gunting, penghisap lendir dan benang tali pusat telah didesinfeksi tingkat tinggi atau steril.
- 4) Pastikan semua pakaian handuk, selimut, dan kain yang digunakan untuk bayi sudah dalam keadaan bersih.

b. Penilaian Neonatus

Segera setelah lahir, lakukan penilaian awal pada bayi baru lahir

- 1) Apakah bayi bernafas atau menangis kuat tanpa kesulitan
- 2) Apakah bayi bergerak aktif
- 3) Bagaimana warna kulit, apakah berwarna kemerahan ataukah ada sianosis.

c. Mencegah kehilangan panas (tambah mekanisme kehilangan panas)
Menurut Noordiati (2019), terdapat empat mekanisme yang dapat menyebabkan bayi kehilangan panas yaitu:

1) Konduksi

Konduksi adalah kehilangan panas dari objek hangat dalam kontak langsung dengan objek yang lebih dingin. Sebagai contoh ketika menimbang bayi tanpa las timbangan.

2) Radiasi

Kehilangan panas melalui radiasi terjadi ketika panas dipancarkan dari bayi baru lahir keluar dari tubuhnya ke lingkungan yang lebih

dingin. Contohnya, menidurkan bayi baru lahir berdekatan dengan ruangan yang dingin.

3) Konveksi

Konveksi terjadi saat panas hilang dari tubuh bayi ke udara di sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang bergantung pada kecepatan dan suhu udara). Contohnya konveksi dapat terjadi ketika membiarkan bayi atau menempatkan bayi baru lahir dekat jendela yang terbuka.

4) Evaporasi

Evaporasi adalah jalan utama bayi kehilangan panas. Jika saat lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan dapat terjadi kehilangan panas tubuh bayi dengan sendirinya. Upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah kehilangan panas dari tubuh bayi adalah:

- a) Keringkan bayi secara saksama. Pastikan tubuh bayi dikeringkan segera setelah bayi lahir untuk mencegah evaporasi
- b) Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih, kering dan hangat
- c) Tutup bagian kepala bayi agar bayi tidak kehilangan panas
- d) Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya
- e) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir. Menimbang bayi tanpa alas timbangan dapat menyebabkan bayi mengalami kehilangan panas secara konduksi. Memandikan bayi sekitar 6 jam setelah lahir.

d. Perawatan tali pusat

Cara perawatan tali pusat pada bayi baru lahir dilakukan dengan cara menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih, cuci tangan dengan sabun pada air mengalir sebelum merawat tali pusat, bersihkan dengan lembut kulit di sekitar tali pusat dengan kapas basah kemudian keringkan secara lembut tanpa diberikan apa pun.

e. Pemberian ASI Eksklusif

- 1) Tumbuhkan rasa percaya diri dan yakin bisa menyusui
- 2) Usahakan mengurangi sumber rasa sakit dan kecemasan

- 3) Kembangkan pikiran dan perasaan terhadap bayi
 - 4) Sesaat setelah bayi lahir lakukan *Early latch on* yaitu bayi diserahkan langsung kepada ibunya untuk disusui. Selain mengetes refleks menghisap bayi, tindakan ini juga untuk merangsang payudara segera memproduksi ASI pertama (kolostrum) yang sangat di perlukan untuk antibodi bayi.
 - 5) Bila ASI belum keluar, bidan melakukan masase pada payudara atau mengompres dengan air hangat sambil terus mencoba menyusui bayinya secara langsung. Biasanya ASI baru lancar pada hari ketiga setelah melahirkan. Selama produksi ASI belum lancar terus coba menyusui bayi.
 - 6) Beritahu keluarga klien untuk memberi dukungan kepada ibu dan relaksasi untuk memperlancar ASI.
 - 7) Anjurkan klien untuk menjaga asupan makanan dengan menu 4 sehat 5 sempurna.
- f. Pencegahan infeksi mata
- Beri salep mata (*antibiotika tetrasiklin 1%*) dalam 1 garis lurus mulai dari bagian mata yang paling dekat dengan hidung menuju keluar.
- g. Pemberian vitamin K
- Semua bayi baru lahir wajib diberikan vitamin K injeksi 1 mg secara intramuskuler setelah 1jam kontak kulit antara ibu dan bayi selesai menyusui untuk mencegah pendarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian BBL.
- h. Pemberian imunisasi bayi baru lahir
- Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan antara ibu-bayi. Imunisasi hepatitis B pertama diberikan 2 jam setelah pemberian vitamin K.
- i. Refleks bayi baru lahir Refleks-refleks bayi baru lahir yaitu:
- 1) Refleks moro
- Bayi akan terkejut atau akan mengembangkan tangan lebar dan melebarkan jari, lalu membalikkan dengan tangan yang cepat

seakan-akan memeluk seseorang. Diperoleh dengan memukul permukaan yang rata dimana dekat bayi dibaringkan dengan posisi telentang.

2) Refleks rooting

Timbul karena stimulasi taktil pipil dan daerah mulut. Bayi akan memutar kepala seakan mencari puting susu. Refleks ini menghilang pada usia 7 bulan.

3) Refleks sucking

Timbul bersamaan dengan refleks *rooting* untuk menghisap puting susu dengan baik

4) Refleks swallowing

Timbul bersamaan dengan refleks *rooting* dan refleks *sucking* dimana bayi dapat menelan ASI dengan baik.

5) Refleks graps

Timbul jika ibu jari diletakkan pada telapak tangan bayi, lalu bayi akan menutup telapak tangannya atau ketika telapak kaki digores dekat ujung jari kaki, jari kaki menekuk.

6) Refleks tonic neck

Refleks ini timbul jika bayi mengangkat leher dan menoleh ke kanan atau kiri jika diposisikan tengkurap

7) Refleks babinsky

Muncul ketika ada rangsangan pada telapak kaki, ibu jari akan bergerak ke atas dan jari-jari lainnya membuka, menghilang pada usia 1 tahun.

5. Tanda- Tanda Bahaya Pada Bayi Baru Lahir

Pernapasan sulit atau lebih dari 60x/menit, suhu lebih dari 38°C atau <36,5°C. warna kulit biru/pucat, isapan lemah, mengantuk berlebihan, rewel, banyak muntah, tinja lembek sering kali berwarna hijau tua, ada lendir darah, tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, tidak berkemih dalam 3 hari, 24 jam, menggigil, tangis yang tidak biasa, rewel, lemas, terlalu mengantuk, lunglai, kejang (Yulizawati, 2021).

6. Jadwal Kunjungan Neonatus

Menurut Permenkes 2020 tentang jadwal kunjungan neonatus

- a. Kunjungan Neonatus ke 1 (KN I) dilakukan dalam kurun waktu 6-48 jam setelah bayi lahir.
- b. Kunjungan Neonatus ke-2 (KN 2) dilakukan dalam kurun waktu hari ke 3 sampai dengan hari ke-7 setelah bayi lahir.
- c. Kunjungan Neonatus ke-3 (KN 3) dilakukan dalam kurun waktu hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir.

7. Insiasi menyusui dini (IMD)

Inisiasi menyusui dini dimulai sedini mungkin segera setelah bayi lahir tali pusat dipotong letakkan bayi tengkurap di dada ibu dengan kulit ke kulit biarkan selama 1 jam/lebih sampai bayi menyusui sendiri selimuti dan beri topi. suami dan ke bluarga beri dukungan dan siap membantu selama proses menyusui. pada jam pertama di bayi menemukan payudara ibunya dan ini merupakan awal hubungan menyusui yang berkelanjutan yang bisa mendukung kesuksesan ASI eksklusif selama 6 bulan. Berdasarkan penelitian bayi baru lahir yang dipisahkan dari ibunya dapat meningkatkan hormon stres sekitar 50% dan membuat kekebalan tubuh bayi menjadi menurun.

- a. Manfaat IMD bagi bayi yaitu:

Makanan dengan kualitas dan kuantitas yang optimal agar kolostrum segera keluar yang disesuaikan dengan kebutuhan bayi, memberikan kesehatan bayi dengan kekebalan pasif yang segera kepada bayi, kolostrum adalah imunisasi pertama bagi bayi, meningkatkan kecerdasan membantu bayi mengkoordinasikan hisap, telan dan nafas, meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dan bayi, mencegah kehilangan panas.

- b. Manfaat IMD bagi ibu yaitu:

Rangsangan puting susu ibu, memberikan refleks pengeluaran oksitosin kelenjar hipofisis, sehingga pelepasan plasenta akan dapat dipercepat, Pemberian ASI mempercepat involusi uterus menuju keadaan normal,

Rangsangan puting susu ibu mempercepat pengeluaran ASI, karena oksitosin bekerja sama dengan hormon prolactin.

Anak memiliki ciri-ciri yang terus tumbuh dan berkembang sejak pembuahan hingga akhir masa pubertas (Manalor, *et al*, 2023). Pemenuhan kecukupan gizi merupakan investasi pembentukan sumber daya manusia yang mempunyai daya saing yang tangguh dan unggul.

Provinsi Nusa Tenggara Timur termasuk dalam penyumbang angka stunting sebesar 37,0% dan 15,9% balita wasting yang terdiri dari gizi buruk sebesar 3,6% dan gizi kurang sebesar 12,3%. Berdasarkan prevalensi gizi buruk ini, maka estimasi beban kasus gizi buruk per tahun di NTT sebanyak 38.190 balita. Panganan pada balita dengan gizi kurang buruk tidak maksimal sehingga berdampak pada status gizi balita.

D. Konsep Dasar Masa Nifas

1. Pengertian Nifas

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan yang diperlukan untuk pulihnya kembali alat kandungan yang lamanya 6 minggu. Masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandung kemih seperti keadaan sebelum hamil dan berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Mirong *et al*, 2023)

2. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Menurut Mirong *et al*, (2023) tujuan asuhan masa nifas yaitu:

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis,
- 2) Melaksanakan skrining yang komprehensif deteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat.
- 4) Memberikan pelayanan keluarga berencana

3. Tahapan Masa Nifas

Menurut Mirong *et al*, (2023) masa nifas terbagi menjadi 3 tahapan yaitu:

1) Puerperium Dini

Suatu masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan. Ibu yang melahirkan pervaginam tanpa komplikasi dalam 6 jam pertama setelah kal IV dianjurkan untuk mobilisasi segera.

2) Puerperium Intermedial

Suatu masa dimana kepulihan dari organ-organ reproduksi secara berangsur-angsur akan kembali ke keadaan sebelum hamil selama kurang lebih 6 minggu

3) Remote puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi. Rentang waktu remote puerperium berbeda untuk setiap ibu, tergantung berat ringannya komplikasi yang dialami selama hamil atau persalinan.

Setelah proses kelahiran bayi, tanggung jawab keluarga bertambah, adanya dorongan, perhatian dan dukungan positif terhadap ibu dalam proses penyesuaian masa nifas dan ibu akan melalui tahapan sebagai berikut:

1) *Taking in*

Pada tahap ini ibu fokus pada diri sendiri dan biasanya berlangsung 1-2 hari setelah melahirkan. Ibu muda tersinggung, kelelahan sehingga butuh istirahat yang cukup untuk mencegah terjadinya anemia. Pada fase ini perlu komunikasi yang baik serta pemulihan nutrisi ibu. Hal ini membuat ibu lebih pasif terhadap lingkungannya.

2) *Taking hold*

Pada fase ini ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Mempunyai perasaan yang sensitif sehingga mudah tersinggung dan marah. Keluarga akan memberikan dukungan dan komunikasi yang baik agar ibu merasa mampu melewati fase ini. Periode ini biasanya berlangsung pada hari ke 3 sampai hari ke 10.

3) *Letting Go*

Pada fase ini ibu sudah menerima tanggung jawab dan peran barunya sebagai ibu. Mampu melakukan perawatan dan menyesuaikan diri dan bayinya secara mandiri. Periode ini terjadi setelah hari ke 10 postpartum.

4. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Pada fase ini ibu sudah menerima tanggung jawab dan peran barunya sebagai ibu. Mampu melakukan perawatan dan menyesuaikan diri dan bayinya secara mandiri. Periode ini terjadi setelah hari ke 10 postpartum.

5. Asuhan Pada Masa Nifas

Menurut Mirong, *et al* (2023) asuhan yang diberikan selama masa nifas sesuai kunjungan masa nifas yaitu:

a. Kunjungan nifas 6-48 jam

Asuhan yang diberikan setelah 6-48 jam masa nifas yaitu: Mencegah perdarahan ibu nifas karena Atonia Uteri, mendeteksi dan merawat penyebab lain pada pendarahan (rujuk bila ada pendarahan), memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas karena Atonia Uteri, memberikan ASI awal, melakukan hubungan antara ibu dan bayi (Bouding Attechment), menjaga bayi tetap sehat dengan mencegah hipotermia.

b. Kunjungan nifas 1 minggu

Asuhan yang diberikan setelah 1 minggu yaitu: Memastikan involusi uterus berjalan normal (uterus berkontraksi fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal), menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal, memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat, memastikan ibu menyusui dengan baik, tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit, memberikan konseling mengenai asuhan pada bayi, perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

c. Kunjungan nifas 2 minggu

Asuhan yang diberikan setelah 2 minggu dalam masa nifas yaitu sama seperti kunjungan ke-2 (6 hari setelah persalinan).

d. Kunjungan nifas 6 minggu

Asuhan yang diberikan setelah 6 minggu masa nifas yaitu: menanyakan ibu tentang penyulit-penyulit yang ibu atau bayi alami, memberikan konseling untuk KB secara dini.

6. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu selama masa nifas adalah sebagai berikut:

a. Perubahan sistem reproduksi

1) Involusi Uterus

Involusi uterus adalah proses kembalinya uterus seperti sebelum hamil yang mengakibatkan rasa mules. Involusi setelah bayi lahir dengan TFU setinggi pusat dan berat uterus 1000 gram, involusi setelah urine atau plasenta lahir dengan TFU 2 jari di bawah pusat dengan berat uterus 700 gram, involusi setelah 1 minggu postpartum dengan TFU pertengahan pusat-symphisis dengan berat uterus 500 gram, involusi setelah 2 minggu postpartum TFU tidak teraba dengan berat uterus 300 gram, involusi setelah 6 minggu postpartum TFU bertambah kecil dengan berat uterus 60 gram

2) Lochea

Lochea adalah cairan yang keluar dari vagina selama masa nifas. Lochea berasal dari luka dalam rahim terutama luka plasenta. Adapun macam-macam lochea antara lain:

- a) Lochea Rubra timbul pada hari 1-3 postpartum darah yang keluar berwarna merah kehitaman, terdiri dari darah segar bercampur desidua, verniks kaseosa, lanugo dan sisa ketuban.

- b) Lochea sanguinolenta timbul pada hari 4 sampai hari ke 7 postpartum dengan darah yang keluar berwarna merah kecokelatan, terdiri dari sisa lendir dan darah.
- c) Lochea serosa timbul pada hari 8 sampai 2 minggu postpartum dengan darah yang keluar berwarna kuning kecokelatan, terdiri dari sedikit darah dan lebih banyak serum, serta terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta.
- d) Lochea alba timbul pada > 2 minggu postpartum dengan darah yang keluar berwarna putih mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan selaput jaringan yang mati.

3) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium eksternal dapat dimasuki oleh 2 minggu hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup.

4) Vulva dan vagina dan perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur.

5) Sistem Perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama. Kemungkinan terdapat spina sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok.

6) Sistem endokrin

Kadar estrogen menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam postpartum. Ambulasi dini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses *involusi*

7) Sistem *muskuloskeletal*

Ambulasi pada umumnya dimulai 4-8 jam postpartum. Ambulasi dini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi.

8) Sistem kardiovaskuler

Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat segera setelah melahirkan karena terhentinya aliran darah ke plasenta yang mengakibatkan beban jantung meningkat yang dapat diatasi dengan haemokonsentrasi sampai volume darah kembali normal, dan pembuluh darah kembali ke ukuran semula.

9) Perubahan tanda-tanda vital

Suhu badan satu hari (24 jam) postpartum suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}$ – 38°C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan kehilangan cairan dan kelelahan, denyut nadi normal pada orang dewasa 60 – 80 kali/menit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi itu akan lebih cepat. Bila suhu nadi tidak normal, pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran napas.

10) Perubahan sistem *Hematologi*

Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Jumlah leukosit akan tetap tinggi selama beberapa hari pertama postpartum. Jumlah sel darah putih akan tetap bisa naik lagi sampai 25.000 hingga 30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama. Awal postpartum, jumlah hemoglobin, hematokrit dan eritrosit sangat bervariasi. Hal ini disebabkan volume darah, volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Jumlah kehilangan darah selama masa persalinan kurang lebih 200-500 ml,

minggu pertama postpartum berkisar 500-800 ml dan selama sisa nifas berkisar 500 ml.

7. Deteksi Dini Komplikasi Masa Nifas Dan Penanganannya

a. Tanda Bahaya Masa Nifas

Menurut Mirong *et al*, (2023), berikut ini adalah beberapa tanda bahaya dalam masa nifas yang dapat dijadikan sebagai pedoman untuk mendeteksi secara dini komplikasi yang mungkin terjadi.

1) Adanya tanda-tanda infeksi puerperalis

Peningkatan suhu tubuh merupakan suatu diagnosa awal yang masih membutuhkan diagnosa lebih lanjut untuk menentukan apakah ibu bersalin mengalami gangguan payudara, perdarahan bahkan infeksi karena keadaan-keadaan tersebut sama-sama mempunyai gejala peningkatan suhu tubuh. Oleh karena itu, bidan perlu melakukan pemeriksaan gejala lain yang mengikuti gejala demam ini.

2) Demam, muntah, rasa sakit waktu berkemih

Organisme yang menyebabkan infeksi saluran kemih berasal dari flora normal perineum. Pada masa nifas dini, sentifitas kandung kemih terhadap tegangan air kemih di dalam vesika sering menurun akibat trauma persalinan serta analgesik atau spinal. Sensasi peregangan kandung kemih juga mungkin berkurang akibat rasa tidak nyaman yang ditimbulkan oleh episiotomi yang lebar, laserasi periuretra, atau hematoma dinding vagina. Setelah melahirkan terutama saat infus oksitosin dihentikan terjadi distensi yang disertai peningkatan produksi urine dan distensi kandung kemih. Overdistensi yang disertai kateterisasi untuk mengeluarkan air kemih yang sering menyebabkan infeksi saluran kemih.

3) Sembelit atau hemoroid

Asuhan yang diberikan untuk mengurangi rasa nyeri, seperti langkah-langkah berikut ini: Memasukkan kembali hemoroid yang keluar ke dalam rektum, Rendam duduk dengan air hangat atau dingin ke dalam 10-15 cm selama 30 menit, 2-3 kali sehari, meletakan kantung es ke

dalam anus, berbaring miring, minum lebih banyak dan makan dengan diet tinggi serat, kalau perlu pemberian obat supositoria.

- 4) Sakit kepala, nyeri epigastrik, dan penglihatan kabur sakit kepala, nyeri epigastrik, dan penglihatan kabur biasanya sering dialami ibu yang baru melahirkan sering mengeluh sakit kepala yang hebat atau penglihatan kabur.

- 5) Perdarahan pervaginam

Pendarahan terjadi terus-menerus atau tiba-tiba bertambah banyak (lebih dari pendarahan haid biasa atau bila memerlukan penggantian pembalut dua kali dalam setengah jam). Penyebab utama perdarahan ini kemungkinan adalah terdapatnya sisa plasenta atau selaput ketuban (pada *grandemultipara* dan pada kelainan bentuk implantasi plasenta), infeksi pada endometrium dan sebagian kecil terjadi dalam bentuk *mioma uteri* bersamaan dengan kehamilan dan inversion uteri

- 6) Lochea berbau busuk dan disertai nyeri abdomen atau punggung Gejala tersebut biasanya mengindikasikan adanya infeksi umum Melalui gambaran klinis tersebut, bidan dapat menegakkan diagnosis infeksi kala nifas. Pada kasus infeksi ringan, bidan dapat memberikan pengobatan, sedangkan infeksi kala nifas yang berat sebaiknya bidan berkonsultasi atau merujuk penderita.

- 7) Puting susu lecet dapat disebabkan trauma pada puting susu saat menyusui. Selain itu dapat juga terjadi retak dan pembentukan celah-celah. Letakan pada puting susu bisa sembuh sendiri pada waktu 48 jam. Penyebab puting susu lecet adalah karena teknik menyusui yang tidak benar, puting susu terpapar dengan sabun, krim, alkohol atau pun zat iritan lain saat ibu membersihkan puting susu, moniliasis pada mulut bayi yang menular pada puting susu ibu, bayi dengan tali lidah pendek, dan cara menghentikan menyusui yang kurang tepat.

- 8) Bendungan ASI

Keadaan abnormal pada payudara umumnya terjadi akibat sumbatan pada saluran ASI atau karena tidak dikosongkannya payudara

seluruhnya. Hal tersebut banyak terjadi pada ibu yang baru pertama kali melahirkan bendungan ASI dapat terjadi karena payudara tidak dikosongkan, sebab ibu merasa belum terbiasa menyusui dan merasa takut puting lecet apabila menyusui. Peran bidan dalam mendampingi dan memberi pengetahuan tentang laktasi pada masa ini sangat dibutuhkan dan pastinya bidan harus sangat sabar mendampingi ibu menyusui untuk terus menyusui bayinya.

9) Edema sakit dan panas pada tungkai

Selama masa nifas, dapat terbentuk thrombus sementara pada vena-vena mana pun di *pelvis* yang sering mengalami dilatasi, dan mungkin lebih sering mengalaminya.

10) Pembengkakan di wajah dan di tangan

Pembengkakan dapat di tangani dengan penanganan, diantara-Nya periksa adanya varises, periksa kemerahan pada betis, periksa apakah tulang kering dan pergelangan kaki oedema.

11) Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri Perasaan ini biasanya dialami pada ibu yang merasa tidak mampu mengasuh bayinya maupun diri sendiri. Pada minggu-minggu awal setelah persalinan sampai kurang lebih 1 tahun ibu postpartum cenderung akan mengalami perasaan yang tidak pada umumnya, seperti merasa sedih, tidak mampu mengasuh dirinya sendiri dan bayinya.

b. Perdarahan pervaginam (Hemoragia)

Perdarahan pervaginam/pasca persalinan adalah kehilangan darah sebanyak 500 ml atau lebih dari traktus genitalia setelah melahirkan. Pendarahan ini menyebabkan perubahan tanda vital (pasien mengeluh lemah, limbung, berkeringat dingin, mengigil, tekanan darah sistolik <90 mmHg, nadi >100x/menit, kadar Hb <8 gr %). Faktor penyebab perdarahan postpartum, *grandemultipara*, Jarak persalinan pendek kurang dari 2 tahun, Persalinan yang dilakukan dengan tindakan pertolongan karena uri sebelum waktunya, pertolongan persalinan oleh dukun, persalinan dengan tindakan paksa, persalinan dengan narkosa.

c. Infeksi

Infeksi nifas adalah keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genitalia dalam masa nifas. Infeksi setelah persalinan disebabkan oleh bakteri atau kuman. Infeksi masa nifas ini menjadi penyebab tertinggi angka kematian ibu.

Jenis-jenis infeksi yang terjadi pada ibu nifas yaitu:

1) *Vulvitis*

Pada infeksi bekas luka sayatan *episiotomi* atau luka perineum jaringan sekitarnya membengkak, tapi luka menjadi merah dan bengkak, jahitan mudah terlepas, dan luka yang terbuka menjadi ulkus. Jahitan *episiotomi* dan laserasi yang tampak sebaiknya diperiksa secara rutin.

2) *Vaginitis*

Infeksi vagina dapat terjadi secara langsung pada luka vagina atau melalui perineum. Permukaan mukosa membengkak dan kemerahan, terjadi ulkus, dan getah mengandung nanah yang keluar dari daerah ulkus.

3) *Servitis*

Infeksi serviks sering juga terjadi, tetapi biasanya tidak menimbulkan banyak gejala. Luka serviks yang dalam dan meluas dan langsung ke dalam ligamentum dapat menyebabkan infeksi yang menjalar ke parametrium.

8. Proses Laktasi Dan Menyusui

a. Anatomi Dan Fisiologi Payudara

- 1) Anatomi Payudara, payudara disebut *glandula mammae*, berkembang sejak usia 6 minggu dan membesar karena pengaruh hormon ibu yang tinggi yaitu *estrogen* dan *progesteron*.
- 2) Fisiologi Payudara, selama kehamilan prolaktin dari plasenta meningkat tetapi ASI biasanya belum keluar karena masih dihambat oleh kadar estrogen yang tinggi, pada hari kedua atau ketiga pasca

persalinan, kadar estrogen dan progesteron menurun drastis, sehingga prolaktin lebih dominan dan pada saat inilah mulai sekresi ASI.

b. Dukungan bidan dalam pemberian ASI

Bidan mempunyai peranan yang sangat istimewa dalam menunjang pemberian ASI. Peran bidan dapat membantu ibu untuk memberikan ASI dengan baik dan mencegah masalah-masalah umum terjadi. Peranan awal bidan dalam mendukung pemberian ASI adalah meyakinkan bahwa memperoleh makanan yang mencukupi dari payudara ibunya dan membantu ibu sedemikian rupa sehingga ia mampu menyusui bayinya sendiri.

c. Manfaat pemberian ASI

- 1) Manfaat ASI bagi bayi adalah: Menurunkan risiko penyakit infeksi seperti diare, meningitis, infeksi pernapasan, otitis, media dan sebagainya, menurunkan risiko *syndrome* kematian bayi mendadak (*sudden infant death syndrome/ SIDS*), menurunkan risiko obesitas, diabetes tipe 1 dan diabetes tipe 2, menurunkan insiden dan keparahan asma serta alergi lainnya seperti *dermatitis atopic*, meningkatnya perkembangan rahang dan mengurangi masalah maloklusi dan tidak segarisan gigi maupun karies gigi, meningkatkan perkembangan kognitif dan kecerdasan emosional anak.
- 2) Manfaat ASI bagi ibu adalah: Berkurangnya perdarahan postpartum dan mempercepat proses involusi uterus, menurunkan risiko kanker payudara, kanker uterus, dan kanker ovarium, kembalinya berat badan lebih cepat, meningkatkan pencapaian peran ibu, menurunkan risiko depresi postpartum, menunda ovulasi sehingga dapat digunakan sebagai KB alamiah sampai dengan ibu mendapatkan menstruasi paska partum
- 3) Manfaat ASI untuk keluarga: Tidak perlu untuk membeli susu formula, botol susu, kayu bakar atau minyak untuk merebus air susu atau peralatan, bayi sehat berarti keluarga mengeluarkan biaya lebih sedikit (hemat) dalam perawatan kesehatan dan berkurangnya kekhawatiran

bayi akan sakit, penjarangan kelahiran karena efek kontrasepsi MAL dari ASI eksklusif, memberi ASI pada bayi (meneteki) berarti hemat tenaga bagi keluarga sebab ASI selalu siap sedia.

4) Untuk masyarakat dan Negara

Menghemat devisa negara karena tidak perlu mengimpor susu formula dan peralatan lain untuk persiapannya, mengurangi subsidi untuk rumah sakit, meningkatkan kualitas generasi penerus bangsa, terjadi penghematan pada sektor kesehatan karena jumlah bayi sakit lebih sedikit, memperbaiki kelangsungan hidup anak dengan menurunkan kematian, dan ASI adalah sumber daya yang terus-menerus di produksi dan baru.

9. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

a. Kebutuhan Nutrisi

Kebutuhan nutrisi pada masa post partum dan menyusui meningkat 25% karena berguna untuk proses penyembuhan setelah melahirkan dan untuk produksi ASI untuk pemenuhan kebutuhan bayi.

1) Sumber tenaga (energi)

Sumber energi terdiri dari karbohidrat dan lemak. Sumber energi ini berguna untuk pembakaran tubuh, pembentukan jaringan baru, penghemat protein. Zat gizi sebagai sumber karbohidrat terdiri dari beras, sagu, jagung, tepung terigu dan ubi. Sedangkan zat gizi sumber lemak adalah mentega, keju, lemak (hewani), kelapa sawit, minyak sayur, minyak kelapa dan nabati.

2) Sumber pembangun (protein)

Protein di perlukan untuk pertumbuhan dan mengganti sel-sel rusak atau mati. Sumber zat protein adalah ikan, udang, kacang hijau, kedelai, tahu, dan tempe. Sumber protein terlengkap terdapat dalam susu, telur, dan keju yang juga mengandung zat kapur, zat besi, dan vitamin B.

- 3) Sumber pengatur dan pelindung (air, mineral, dan vitamin) Zat pengatur dan pelindung digunakan untuk melindungi tubuh dari serangan penyakit dan pengatur kelancaran metabolisme dalam tubuh.

b. Kebutuhan eliminasi

Seorang ibu nifas dalam keadaan normal dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam. Ibu diusahakan buang air kecil sendiri. Agar buang besar dapat dilakukan secara teratur dapat dilakukan dengan pemberian cairan banyak, makanan yang cukup serat dan olahraga.

c. Kebutuhan ambulasi

Mobilisasi dini pada ibu post partum disebut juga *early ambulation*, yaitu upaya sesegera mungkin membimbing ibu keluar dari tempat tidurnya dan membimbing berjalan.

10. Peran Tanggung Jawab Bidan Dalam Masa Nifas

Menurut Kemenkes RI, (2021) bidan memiliki peranan sangat penting dan tanggung jawab bidan dalam memberikan asuhan post partum. Adapun peran dan tanggung jawab bidan secara komprehensif dalam asuhan masa nifas sebagai berikut:

- 1) Memberikan dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas.
- 2) Sebagai promotor yang memfasilitasi serta meningkatkan rasa nyaman ibu dan bayi.
- 3) Mendorong ibu untuk menyusui serta meningkatkan rasa nyaman ibu dan bayi.
- 4) Mendeteksi penyulit maupun komplikasi selama masa nifas dan menyusui serta melaksanakan rujukan secara aman dan tepat waktu sesuai dengan indikasi.
- 5) Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah pendarahan, mengenali tanda-tanda bahaya pada masa nifas dan menyusui, pemenuhan nutrisi yang baik. Serta mempraktekkan personal hygiene yang baik.

- 6) Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosa dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan.
- 7) Memberikan asuhan kebidanan nifas dan menyusui secara etis profesional.

E. Konsep Dasar Keluarga Berencana (KB)

1. Pengertian Keluarga Berencana

Indonesia termasuk negara berkembang yang menghadapi masalah kependudukan. Laju pertumbuhan penduduk yang tinggi dengan sangat pesat. Pemerintahan Indonesia menerapkan program keluarga berencana nasional untuk menekan laju pertumbuhan penduduk. (Manalor *et al.*, 2022). Keluarga berencana (*Family Planning Planned Parenthood*) adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan memakai kontrasepsi (Bakoil, 2021)

2. Tujuan Program KB

Tujuan KB yaitu:

Menunda Kehamilan, Menjarakkan Kehamilan dan Mengakhiri Kehamilan, Tujuan umum program KB adalah membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga, dengan cara pengaturan kelahiran anak, agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. Tujuan lain meliputi pengaturan kelahiran, pendewasaan usia perkawinan, peningkatan ketahanan, dan kesejahteraan keluarga (Bakoil, 2021).

3. Sasaran Program KB

Menurut Bakoil, (2021), ada dua bentuk sasaran program KB yaitu sasaran langsung dan sasaran tidak langsung. Sasaran langsung yaitu pasangan usia subur (PUS) agar mereka menjadi peserta KB lestari sehingga memberikan efek langsung pada penurunan fertilitas. Sedangkan sasaran tidak langsung yaitu organisasi, lembaga kemasyarakatan, instansi pemerintah atau swasta, dan tokoh masyarakat (wanita dan pemuda), yang

diharapkan dapat memberikan dukungan terhadap proses pembentukan sistem nilai di kalangan masyarakat.

4. Kebijakan Program KB

Ada empat pola dasar kebijaksanaan program keluarga berencana yaitu: menunda usia perkawinan dan kehamilan sekurang-kurangnya sampai berusia 20 tahun, menjarangkan kelahiran dengan berpedoman pada caturwarga, hendaknya besarnya keluarga dicapai selama dalam usia reproduksi sehat, yaitu sewaktu ibu berusia 20-30 tahun, dan mengakhiri kesuburan pada usia 30-35 tahun (Bakoil, 2021).

5. Peran bidan dalam program KB

Bidan memiliki peran dalam program KB, di antaranya melakukan pencatatan data WUS dan PUS, melakukan KIE sesuai dengan kelompok sasaran, memberi pelayanan kontrasepsi sesuai dengan kompetensi dan standar profesi dan praktik, melaksanakan evaluasi terkait penggunaan kontrasepsi dan pelaksanaan program keluarga berencana di wilayahnya, dan melakukan rujukan dengan cepat dan tepat (Bakoil, 2021).

6. Kontrasepsi

Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan. Upaya yang dilakukan dalam pelayanan kontrasepsi dapat bersifat sementara maupun bersifat permanen. Masa pasca persalinan adalah waktu paling tepat untuk mengajak Ibu menggunakan kontrasepsi. Direkomendasikan bahwa setiap ibu postpartum harus menggunakan KB sebelum kembali ke rumah. Oleh karena itu pada kunjungan nifas ketiga adalah kesempatan bidan untuk memberikan asuhan KB tentang konseling kontrasepsi (Yulianti *et al.*, 2020).

7. Metode Amenore Laktasi (MAL)

a. Pengertian MAL

Metode amenorea laktasi adalah salah satu cara kontrasepsi yang didasari pada menurunnya kesuburan secara fisiologis yang dialami oleh ibu menyusui dengan mengandalkan pemberian Air susu ibu (ASI) (Bakoil, 2021)

b. Mekanisme kerja MAL

Mekanisme kerja kontrasepsi MAL adalah terjadinya penundaan/penekanan ovulasi. Ada 2 refleks yang mempengaruhi penundaan/penekanan ovulasi selama masa laktasi. Pertama, refleks oksitosin yang bekerja pada payudara untuk mensekresi ASI dan pada ovarium, menekan estrogen sehingga tidak terjadi pematangan sel telur dan tidak terjadi ovulasi. Kedua, refleks prolactin yang bekerja pada payudara untuk memproduksi ASI dan menekan hormone estrogen dan progesteron. Akibatnya sekresi LH akan menurun dan menyebabkan terjadinya anovulasi.

c. Keuntungan MAL

a) Keuntungan kontraseptif

- 1) Cukup efektif dalam mencegah kehamilan (1-2 kehamilan per 100 wanita di 6 bulan pertama penggunaan)
- 2) Bila segera menyusukan secara eksklusif maka efek kontraseptif akan segera pula bekerja efektif
- 3) Tidak mengganggu proses senggama
- 4) Tidak ada efek samping sistematis
- 5) Tidak perlu dilakukan pengawasan medis
- 6) Tidak perlu pasokan ulangan, cukup dengan selalu memberikan asi secara eksklusif bagi bayinya
- 7) Tidak membutuhkan biaya apa pun

b) Keuntungan NON- Kontraseptif

1) Bagi anak

Imunisasi pasif dan perlindungan terhadap berbagai penyakit infeksi lainnya, sumber nutrisi terbaik bagi bayi, mengurangi terkenanya kontaminasi dalam air, susu atau formula lain, atau pada peralatan.

2) Bagi ibu

Mengurangi pendarahan postpartum, mengeratkan hubungan psikologis ibu dan anak, mengurangi resiko anemia .

d. Keterbatasan MAL

- 1) Sangat tergantung dengan motivasi pengguna bila memang ingin menggunakan MAL sebagai metode kontrasepsi (pemberian ASI eksklusif) (Bakoil, 2021).
- 2) Untuk kondisi atau alasan tertentu mungkin sulit untuk dilaksanakan
- 3) Tingkat efektivitasnya sangat tergantung tingkat eksklusifitas menyusukan bayi (hingga usia 6 bulan atau mulai mendapat menstruasi)
- 4) Tidak melindungi penggunaan dari PMS (misalnya: HBV,HIV/AIDS)

e. Indikasi penggunaan MAL

Menyusukan bayi secara eksklusif memberikan ASI secara penuh tanpa suplemntasi, belum mendapatkan haid sejak melahirkan bayinya, menyusukan secara eksklusif sejak bayi lahir hingga bayi berusia 6 bulan (Bakoil, 2021).

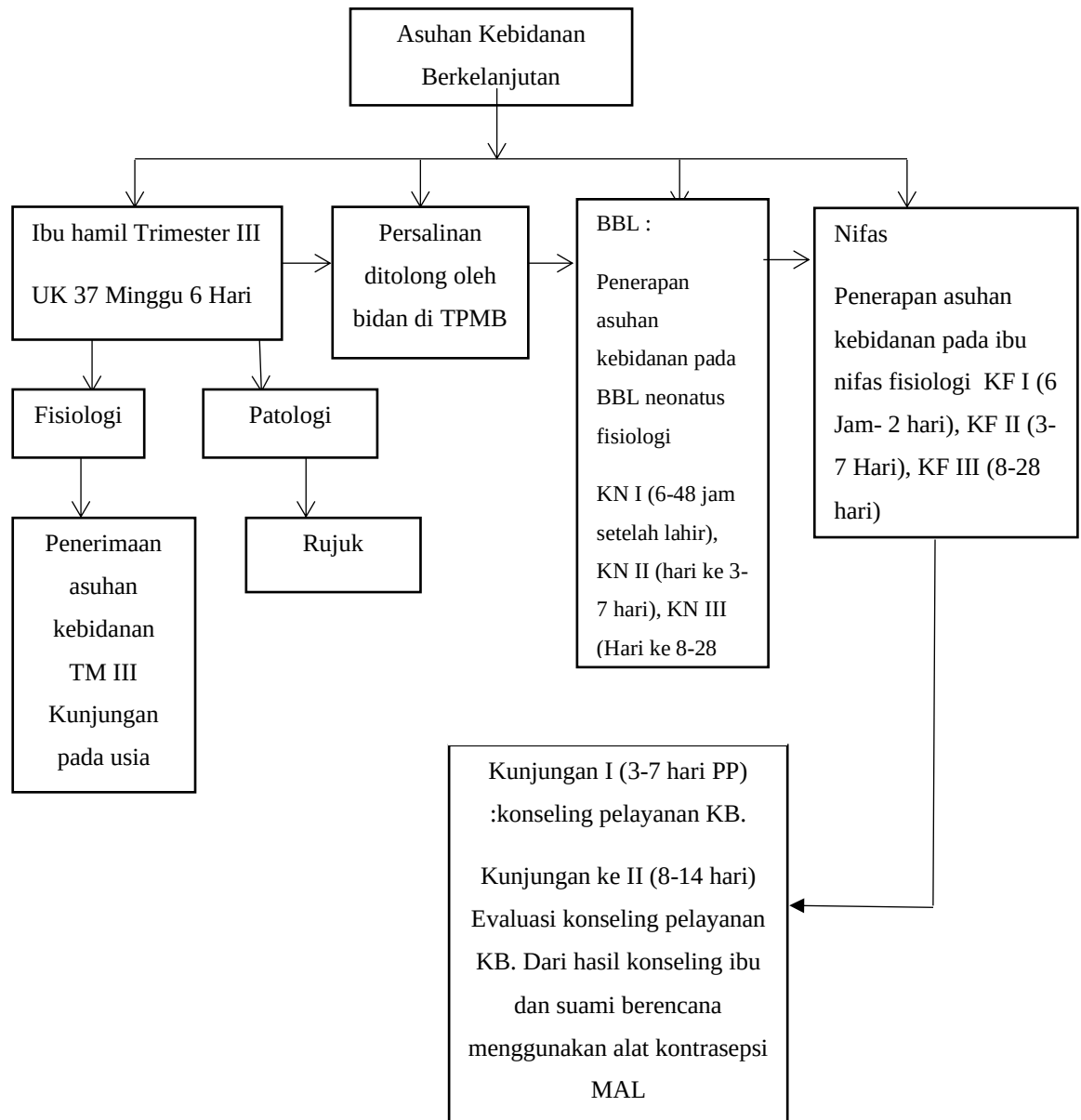
f. Kontra indikasi MAL

Setelah beberapa bulan amenorea, klien mulai mendapat haid, tidak menyusukan secara eksklusif, bayi telah berusia di atas 6 bulan, ibu bekerja terpisah dari bayinya lebih dari 6 jam dalam sehari (Bakoil, 2021).

g. Langkah-langkah MAL

Kontrasepsi Metode Amenorea Laktasi (MAL) ini dalam pelaksanaannya membutuhkan kemampuan menilai segala keadaan yang mempengaruhi penggunaan kontrasepsi ini terutama 3 keadaan penting yakni: Apakah ibu sudah haid? Apakah ibu memberikan makanan lain selain ASI? Apakah umur bayi lebih dari 6 bulan? (Bakoil, 2021).

F. Kerangka Pikir



Gambar 1 Kerangka Pikir