

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kasus

1. Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian kehamilan

Kehamilan adalah sebuah proses yang diawali dengan fertilisasi dan dilanjutkan dengan perlekatan atau implantasi. Periode hamil 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 aterm (mampu hidup diluar rahim) yaitu saat usia kehamilan 37-42 minggu, tetapi kadang-kadang kehamilan justru berakhir sebelum janin mencapai aterm. Kehamilan dapat pula melewati batas waktu yang normal lewat dari 42 minggu World Health Organization. (2020). *Maternal health report*. WHO.

b. Klasifikasi usia kehamilan

a) Trimester pertama kehamilan (antara 0-12 minggu)

Trimester pertama adalah dari minggu pertama sampai 12 dan termasuk pembuahan. Pembuahan adalah ketika sperma membuahi sel telur kemudian berjalan ke tuba falopi dan menempel ke bagian dalam rahim, di mana ia mulai membentuk janin dan plasenta. Trimester pertama dapat di bagi 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 tahap dimana organogenesis terjadi dan periode waktu di mana 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 (decherney et al., 2021). Pada minggu ke 12 denyut janin dapat terlihat jelas dengan ultrasound, gerakan pertama dimulai, jenis kelamin dapat diketahui, ginjal memproduksi urine (Aprianti et al., 2024)

b) Trimester kedua kehamilan (antara 13-28 minggu)

Trimester kedua adalah dari minggu ke-13 hingga ke-28. Sekitar pertengahan trimester kedua, pergerakan janin bisa terasa. Pada minggu ke-28, lebih dari 90% bayi dapat bertahan hidup di luar rahim jika di berikan perawatan medis berkualitas tinggi. Pada akhir trimester 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.(Aida Fitriani et al., 2022)

c) Trimester ketiga kehamilan (29-42 minggu)

Trimester ketiga adalah dari 29 minggu sampai kira-kira 40 minggu dan diakhiri dengan bayi baru lahir. Pada trimester tiga seluruh uterus terisi oleh bayi sehingga tidak bebas bergerak/berputar banyak. Simpanan lemak cokelat berkembang dibawah kulit untuk persiapan pemisahan bayi setelah lahir, antibody ibu.

Setiap perempuan hamil memiliki kemungkinan resiko yang berhubungan dengan keadaan kehamilannya sehingga dapat mengancam jiwa perempuan sehingga di perlukan asuhan pada ibu hamil. Asuhan kehamilan memfasilitasi hasil yang sehat dan positif bagi janin ibunya, dapat mendeteksi komplikasi serta mempersiapkan persalinan dan juga memberikan pengetahuan (Nugrawati et al., 2021)

Kehamilan merupakan masa yang di mulai dari konsepsi hingga lahirnya janin. Lama kehamilan ini berlangsung selama 280 hari (40 minggu atau sama dengan 9 bulan 7 hari) (Syaiful et al., 2019)

Kehamilan merupakan proses yang diawali dengan pertemuan sel ovum dan sel sperma di dalam uterus tepatnya di tuba fallopi. Setelah itu terjadi proses konsepsi dan terjadi nidasi, kemudian terjadi implantasi pada dinding uterus, tepatnya pada lapisan edometrium yang terjadi pada hari ke enam dan ke tujuh setelah konsepsi (Syaiful et al., 2019)

c. Perubahan Fisiologi dan Psikologi Kehamilan Trimester III

Perubahan fisiologi pada kehamilan trimester III menurut (Fitriani *et al* 2021) adalah :

1) Perubahan Fisiologi

a) Vulva Vagina

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat, dan hipertropi, sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina.

b) Serviks

Kehamilan mendekati aterm, terjadi penurunan lebih lanjut dari konsentrasi kolagen. Konsentrasinya menurun secara nyata dari keadaan yang relatif dilusi dalam keadaan menyebar (dispersi). Proses perbaikan serviks terjadi setelah persalinan sehingga siklus kehamilan yang berikutnya akan berulang

c) Uterus

Untuk akomodasi pertumbuhan janin, Rahim membesar akibat hipertrofi dan hiperplasi otot polos Rahim, serabut-serabut kolagennya menjadi higroskopik, endometrium menjadi desidua. Ukuran pada kehamilan cukup bulan adalah 30x25x20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc. Berat uterus naik secara luar biasa dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir kehamilan (40 minggu).

d) Ovarium

Pada trimester ke III korpus luteum sudah tidak berfungsi lagi karena telah digantikan oleh plasenta yang telah terbentuk. Dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu. Kejadian ini tidak lepas dari kemampuan vili korealis yang menegurkan hormon korionik gonadotropin yang mirip dengan hormon luteotropik hipofisis anterior.

e) Payudara

Payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena di bawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak. Pada trimester III suatu cairan kekuningan yang disebut kolostrum dapat keluar. Kolostrum ini berasal dari kelenjar asinus yang mulai bersekresi. Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI. Perkembangan payudara tidak dapat dilepaskan dari pengaruh hormon saat kehamilan, yaitu estrogen, progesteron, dan somatomammotropin. Pada kehamilan 12 minggu ke atas, dari puting susu dapat keluar cairan berwarna putih agak jernih disebut kolostrum

f) Sistem Respirasi

Pergerakan diafragma semakin terbatas seiring pertambahan ukuran uterus dalam rongga abdomen. Setelah minggu ke-30, peningkatan volume tidal, volume ventilasi permenit, dan pengambilan oksigen per menit akan mencapai puncaknya pada minggu ke-37. Wanita hamil akan bernafas lebih dalam sehingga memungkinkan pencampuran gas meningkat dan konsumsi oksigen meningkat 20%. Diperkirakan efek ini disebabkan oleh meningkatnya sekresi progesteron.

g) Sistem Perkemihan

Pada akhir kehamilan, bila kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul keluhan sering kencing akan timbul karena kandung kencing akan mulai tertekan. Selain itu juga terjadi hemodilusi menyebabkan metabolisme air menjadi lancar. Pada kehamilan tahap lanjut, pelvis ginjal kanan dan ureter lebih berdilatasi daripada pelvis kiri akibat pergeseran uterus yang berat ke kanan akibat terdapat kolon rektosigmoid disebelah kiri. Perubahan-perubahan ini membuat pelvis dan ureter mampu menampung urine dalam volume yang lebih besar dan juga memperlambat laju aliran urine.

h) Sistem Pencernaan

Biasanya terjadi konstipasi karena pengaruh hormon progesteron yang meningkat. Selain itu, perut kembung juga terjadi karena adanya tekanan uterus yang membesar dalam rongga perut yang mendesak organ-organ dalam

perut khususnya saluran pencernaan, usus besar, ke arah atas dan lateral. Wasir (hemoroid) cukup sering terjadi pada kehamilan. Sebagian besar hal ini terjadi akibat konstipasi dan naiknya tekanan vena-vena di bawah uterus termasuk vena hemoroidal. Panas perut terjadi karena terjadinya aliran balik asam gastrik ke dalam esofagus bagian bawah.

i) Sistem Muskuloskeletal

Hormon progesteron dan hormon relaksasi menyebabkan relaksasi jaringan ikat otot-otot. Hal ini terjadi maksimal pada satu minggu terakhir kehamilan. Proses relaksasi ini memberikan kesempatan pada panggul untuk meningkatkan kapasitasnya sebagai persiapan proses persalinan, tulang pubis melunak menyerupai tulang sendi, sambungan sendi sacrococcygis mengendur membuat tulang koksigis bergeser ke arah belakang sendi panggul yang tidak stabil. Hal ini menyebabkan sakit pinggang. Postur tubuh wanita secara bertahap mengalami perubahan karena janin membesar dalam adomen sehingga untuk mengompensasi penambahan berat ini, bahu lebih tertarik ke belakang dan tulang lebih melengkung, sendi tulang belakang lebih lentur, dan dapat menyebabkan nyeri punggung pada beberapa wanita.

j) Sistem Kardiovaskuler

Selama kehamilan, jumlah leukosit meningkat dari 5.000 menjadi 12.000 dan mencapai puncaknya saat melahirkan, kira-kira 14.000-16.000 dan belum diketahui penyebab kenaikan tersebut. Respons yang sama diketahui terjadi selama dan setelah olahraga berat, dan distribusi jenis sel juga berubah. Pada masa kehamilan, terutama pada bulan ketiga, jumlah granulosit dan limfosit meningkat, begitu pula limfosit dan monosit.

k) Sistem Integumen

Ibu hamil sering mengalami perubahan pada kulit yaitu terjadi hiperpigmentasi atau warna kulit kelihatan lebih gelap. Hal ini disebabkan karena adanya peningkatan Melanocyte Stimulating Hormone (MSH). Hiperpigmentasi dapat terjadi pada muka, leher, payudara, perut, lipatan paha dan aksila. Hiperpigmentasi pada muka disebut kloasma gravidarum biasanya timbul pada hidung, pipi dan dahi. Hiperpigmentasi pada perut terjadi pada

garis tengah berwarna hitam kecoklatan dari pusat kebawah sampai symphysis yang disebut linea nigra.

l) Sistem Metabolisme

Basal Metabolic Rate (BMR) meningkat sampai 15% sampai 20% pada akhir kehamilan, terjadi juga hiper trofiteroid sehingga kelenjar tyroid terlihat jelas pada ibu hamil. BMR akan kembali seperti sebelum hamil pada hari ke 5 atau ke 6 setelah persalinan. Peningkatan BMR menunjukkan adanya peningkatan kebutuhan oksigen. Vasodilatasi perifer dan percepatan aktivitas kelenjar keringat membantu melepaskan panas akibat peningkatan metabolisme selama hamil.

m) Sistem Berat Badan dan Indeks Massa Tubuh

Kenaikan berat badan wanita hamil berkisar antara 6,5-16 kg selama kehamilan. Bila berat badan tetap atau menurun, semua makan yang dianjurkan terutama yang mengandung protein dan besi. *The Institute of Medicine* merekomendasikan bahwa Indeks Massa Tubuh (IMT) sebelum hamil sebagai dasar peningkatan berat badan selama kehamilan. Penghitungan Indeks Massa Tubuh mempertimbangkan kesesuaian antara BB sebelum hamil dengan TB, yaitu Berat Badan (kg)/Tinggi Badan (m²).

n) Sistem Darah dan Pembekuan Darah

Volume darah pada ibu hamil meningkat sekitar 1500 ml terdiri dari 1000 ml plasma dan sekitar 450 ml Sel Darah Merah (SDM). Peningkatan volume terjadi sekitar minggu ke 10 sampai ke 12. Peningkatan volume darah ini sangat penting bagi pertahanan tubuh untuk: hipertrofi sistem vaskuler akibat pembesaran uterus, hidrasi jaringan pada janin dan ibu saat ibu hamil berdiri atau terlentang dan cadangan cairan untuk mengganti darah yang hilang pada saat persalinan dan masa nifas. Vasodilatasi perifer terjadi pada ibu hamil berguna untuk mempertahankan tekanan darah supaya tetap normal meskipun volume darah pada ibu hamil meningkat. Produksi SDM meningkat selama hamil, peningkatan SDM tergantung pada jumlah zat besi yang tersedia. Meskipun produksi SDM meningkat tetapi haemoglobin dan haematokrit menurun, hal ini disebut anemia fisiologis. Ibu hamil dikatakan

anemia apabila Hb <11 gram % pada trimester I dan III, Hb < 10,5 gram % pada trimester II.

o) Sistem Syaraf

- (1) Lordosis dorsolumbal dapat menyebabkan nyeri akibat tarikan pada saraf atau kompresi akar syaraf
- (2) Rasa sering kesemutan atau acroestesia pada ekstremitas disebabkan postur tubuh ibu yang membungkuk.
- (3) Edema yang melibatkan saraf perifer dapat menyebabkan carpal tunnel syndrom selama trimester akhir kehamilan. Edema menekan saraf median di bawah ligamentum karpalis pergelangan tangan. Sindrom ini ditandai parestesia (sensasi abnormal seperti rasa terbakar atau gatal akibat gangguan pada sistem saraf sensori) dan nyeri pada tangan yang menjalar kesiku.
- (4) Pembengkakan yang melibatkan saraf perifer dan tangan. Pembengkakan tersebut menekan saraf median dibawah ligmen persendian antara lengan dan tangan.
- (5) Akroestesia (kaku dan gatal di tangan) yang timbul akibat posisi bahu yang membungkuk. Keadaan ini berkaitan dengan tarikan pada segmen fleksus brachialis.

p) Sistem Endokrin

Pada usia kehamilan trimester 3 kadar hormone estrogen akan meningkat sedangkan progesterone semakin sedikit. Estrogen bersifat merangsang uterus untuk berkontraksi. sedangkan progesteron menjaga otot rahim agar tetap rileks selama kehamilan. Hormon oksitosin dan prolaktin pada saat kehamilan aterm sampai masa menyusui akan meningkat berfungsi sebagai perangsang produksi ASI.

2) Perubahan Psikologis

Trimester III sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Trimester III merupakan masa persiapan intensif menyambut kelahiran bayinya. Hal ini membuat ibu hamil tetap terjaga dan menunggu tanda dan gejala persalinan. (Marfuah et al., 2023)

Pada fase trimester ketiga perubahan-perubahan psikologis pada ibu hamil semakin kompleks dan meningkat dari trimester sebelumnya. Hal ini dikarenakan kondisi kehamilan yang semakin membesar. Adapun perubahan psikologis pada trimester III menurut (Manalor *et al*, 2023), antara lain:

a) Rasa tidak nyaman

Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ketiga dan pada kebanyakan ibu merasa bentuk tubuhnya semakin jelek. Selain itu, perasaan tidak nyaman juga berkaitan dengan adanya perasaan sedih karena dia akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil sehingga ibu membutuhkan dukungan dari suami, keluarga, dan bidan.

b) Perubahan emosional

Pada bulan-bulan terakhir menjelang persalinan perubahan emosi ibu semakin berubah-ubah dan terkadang menjadi tidak terkontrol. Perubahan emosi ini bermuara dari adanya perasaan khawatir, rasa takut, bimbang dan ragu jangan-jangan kondisi kehamilannya saat ini lebih buruk lagi saat menjelang persalinan atau kekhawatiran akibat ketidakmampuannya dalam menjalankan tugas-tugas sebagai ibu pasca-kelahiran bayinya.

c) Ibu yang memiliki perasaan tidak berarti (tidak ada tujuan)

Perasaan tidak berarti sering juga terjadi pada ibu hamil. Faktor-faktor penyebabnya bisa berasal perasaan sepi, tidak berdaya, meragu-kan atas kredibilitasnya, keraguan atas imannya kepada Tuhan (perasaan hampa secara rohani) sehingga merasa takut jangan-jangan Tuhan tidak mendengar doanya selama masa hamil, sulit menerima bantuan atau pertolongan dari orang lain, perasaan ditolak dari kelompoknya dan sebagainya.

d) Ibu mengalami perasaan kecewa

Perasaan kecewa paling menonjol terjadi kepada ibu-ibu hamil yang mengalami masalah dalam kehidupan perkawinannya, apakah karena sikap, suami atau keluarga besarnya kurang menyenangkan, tindakan suami yang kasar, temperamental, tindak kekerasan rumah tangga, hilangnya

kepercayaan pada suami, tidak menginginkan kehadiran anak atau hilangnya pegangan iman pada Tuhan.

e) Ibu yang Mengalami Tekanan Batin

Ibu hamil yang mengalami tekanan batin baik yang diketahui kasat-mata atau terselubung akan memberikan dampak buruk pada pertumbuhan dan perkembangan janin. Sumber-sumber tekanan batin ibu hamil berasal dari perasaan terpisah dengan pasangannya atau dengan orang tuanya, adanya konflik, perasaan tidak berarti, tidak ada tujuan hidup, rasa bersalah, penderitaan berat, kematian salah satu anggota keluarga, minimnya kehidupan rohani atau reaksi marah kepada Tuhan.

f) Ibu yang Mengalami Insomnia (Sulit Tidur)

Sulit tidur merupakan salah satu jenis gangguan tidur yang diakibatkan adanya perasaan gelisah, tidak tenang, pikiran, atau beban mental. Gangguan tidur pada ibu hamil terkadang tanpa alasan yang jelas, namun lebih mengarah kepada masalah psikologis.

g) Ketidaksabaran

Banyak ibu hamil merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayi. Perasaan ini biasanya lebih intens di minggu-minggu terakhir, seiring dengan meningkatnya ketidaknyamanan fisik. Keinginan untuk kehamilan berakhir dan bertemu bayi. (Branjerdporn *et al.*, 2017) mengidentifikasi peningkatan perasaan ini khususnya pada minggu-minggu terakhir kehamilan.

h) Persiapan untuk Bayi

Kekhawatiran tentang kondisi kesehatan dan normalitas bayi juga meningkat menjelang persalinan. Ibu hamil sering memikirkan apakah bayinya sehat, normal, dan akan berkembang dengan baik. Perilaku sarang (nesting) menjadi lebih intens pada trimester ini sebagai respons evolusioner dalam persiapan kelahiran.

i) Kecemasan tentang peran orang tua

Ibu hamil mulai mempersiapkan diri secara psikologis untuk peran barunya sebagai ibu. Mereka banyak memikirkan tentang bagaimana cara

merawat bayi, bagaimana kehidupan keluarga akan berubah, bagaimana mengelola tanggung jawab baru dan bagaimana hubungan dengan pasangan akan berubah. Sekitar 47% wanita primipara mengalami kecemasan yang signifikan tentang kemampuan parenting mereka.

3) Kebutuhan Dasar Ibu Hamil Trimester III

Kehamilan merupakan peristiwa istimewa yang dijalani oleh seorang wanita sebagai calon ibu. Kehidupan seorang wanita akan dipengaruhi adanya perubahan fisik, mental maupun sosial pada masa kehamilan. Selama kehamilan, adanya peningkatan kebutuhan fisik dan psikologis perlu diperhatikan agar kondisi kehamilan terjaga secara baik hingga persalinan. Asuhan kebidanan pada ibu hamil harus didasarkan pada bukti ilmiah (*evidence based practice*) yang terbukti lebih efektif dan efisien serta berfokus pada klien sehingga memberikan kepuasan bagi ibu hamil dan keluarganya (Lina Fitriani et al., 2021)

Kebutuhan dasar ibu hamil menurut (Gultom et al., 2020) adalah sebagai berikut :

a) Oksigen

Pemenuhan kebutuhan oksigen ibu hamil bertujuan untuk mencegah atau mengatasi hipoksia, melancarkan metabolisme, meringankan kerja pernafasan serta beban kerja otot jantung. Selama masa kehamilan terjadi peningkatan metabolisme yang menyebabkan peningkatan kebutuhan oksigen sebesar 15-20%. Peningkatan Tidal Volume sebesar 30-40%. Desakan rahim pada usia kehamilan lebih dari 32 minggu serta peningkatan kebutuhan oksigen akan berdampak pada Ibu hamil untuk bernafas 20-25% lebih dalam dibandingkan sebelum hamil. Pembesaran rahim menyebabkan diafragma terdesak ke atas. namun demikian terjadi pelebaran-rongga sehingga kapasitas paru-paru tidak berubah. Semakin bertambahnya usia kehamilan, rahim semakin membesar menyebabkan diafragma terdesak lebih tinggi sehingga ibu hamil sering merasakan sesak nafas. Untuk menghindari hal tersebut, ibu dianjurkan untuk melakukan latihan nafas

seperti senam hamil, tidur dengan bantal yang tinggi, makan tidak terlalu banyak, dan hindari perilaku merokok (Fitriani & Raehan, 2021)

b) Nutrisi

Kebutuhan nutrisi ibu hamil meliputi makro nutrisi dan mikro nutrisi. Kebutuhan makronutrien meliputi kalori, protein dan lemak, sedangkan mikronutrien meliputi vitamin, makromineral dan mikromineral. Ibu hamil membutuhkan tambahan kalori sebanyak 100 kal per hari pada trimester awal kehamilan dan mengalami peningkatan pada trimester selanjutnya sebesar 300 kal per hari. Kebutuhan kalori pada ibu hamil untuk memenuhi kebutuhan pertumbuhan dan perkembangan janin serta pembentukan jaringan penunjang selama kehamilan. Adapun pembentukan struktur sel dan jaringan serta penyusunan enzim membutuhkan protein. Kebutuhan protein pada ibu hamil meningkat sebanyak 17 gram per hari dan semakin meningkat dengan bertambahnya usia kehamilan. Nutrien lain yang dibutuhkan sebagai salah satu sumber energi tubuh dan sebagai pelarut vitamin larut lemak adalah lemak (Septiasari & Mayasari 2023)

Salah satu kebutuhan mikronutrien adalah asam askorbat. Ibu hamil membutuhkan tambahan asam askorbat sebanyak 10 mg per hari dibandingkan kebutuhan saat sebelum hamil. Konsumsi asam askorbat dianjurkan bersamaan dengan konsumsi zat besi agar dapat meningkatkan bioavailabilitas zat besi.

Kebutuhan vitamin A selama kehamilan sebesar 800 RE. Ibu hamil perlu ditekankan bahwa kelebihan konsumsi vitamin A dapat menyebabkan terjadinya kecacatan janin sehingga membutuhkan pengawasan ketat. Beberapa mikronutrien tidak mengalami peningkatan kebutuhan saat kehamilan seperti vitamin D, E dan K. Adapun kebutuhan kalsium mengalami peningkatan sebesar 150 mg per hari dari kebutuhan sebelum hamil sebesar 800-1000 mg per hari. Kebutuhan magnesium dan fosfor tidak mengalami perubahan selama kehamilan. Kebutuhan seng mengalami peningkatan hingga trimester ketiga sebesar 9 mg per hari. Kebutuhan iodium rata-rata bertambah sebesar 50 mcg per hari selama kehamilan.

Nutrien ini diperlukan dalam pembentukan tiroksin yaitu sebagai pengatur metabolisme makronutrien (Septiasari & Mayasari 2023).

c) Personal Hygiene

Pengetahuan personal hygiene pada ibu hamil sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan pada ibu hamil itu sendiri. Personal hygiene merupakan salah satu upaya preventif (pencegahan) penularan penyakit yang dapat dilakukan oleh ibu hamil. Oleh karena itu diperlukan alternatif untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman ibu hamil terhadap personal hygiene yaitu melalui edukasi (Sunarsih et al.,2020)

Adapun area yang sangat sensitif dan sangat memerlukan perhatian mengenai kebersihan yaitu area genital. Pada area genital ini terdapat cara khusus untuk membersihkannya :

- (a) Bersihan alat kelamin dan keringkan setiap sehabis BAB atau BAK
Membersihkan alat kelamin (cebok) dari arah depan ke belakang.
- (b) Ganti celana dalam apabila basah.
- (c) Pakai celana dalam yang terbuat dari katun sehingga menyerap keringat dan membuat sirkulasi udara yang baik. Jangan gunakan produk kebersihan kewanitaannya (semprotan atau bedak) dan sabun yang kuat yang dapat mengiritasi area kewanitaannya.
- (d) Tidak dianjurkan memakai semprot atau douch.
- (e) Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan minimal 2 kali sehari karena ibu hamil cenderung mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genetalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan. Kebersihan gigi dan mulut, perlu mendapat perhatian karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium (Sunarsih et al.,2020)

d) Istirahat

Ibu hamil sebaiknya memiliki jam istirahat atau tidur yang cukup. Jika kurang istirahat atau tidur, ibu hamil akan terlihat pucat, lesu dan kurang

gairah. Ibu hamil dianjurkan merencanakan istirahat teratur yaitu tidur malam hari $\pm$ 8 jam dan tidur siang $\pm$ 1 jam. Selama masa kehamilan, istirahat memegang peranan yang sama penting untuk kesehatan ibu dan janin. (Situmorang 2021)

Banyak faktor yang menyebabkan buruknya kualitas tidur pada ibu hamil. Perubahan fisiologis normal selama kehamilan seperti peningkatan ukuran uterus dan ketidaknyamanan fisik, serta peningkatan hormon progesteron berkontribusi pada kualitas tidur yang buruk pada ibu hamil trimester III. Progesteron yang meningkat mempunyai efek melemaskan otot, termasuk kandung kemih. Akibatnya, dalam tidur pun bisa terganggu oleh dorongan untuk kencing di malam hari sehingga menyebabkan kualitas tidur buruk. Prevalensi gangguan tidur ibu hamil di Indonesia masih cukup tinggi yaitu 64% (Qomarasari, dkk 2024).

e) Eliminasi

Kebutuhan ibu hamil pada pola eliminasi yaitu keseringan buang air kecil dan kesulitan buang air kecil. Ibu hamil yang masuk pada trimester III akan lebih sering buang air kecil karena bagian bawah janin menekan langsung pada kandung kemih. (Qomarasari, dkk 2024)

f) Seksual

Hubungan seksual tetap dapat dilakukan pada kondisi hamil. Beberapa manfaat hubungan seksual dalam kehamilan antara lain adalah menjalin hubungan dengan pasangan semakin akrab, mempertahankan kebugaran tubuh serta membantu kesiapan otot panggul dalam menghadapi persalinan serta memberikan efek relaksasi yang bermanfaat bagi ibu dan janin. Pada Trimester III, terjadi penurunan libido yang disebabkan karena ketidaknyamanan akibat pembesaran uterus. Pada kehamilan trimester III, saat berhubungan seksual pasangan dianjurkan tetap melakukan modifikasi posisi serta melakukan dengan lembut dan hati-hati. Pada kondisi ketuban pecah dini dan sudah ada pembukaan maka hubungan seksual tidak boleh dilakukan. (Qomarasari, dkk 2024)

g) Mobilisasi dan Body Mekanik

Mobilisasi adalah kemampuan untuk bergerak bebas, mudah, dan teratur, dengan tujuan memenuhi kebutuhan hidup sehat. Dengan mobilisasi maka akan berdampak pada peningkatan sirkulasi darah, peningkatan nafsu makan, perbaikan sistem pencernaan dan kualitas tidur yang lebih baik. Ibu hamil disarankan untuk menghindari aktivitas fisik yang melelahkan serta disarankan berjalan di udara yang bersih dan segar saat pagi hari, gerak badan ditempat serta berdiri jongkok, berbaring terlentang dengan mengangkat kaki, mengangkat perut dan berlatih pernafasan. Ibu hamil dianjurkan berolahraga dengan intensitas normal tidak berlebihan dan segera istirahat bila lelah. Saat hamil dengan kondisi perut besar maka pusat massa akan semakin tinggi yaitu mendekati pusat sehingga mengurangi kestabilan. Dengan demikian maka terjadi penambahan beban tulang punggung selama kehamilan. Postur atau sikap tubuh dan mekanika tubuh yang buruk akan semakin mendukung terjadinya ketidaknyamanan dan resiko cedera. (Fitrian & Wahyuni. 2021)

Postur tubuh yang benar adalah sebagai berikut:

(1) Posisi berdiri

Posisi kepala tegak, tidak menekuk, menghadap ke atas atau miring ke salah satu sisi. Bahu diluruskan dengan sedikit membusungkan dada. Otot perut dikencangkan, panggul tidak didorong maju atau mundur. Kedua ujung kaki menghadap ke depan, berat badan ditopang secara merata oleh kedua kaki. Jangan berdiri pada posisi yang sama untuk waktu yang lama.

(2) Posisi duduk

Menempatkan pinggul atau bokong di belakang kursi dan meluruskan bahu. Lekukan pinggang diperbaiki dengan memasang penyangga atau ditopang dengan bantal, gulungan kain atau handuk. Duduk bertumpu pada kedua tulang duduk dan selangkangan. Upayakan untuk menekuk lutut sedikit lebih banyak daripada paha. Gunakan pijakan kaki sesuai kebutuhan.

Menyilangkan kaki tidak dianjurkan. Kedua kaki harus rata di lantai. Posisi duduk yang sama tidak boleh lebih dari 30 menit. Saat bekerja, ketinggian kursi dan meja disesuaikan untuk kenyamanan.

(3) Posisi mengangkat beban

Ketika seorang wanita hamil mencoba untuk mengangkat barang bawaannya, hendaknya meletakkan barang bawaannya lebih dekat ke poros tubuhnya.

(4) Bangun dari posisi berbaring

Ketika seorang wanita hamil bangun dari berbaring, awalnya dengan menekuk lututnya untuk berbaring kesamping kemudian menopang tubuhnya dengan lengan ke posisi duduk.

h) Senam Hamil

Ibu hamil yang melakukan latihan fisik dengan menggunakan senam hamil dapat meningkatkan hormon endorfin. 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 rangsang nyeri akibat ketidaknyamanan selama kehamilan dan persiapan persalinan. Senam hamil dapat menurunkan kecemasan ibu dalam menghadapi persalinan (Fitrian & Wahyuni. 2021)

i) Pakaian

Penggunaan pakaian ibu hamil hendaknya nyaman, tidak sempit, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut. Pakaian menggunakan bahan katun sehingga mudah menyerap keringat. Gurita atau korset dapat dipakai untuk menyangga uterus dengan dipasang dibawah perut bukan menekan perut. Hindari korset yang terlalu menekan daerah panggul dan paha. Penggunaan *stocking* sebaiknya dihindari karena dapat memperparah bendungan vena yang sudah ada. Penopang payudara atau bra (BH) yang baik sangat penting untuk mencegah atau mengurangi sakit punggung atas (Fitrian & Wahyuni. 2021)

j) Persiapan Persalinan

Persiapan persalinan yang perlu di siapkan adalah pertolongan persalinan dan pencegahan penanganan komplikasi (P4K) seperti penolong persalinan, tempat bersalin, biaya persalinan, transportasi yang akan digunakan, calon pendonor, dan pendamping saat bersalin. Semua persiapan persalinan akan sangat mempengaruhi cepat lambatnya pertolongan yang diberikan (Fitrian & Wahyuni. 2021).

4) Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Tanda bahaya kehamilan adalah tanda-tanda yang mengindikasikan adanya bahaya yang dapat terjadi selama kehamilan/periode *antenatal*, yang apabila tidak dilaporkan atau tidak terdeteksi bisa menyebabkan kematian ibu (Vitania *et al.* 2024)

a) Plasenta Previa

Plasenta previa adalah plasenta yang rendah sehingga menutupi Sebagian atau seluruh ostium uteri internum (implantasi plasenta yang normal adalah pada dinding depan atau dinding belakang rahim atau di daerah fundus uteri. Gejala utama plasenta previa adalah pendarahan yang tampak nyeri yang terjadi seara tiba-tiba dan kapan saja (Wijayanti, dkk 2023).

b) Solusio Plasenta

Solusio plasenta adalah keluarnya plasenta sebelum waktunya, biasanya plasenta dikeluarkan setelah kelahiran bayi. Adapun tanda dan gejala dari solusio plasenta menurut (Wintoro & Piscoia,. 2022) antara lain:

- (1)Terkadang darah yang tidak keluar menumpuk dibelakang plasenta (pendarahan tersembunyi atau pendarahan kedalam)
- (2)Lepasnya plasenta dengan pendarahan tersembunyi menyebabkan tanda-tanda yang lebih serius (rahim sekeras papan karena semua pebdarah tertahan didalamnya. Biasanya berbahaya karena jumlah pendarahan yang keluar tidak seseuai dengan Tingkat keparahan syok
- (3)Keluar darah disertai rasa sakit juga di luar his akibat isi rahim
- (4)Sakit perut saat dipegang
- (5)Palpasi sulit dilakukan

(6) Fundus uteri naik semakin tinggi

(7) Bunyi jantung biasanya tidak ada

c) Sakit Kepala Yang Hebat

Sakit kepala selama kehamilan adalah umum, seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin mengalami penglihatan yang kabur. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklampsia.

d) Penglihatan Kabur

Penglihatan menjadi kabur atau berbayang dapat disebabkan oleh sakit kepala yang hebat, sehingga terjadi oedema pada otak dan meningkatkan resistensi otak yang mempengaruhi sistem saraf pusat, yang dapat menimbulkan kelainan serebral (nyeri kepala, kejang), dan gangguan penglihatan. Perubahan penglihatan atau pandangan kabur, dapat menjadi tanda pre-eklampsia.

e) Bengkak di muka atau tangan

Hampir separuh dari ibu-ibu akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat atau meletakkannya lebih tinggi. Bengkak dapat menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada permukaan muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan diikuti dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini bisa merupakan pertanda pre-eklampsia.

f) Janin Kurang Bergerak Seperti Biasa

Gerakan janin tidak ada atau kurang (minimal 3 kali dalam 1 jam). Ibu mulai merasakan gerakan bayi selama bulan ke-5 atau ke-6. Jika bayi tidak bergerak seperti biasa dinamakan IUFD (*Intra Uterine Fetal Death*). IUFD adalah tidak adanya tanda-tanda kehidupan janin didalam kandungan. Beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling

sedikit 3 kali dalam 1 jam jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik

g) Pengeluaran Cairan Pervaginam (Ketuban Pecah Dini)

Pengeluaran cairan pervaginam di sini adalah air ketuban yang pecah pada kehamilan aterm dan disertai dengan munculnya tanda-tanda persalinan adalah normal. Pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum dimulainya tanda-tanda persalinan ini disebut ketuban pecah dini. Ketuban pecah dini menyebabkan hubungan langsung antara dunia luar dan ruangan dalam rahim sehingga memudahkan terjadinya infeksi. Makin lama periode laten (waktu sejak ketuban pecah sampai terjadi kontraksi rahim), makin besar kemungkinan kejadian kesakitan dan kematian ibu atau janin dalam rahim

h) Kejang

Penyebab kematian ibu karena eklampsi (24%). Pada umumnya kejang didahului oleh makin memburuknya keadaan dan terjadinya gejala-gejala sakit kepala, mual, nyeri ulu hati sehingga muntah. Bila semakin berat, penglihatan semakin kabur, kesadaran menurun kemudian kejang. Kejang dalam kehamilan dapat merupakan gejala dari eclampsia

i) Demam Tinggi

Ibu menderita demam dengan suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$ dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam tinggi dapat merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan. penyebab kematian ibu karena infeksi (11%). Penanganan demam antara lain dengan istirahat baring, minum banyak dan mengompres untuk menurunkan suhu. (Wintoro & Piscoia, 2022)

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR), yaitu berupa kartu skor yang digunakan sebagai alat skrining antenatal berbasis keluarga guna menemukan faktor risiko ibu hamil, Kematian ibu dapat dicegah jika dilakukan deteksi dengan baik sehingga dapat direncanakan dan

dipersiapkan secara terpadu dalam upaya penyelamatan ibu. Salah satu alat untuk mendeteksi resiko tinggi ibu hamil adalah dengan menggunakan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) (Zainiyah et al., 2020).

1. Skor Poedji Rochjati

Kartu skor digunakan sebagai alat rekam kesehatan dari ibu hamil berbasis keluarga. Format KSPR disusun sebagai kombinasi antara ceklis dan sistem skor. Ceklis dari faktor resiko ada 20 :

- a) Kelompok I terdiri dari 10 faktor resiko
- b) Kelompok II terdiri dari 8 faktor resiko
- c) Kelompok III terdiri dari 2 faktor resiko

2. Sistem skor: tiap faktor resiko ada gambar masing-masing dengan tertulis 4 dan 8 (bekas operasi sesarea, letak sungsang, letak lintang, perdarahan antepartum dan preeclampsia berat/eklampsia) (PAKPAHAN et al., 2025)

3. Cara Pemberian Skor

Masing-masing ibu hamil (umur dan paritas) serta faktor resiko diberikan skor 2, 4 dan 8. Usia dan paritas pada seluruh ibu hamil mendapat skor 2 sebagai skor awal. Masing-masing faktor resiko skornya 4 kecuali bekas operasi sesar, letak sungsang, letak lintang, perdarahan antepartum, dan preeklamsia berat/eklamsi mendapat skor 8. Setiap faktor resiko bisa dilihat pada pada kartu skor poedji rochjati (KSPR), yang telah disusun dengan format sederhana agar mudah dicatat dan diisi. (Zainiyah et al., 2020).

Gambar 2.1 Skor Poedji Rochjati

KARTU SKOR POEDJI ROCHJATI
SKRINING/DETEKSI DINI IBU BERESIKO TINGGI
OLEH PKK DAN PETUGAS KESEHATAN

Nama : Umur Ibu : Th
 Hamil ke Haid Terakhir tgl : Perkiraan Persalinan tgl : bln
 Pendidikan : Ibu Suami :
 Pekerjaan : Suami :

KEL. F.R	II NO	III Masalah / Faktor Resiko	SKOR	IV Tribulan			
				I	II	III.1	III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Terlalu muda, hamil ≤ 16 th	4				
	2	a. Terlalu lambat hamil 1, kawin ≥ 4 th	4				
		b. Terlalu tua, hamil 1 > 35 th	4				
	3	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4				
	4	Terlalu lama hamil lagi (≥ 10 th)	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 / lebih	4				
	6	Terlalu tua, umur ≥ 35 tahun	4				
	7	Terlalu pendek < 145 Cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan:	4				
	a. Tarikan tang / vakum						
	b. Uri dirogoh	4					
	c. Diberi infus / Transfusi	4					
	10	Pernah Operasi Sesar	8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil :	4				
		a. Kurang darah b. Malaria					
		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				
III	17	Letak Sungsang	8				
	18	Letak lintang	8				
	19	Perdarahan dalam kehamilan uteri	8				
	20	Preeklampsia Berat / Kejang 2	8				
JUMLAH SKOR							

PENYULUHAN KEHAMILAN / PERSALINAN AMAN – RUJUKAN TERENCANA

KEHAMILAN				PERSALINAN DENGAN RE SI KO				
JML SKOR	KEL RSIKO	PERA WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENO LONG	RUJUKAN		
						RDE	RDR	RTW
2	KRR	BIDAN	TIDAK DIRUJUK	RUMAH POLINDES	BIDAN			
6-10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKMAS	BIDAN DOKTER			
≥ 12	KRT	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER			

Keterangan:

Skor 2 : kehamilan risiko rendah

Skor 6-10 : kehamilan risiko tinggi

Skor ≥ 12 : kehamilan risiko sangat tinggi

Sumber: Poedji Rochjati

1. Konsep Antenatal Care

a. Pengertian *Antenatal Care*

Antenatal Care (ANC) merupakan prosedur rutin yang dilakukan oleh petugas kesehatan (dokter/bidan/perawat) dalam membina suatu hubungan dalam pelayanan ibu hamil untuk persiapan persalinannya. Dengan demikian, pemberian asuhan ANC yang berkualitas dan terstandar akan menjadi salah satu penentu keberhasilan dalam *safe motherhood* sebagai usaha menurunkan AKI dan AKB (Tabelak et al., 2021).

Antenatal care merupakan program yang mampu menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Program antenatal care mampu mendeteksi secara dini komplikasi sejak kehamilan diikuti dengan pendidikan kesehatan dan pencegahan komplikasi kehamilann (Marfuah et al., 2023).

b. Standar Pelayanan Antenatal (10 T)

1) Pengukuran berat badan dan tinggi badan

Timbang BB dan pengukuran TB pertambahan BB yang normal pada ibu hamil yaitu berdasarkan masa tubuh (BMI: Body Massa Index), dimana metode ini menentukan pertambahan optimal selama masa kehamilan, karena merupakan hal yang penting untuk mengetahui BMI wanita hamil. Total pertambahan BB pada kehamilan yang normal adalah 11,5-16 Kg adapun TB menentukan tinggi panggul ibu, ukuran normal yang baik untuk ibu hamil tidak < 145 cm.(Yulianti & Mirong 2020)

Tabel 2.2 Kenaikan Berat Badan Ibu Hamil

IMT Sebelum Hamil	Kenaikan BB (kg)	Laju Kenaikan BB (rata-rata/minggu)
<i>Underweight</i> IMT <18.5	12.5-18	0.51
Normal IMT 18.5-24.9	11.5-16	0.42
<i>Overweight</i> IMT 25.0-29.9	7-11.5	0.28
<i>Obese</i> IMT ≥ 30	5-9	0.22

(sumber: institute of medicine)

2) Pengukuran tekanan darah

Darah perlu diukur untuk mengetahui perbandingan nilai dasar selama kehamilan. Tekanan darah yang adekuat perlu untuk mempertahankan fungsi plasenta, tetapi tekanan darah sistolik 140 mmHg atau diastolik 90 mmHg pada awal pemeriksaan dapat mengindikasikan potensi hipertensi (Mandriwati et al., 2011) dalam (Situmorang s et al. 2021).

3) Pengukuran lingkaran lengan atas (LILA)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energi kronis (KEK). Ibu hamil yang mengalami KEK di mana ukuran LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

4) Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri)

Pengukuran tinggi fundus uteri berguna untuk melihat pertumbuhan janin apakah sesuai dengan usia kehamilan. Pengukuran TFU dengan teknik McDonald adalah cara mengukur tinggi fundus uteri menggunakan alat ukur Panjang mulai dari tepi atas simfisis pubis sampai pada fundus uteri atau sebaliknya. Tinggi fundus uteri dalam sentimeter (cm), yang normal harus ditentukan berdasarkan HPHT. Jika hasil pengukuran berbeda 1-2 cm, masih dapat ditoleransi, tetapi jika deviasi lebih kecil 2 cm dari umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin, sedangkan bila deviasi lebih besar dari 2 cm kemungkinan terjadi bayi kembar (gemeli), polihidramnion, atau janin besar. Pengukuran tinggi fundus uteri dilakukan setiap kali kunjungan antenatal. Untuk menentukan letak, presentasi, posisi dan penurunan kepala dengan melakukan pemeriksaan Leopold yang dibagi menjadi 4 tahap yaitu:

a) Leopold I

Mengetahui tinggi fundus uteri, untuk memperkirakan usia kehamilan dan menentukan bagian-bagian janin di fundus uteri.

b) Leopold II

Mengetahui bagian-bagian janin yang berada dibagian samping kanan dan kiri rahim.

c) Leopold III

Menentukan presentasi janin dan menentukan apakah presentasi sudah masuk pintu atas panggul atau belum.

d) Leopold IV

Pastikan bagian bawah janin sudah masuk ke dalam pintu atas panggul dan tentukan seberapa jauh bagian bawah janin sudah masuk kedalam pintu atas panggul.

Taksiran berat badan janin merupakan indikator untuk menentukan bobot janin dalam kandungan ibu sekaligus untuk menentukan kesejahteraan janin apakah sudah sesuai dengan usia kehamilan atau tidak (II, n.d.) Taksiran berat badan janin dilakukan untuk mendeteksi secara dini terkait adanya komplikasi ibu selama kehamilannya. Pemantauan taksiran berat badan janin dilakukan untuk memantau perkembangan janin untuk meminimalisir risiko terkait adanya pertumbuhan dan perkembangan janin ke arah yang tidak normal. Dikhawatirkan jika janin mengalami komplikasi dan terlambat mendapatkan penanganan maka angka kematian janin tidak dapat dihindari (Arifah & Himawati, 2023).

Tabel 2.3 Tinggi Fundus Uteri Sesuai Masa Kehamilan

Tinggi Fundus Uteri (TFU)	Usia Kehamilan (UK)
12 Minggu	1-2 jari diatas symphysis
16 Minggu	Pertengahan pusat-symphysis
20 Minggu	3 jari di bawah pusat
24 Minggu	Setinggi pusat
28 Minggu	3 jari di atas pusat
32 Minggu	Pertengahan processus xiphoideus-pusat
36 Minggu	3 jari di bawah processus xiphoideus
40 Minggu	Pertengahan processus xiphoideus-pusat

sumber: westin 2023

Table 2.4 Tinggi fundus Uteri Menurut Mc.Donald

Umur Kehamilan (minggu)	Tinggi fundus Uteri (sentimeter)
22-28 minggu	24-25 cm di atas simfisis
28 minggu	26,7 cm di atas simfisis
30 minggu	29,5-30 cm di atas simfisis
32 minggu	29,5-30 cm di atas simfisis
34 minggu	31 cm di atas simfisis
36 minggu	32 cm di atas simfisis
38 minggu	33 cm di atas simfisis
40 minggu	37-7 cm di atas simfisis

Sumber: James Mc.Donald 1906

5) Penentuan presentasi janin dan denyut janin (DJJ)

Keputusan untuk menunjukkan janin diselesaikan menjelang akhir trimester II berikutnya dan sejak saat itu pada setiap kunjungan antenatal. Penilaian ini diharapkan dapat menentukan luas tukik. Bila pada trimester ketiga sebagian bagian bawah embrio belum ada kepala atau kepala janin belum masuk ke panggul, berarti ada kelainan posisinya, panggul tipis, atau ada masalah lain. DJJ lambat di bawah 120x/menit atau DJJ cepat lebih dari 160x/menit menunjukkan penderitaan janin.

6) Pemberian imunisasi sesuai dengan status imunisasi

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapatkan imunisasi TT. Skrining status imunisasi TT dapat dilakukan pada kunjungan pertama ibu hamil. Pemberian imunisasi TT selanjutnya disesuaikan dengan status imunisasi ibu saat ini.

Tabel 2.5 Jadwal Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid

Jenis Imunisasi	Usia Pemberian	Masa Perlindungan
TT1	Pada kunjungan antenatal pertama	
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	25 tahun

Sumber: WHO.1989

7) Tablet Fe (minimal 90 tablet selama hamil)

Manfaat zat besi pada ibu hamil adalah mencegah Kekurangan zat besi pada ibu hamil, bukan menaikkan kadar hemoglobin. Wanita hamil perlu menyerap zat besi rata-rata 60 mg/hari, kebutuhannya meningkat secara signifikan pada trimester 2, karena absorpsi usus yang tinggi. Fe diberikan 1 kali perhari selama kehamilan, 90 tablet diberikan setelah rasa mual mereda (Triharini et al., 2025)

a) Pemberian dosis zat besi selama kehamilan dilakukan dengan memberikan satu tablet setiap hari secara terus menerus selama 90 hari sepanjang masa kehamilan. Tablet tambah darah (TTD) mengandung 200 mg ferro sulfat yang setara dengan 60 miligram besi elemental dan 0,5 mg asam folat. Ibu hamil disarankan mengonsumsi tiga puluh tablet Fe setiap bulan untuk mengurangi gejala anemia selama kehamilan (Fajrin et al., 2020).

b) Waktu dan cara konsumsi tablet zat besi tidak perlu dilakukan pada awal kehamilan, karena tubuh ibu hamil masih memiliki cadangan zat besi yang cukup untuk pembentukan sel darah merah. Namun, pada trimester II hingga III, cadangan zat besi dalam tubuh mulai berkurang. Penyerapan zat besi dapat optimal jika tablet atau sirup zat besi diminum dengan air matang atau air putih. Disarankan untuk mengonsumsi tablet zat besi pada malam hari setelah makan, sebelum tidur, supaya mengurangi efek mual. (Vitania et al., 2024).

8) Tes laboratorium

Tes darah tambahan untuk malaria, HIV, sifilis, dan kondisi lainnya. Triple Elimination adalah program yang diadakan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia untuk memerangi penularan HIV (Human

Immunodeficiency virus), Sifilis dan Hepatitis dari ibu hamil ke bayinya. Kegiatan ini merupakan kegiatan yang diadopsi dari program WHO (World Health Organization) yang disebut dengan triple eliminasi. Angka penularan dapat ditekan hingga 5% dari seharusnya 15% dengan kegiatan preventif berupa tes HIV, Hepatitis B dan Sifilis selama antenatal care (ANC) (Tabelak et al.2023). Umumnya pengetahuan ibu hamil tentang pemeriksaan HIV/AIDS masih sangat kurang sehingga masih diperlukan peran tenaga kesehatan untuk lebih sering memberikan sikap positif terhadap pemeriksaan HIV/AIDS pada ibu hamil.

9) Tatalaksana kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal diatas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

10) Temu wicara

Temu wicara pasti dilakukan dalam setiap ibu hamil melakukan kunjungan. Bisa berupa anamnesa, konsultasi dan persiapan rujukan. Anamnesa meliputi biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan, nifas dan pengetahuan ibu hamil. Memberikan konsultasi atau melakukan kerjasama penanganan jika diketahui adanya keluhan/masalah tertentu.

2. Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan di mulai sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap (Wijayanti et al., 2022)

Persalinan adalah proses pengeluaran janin pada kehamilan cukup bulan yaitu sekitar 37-42 minggu dan lahir secara spontan dengan presentasi belakang

kepala yang berlangsung selama 18-24 jam tanpa komplikasi. Persalinan adalah perlakuan oleh rahim ketika bayi akan dikeluarkan. Bahwa rahim selama persalinan, rahim akan berkontraksi dan mendorong bayi sampai ke leher rahim, sehingga dorongan ini menyebabkan leher rahim mencapai pembukaan lengkap.

Berdasarkan kedua pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa Persalinan adalah proses fisiologis yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (antara 37–42 minggu), ditandai dengan kontraksi uterus yang menyebabkan perubahan pada serviks berupa penipisan dan pembukaan, hingga akhirnya mengeluarkan janin, plasenta, dan selaput ketuban secara spontan. Persalinan dianggap normal jika berlangsung tanpa komplikasi, dengan presentasi belakang kepala, dan durasi proses berkisar antara 18–24 jam.

b. Jenis-Jenis Persalinan

Menurut (Wijayanti et al., 2022), jenis bersalinan berdasarkan bentuk terjadinya dapat dikelompokkan ke dalam 3 cara, yaitu :

1) Persalinan spontan

Persalinan spontan adalah proses persalinan lewat vagina yang berlangsung tanpa menggunakan alat maupun obat tertentu, baik itu induksi, vakum, atau metode lainnya. Persalinan spontan benar-benar hanya mengandalkan tenaga dan usaha ibu untuk mendorong keluarnya bayi. Persalinan spontan dapat dilakukan dengan presentasi belakang kepala (kepala janin lahir terlebih dahulu) maupun presentasi bokong (sungsang).

2) Persalinan anjuran (induksi)

Persalinan anjuran adalah persalinan yang baru dapat berlangsung setelah permulaannya dianjurkan dengan suatu perbuatan atau tindakan, misalnya dengan pemecahan ketuban atau dengan memberi suntikan oksitosin.

3) Persalinan tindakan

Persalinan tindakan adalah persalinan yang tidak dapat berjalan normal secara spontan atau tidak berjalan sendiri, oleh karena terdapat indikasi adanya penyulit persalinan sehingga persalinan dilakukan dengan

memberikan tindakan menggunakan alat bantu seperti persalinan dengan ekstraksi forceps, ekstraksi vakum, dan section caesare

c. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Pada setiap persalinan harus diperhatikan faktor-faktor yang memengaruhinya. Faktor-faktor yang memengaruhinya atau yang menentukan diagnosis persalinan adalah *passage* (panggul ibu), *power* (kekuatan) termasuk kekuatan dari kontraksi uterus dan kekuatan mengejan ibu, *passanger* (buah kehamilan), psikologis ibu dan penolong. Faktor-faktor tersebut harus diperhatikan karena ketidaksesuaian yang satu akan berdampak terhadap yang lain, terlebih bagi penolong persalinan harus memperhatikan kelima faktor tersebut, agar persalinan dapat terjadi sesuai yang diharapkan, berjalan dengan lancar tanpa ada komplikasi (Akbar & Parhusip, 2024)

1) *Passage*

Passage adalah jalan lahir. Jalan lahir dibagi atas bagian keras dan bagian lunak. Bagian keras meliputi tulang-tulang panggul dan bagian lunak yang meliputi uterus, otot dasar panggul dan perineum. , faktor *passage* adalah sebagai berikut :

a) Jalan Lahir Keras (Panggul/Pelvis)

Panggul merupakan salah satu jalan lahir keras yang memiliki fungsi lebih dominan daripada jalan lahir lunak. Pelvis terdiri dari 2 (dua) bagian:

- (1) Bagian Keras : dibentuk oleh tulang panggul
- (2) Bagian Lunak : dibentuk oleh otot-otot ligamentum. Bagian pelvis yang dibentuk oleh tulang panggul di bagi oleh linea terminalis menjadi 2 (dua) bagian, yaitu:

(a) *Pelvis Mayor*

Pelvis mayor ini mendukung isi perut dan sedikit bermakna secara ostetrik yang relevan dengan jalan lahir melalui perlvls.

(b) *Pelvis Minor*

Menjadi wadah alat kandungan dan menentukan bentuk jalan lahir. Pelvis minor membentuk jalur tulang yang dilalui janin untuk dilahirkan per vagina.

- (c) *Pelvis Mayor* terdiri dari 4 (empat) tulang, yaitu: dua tulang pangkal paha (os coxae), satu tulang kelangkang (os sacrum), dan satu tulang ekor/tulang tungging (os coccygis)

b) Jenis-Jenis Panggul

(1) *Ginekoid*

Merupakan jenis panggul paling ideal untuk wanita dengan bentuk pintu atas panggul (PAP) hampir bulat. Panjang diameter anteroposterior hampir sama dengan diameter transversa. Ditemukan pada 45% wanita.

(2) *Android*

Umumnya dimiliki oleh pria dengan bentuk PAP hampir segitiga. Panjang diameter anteroposterior sama dengan diameter transversa, tetapi lebih mendekati sakrum. Ditemukan pada 15% wanita.

(3) *Atropoid*

Jenis panggul berbentuk Pintu atas panggul (PAP) agak lonjong seperti telur. Diameter anteroposterior lebih panjang dibanding diameter transversa. Terdapat pada 35% wanita.

(4) *Platipeloid*

Bentuk panggul menyempit pada arah muka belakang. Diameter anteroposterior jauh lebih kecil dibanding diameter transversa. Ditemukan pada 5% wanita.

c) Jalan Lahir Lunak

Jalan lahir lunak terdiri dari :

1) Serviks

Serviks akan matang mendekati waktu persalinan. Selama masa hampir serviks dalam keadaan menutup, panjang, serta lunak, dan pada saat mendekati persalinan, serviks masih lunak, mengalami sedikit penipisan (*effacement*), kemungkinan sedikit dilatasi. Evaluasi kematangan serviks akan tergantung pada individu wanita dan paritasnya. Adanya peningkatan intensitas *Braxton Hicks* mengakibatkan perubahan serviks terjadi. Pembukaan ini terjadi akibat kontraksi *Braxton Hicks* sebelum proses persalinan dimulai. Peristiwa awal pembukaan dan penipisan inilah yang merupakan ciri-ciri dari kematangan serviks.

2) Vaginal

Vagina bersifat elastis dan berfungsi sebagai jalan lahir dalam persalinan normal.

3) Otot Rahim

Otot rahim tersusun dari tiga lapis, yaitu *longitudinal* (memanjang), melingkar dan miring. Segera setelah persalinan, susunan otot rahim tersebut sedemikian rupa akan mengondisikan pembuluh darah menutup untuk menghindari terjadinya perdarahan dari tempat implantasi plasenta. Selain menyebabkan mulut rahim membuka secara pasif, kontraksi dominan yang terjadi pada bagian fundus (bagian atas rahim) pada kala I persalinan juga mendorong bagian terendah janin maju menuju jalan lahir sehingga ikut aktif dalam membuka mulut rahim.

4) Passanger

Faktor *passanger* terdiri dari tiga unsur yaitu Janin, Cairan Amnion dan Plasenta.

a) Janin

Janin yang bergerak sepanjang jalan lahir akibat interaksi beberapa faktor yaitu ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Namun, plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal (Sulfianti et al., 2020).

b) Cairan Amnion

Pada saat persalinan, Cairan Amnion yang membuka serviks. Amnion sangat penting guna memberikan pada janin, dan berfungsi sebagai bantalan yang melindungi janin terhadap trauma dari luar, menjaga perubahan suhu, pertukaran cairan, sarana yang memungkinkan bayi bergerak dengan leluasa, sampai mengatur tekanan dalam rahim. Air ketuban juga berfungsi menjaga janin dari sepsis, dan dalam proses persalinan ketuban mendorong serviks untuk berdilatasi.

Seiring bertambahnya usia kehamilan, aktivitas organ tubuh janin mempengaruhi komposisi cairan amnion. Jumlah cairan amnion tidak selalu sama pada tiap usia kehamilan. Jumlah itu akan bertambah atau

berkurang sesuai perkembangan kehamilan. Saat usia kehamilan 25-26 minggu, terdapat rata-rata 239 ml air ketuban. Jumlah ini lalu mengalami peningkatan menjadi ± 984 ml pada usia kehamilan 33-34 minggu dan turun menjadi 856 ml saat janin siap lahir. Faktor penyebab cairan ketuban berkurang adalah karena proses menelan. Janin bisa menelan cairan ketuban sebanyak 20 ml per jam atau kurang lebih setengah dari jumlah total cairan ketuban per hari. Namun, jumlah cairan yang ditelan janin hampir sebanding dengan produksi urin janin. Cara mengenali air ketuban, antara lain :

Dengan lakmus (air ketuban ditetaskan diatas kertas lakmus, jika positif maka akan ditemukan adanya rekasi kertas lakmus berwarna biru. Pemeriksaan ini bisa ditemukan pada kasus persalinan dengan kasus ketuban pecah dini).

- (1) Makroskopis (bau amis, adanya lanugo, rambut verniks caseosa dan bercampur ketuban).
- (2) Mikroskopis (lanugo dan rambut).
- (3) Laboratorium (kadar urea/ureum rendah dibandingkan air kemih)

c) Plasenta

Karena plasenta harus melalui jalan lahir, ia juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin. Namun, plasenta jarang menghambat proses persalinan pada persalinan normal. Plasenta merupakan bagian yang sangat penting selama proses kehamilan. Peranan penting plasenta ialah sebagai transport zat dari ibu ke janin, menghasilkan hormon yang bermanfaat saat hamil, serta sebagai pelindung. Melihat pentingnya peranan dari plasenta maka bila terjadi kelainan pada plasenta juga akan menyebabkan kelainan pada janin ataupun mengganggu proses persalinan.

Komplikasi pada plasenta dapat berupa gangguan fungsi dari plasenta ataupun gangguan perlekatan dari plasenta. Gangguan dari perlekatan plasenta dapat berupa kelainan letak perlekatan ataupun kelainan dalamnya perlekatan. Kelainan letak perlekatan dalam hal ini adalah

keadaan yang disebut sebagai plasenta previa. Sementara itu, kelainan kedalaman dari perlekatan ialah yang disebut plasenta akreta, inkreta dan perkreta.

d) Tahapan Persalinan

Menurut (Rosiana et al., 2021), tahapan persalinan dibagi menjadi 4 kala, yaitu :

1) Kala I (Kala pembukaan)

Seorang ibu bersalin dikatakan dalam tahap persalinan kala I, jika sudah terjadi pembukaan serviks dan terdapat kontraksi yang teratur disertai keluarnya lendir bercampur darah (*Bloody show*). Pembukaan dan pendataran pada serviks menyebabkan pengeluaran lendir yang berasal dari kanalis servikalis. Sedangkan darah yang keluar berasal dari pembuluh-pembuluh darah kapiler yang pecah dikarenakan pergeseran ketika serviks membuka di sekitar kanalis servikalis.

Pembukaan menurut (Vitania et al., 2024) merupakan tahapan persalinan yang dimulai dari his/kontraksi persalinan pertama sampai pembukaan serviks menjadi lengkap. Proses membukanya serviks dibagi dalam 2 fase yaitu:

a) Fase laten

Fase pembukaan yang sangat lambat, his masih lemah dengan frekuensi jarang, dimulai dari 0 sampai 3 cm yang membutuhkan waktu 8 jam.

b) Fase aktif

Berlangsung selama 6-7 jam dibagi menjadi 3:

- (1) Fase akselerasi dimulai dari pembukaan 3 cm menjadi 4 cm, lamanya 2 jam.
- (2) Fase dilatasi maksimal dimulai dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm, lamanya 2 jam. Pembukaan berlangsung sangat cepat.
- (3) Fase deselerasi dimulai dari pembukaan 9 cm menjadi 10 cm, lamanya 2 jam. Pembukaan menjadi lambat kembali.

2) Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Tahap ketika janin dilahirkan atau sering disebut dengan kala pengeluaran dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai lahirnya bayi. Batas dan durasi kala II persalinan tergantung pada paritas. Seorang ibu bersalin yang menerima blok epidural mungkin akan mengalami durasi kala II yang lebih lama dan menyebabkan hilangnya reflek mengedan. Rata-rata durasi kala II berlangsung selama 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida.

3) Kala III (Kala Pelepasan Plasenta)

Kala III atau kala uri merupakan pelepasan dan pengeluaran plasenta. Pengeluaran plasenta seharusnya tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dan fundus agak diatas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dindingannya. Plasenta harus diperhatikan kelengkapannya secara cermat, untuk mencegah gangguan kontraksi rahim atau terjadinya perdarahan.

4) Kala IV (Kala Pengawasan)

Kala IV persalinan berlangsung kira-kira 2 jam setelah plasenta lahir. Tahap ini merupakan masa pemulihan yang bertujuan melakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. observasi yang dilakukan pada kala ini yaitu: tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan.

d. Pemantauan Dengan Partograf

Partograf adalah alat bantu untuk melakukan observasi atau pemantauan kemajuan persalinan kala I persalinan dan memberikan informasi untuk membuat keputusan klinik (Emi Nurjismi, 2021) dalam (Ruhayati et al., 2024).

1) Waktu pengisian partograf

Waktu yang tepat untuk pengisian partograf adalah saat proses persalinan telah berada dalam kala I fase aktif yaitu saat pembukaan serviks dari 4

sampai 10 cm dan berakhir pada pemantauan kala Partograf halaman depan

Partograf halaman depan terdiri dari:

- a) Informasi tentang ibu serta riwayat kehamilan dan persalinan.

Bagian ini diisi mulai dari:

- (a) Nomor registrasi
- (b) Nomor Puskesmas
- (c) Nama Ibu
- (d) Umur Ibu
- (e) Gravida, para, abortus
- (f) Tanggal dan jam mulai di rawat
- (g) Waktu pecahnya selaput ketuban
- (h) Waktu mules yang dirasakan ibu

2) Kondisi janin

- a) Denyut jantung janin (DJJ)

Nilai dan catat DJJ setiap 30 menit. Setiap kotak yang ada di partograf menunjukkan waktu 30 menit. Catat DJJ dengan tanda titik (•). Hubungkan titik satu dengan titik lainnya dengan garis tegas dan bersambung sehingga membentuk grafik DJJ.

- b) Warna dan adanya air ketuban

Nilai kondisi air ketuban dan warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Catat temuan pada kotak sesuai dibawah DJJ. Gunakan lambang berikut:

- U** : ketuban masih **utuh** (belum pecah)
- J** : ketuban sudah pecah dan air ketuban **jernih**
- M** : ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur **meconium**
- D** : ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur **darah**
- K** : ketuban sudah pecah dan air ketuban tidak mengalir
(**kering**)

3) Penyusupan (molase) kepala janin

Indikator penting dalam menentukan seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan dengan tulang panggul ibu disebut dengan penyusupan atau molase. Semakin besae derajat penyusupan atau molase semakin menunjukkan risiko *Cephalopelvic Disporpotion* (CPD).

Catat temuan pada kotak dibawah lajur air ketuban. Gunakan lambang-lambang berikut:

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

e. Kemajuan Persalinan

Kemajuan dalam proses persalinan meliputi pembukaan serviks, penurunan janin, garis waspada, dan garis bertindak. Dalam partograf, kolom dan lajur kedua digunakan untuk mencatat perkembangan ini. Angka 0 hingga 10 di tepi kolom kiri mempresentasikan dilatasi serviks, di mana setiap angka memiliki lajur dan kotak tersendiri. Setiap kotak mencerminkan pembukaan serviks dengan penambahan dilatasi 1 cm. Selain itu, skala 1 hingga 5 digunakan untuk menunjukkan penurunan janin, di mana setiap kotak pada bagian ini mencatat interval waktu 30 menit (Bahran *et al.* 2023).

1) Pembukaan Serviks

- a) Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf setiap temuan dari setiap pemeriksaan.
- b) Nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam . menyantumkan tanda 'X' di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks (Vitania et al., 2024)

2) Penurunan bagian terbawah janin

- a) Untuk menentukan penurunan kepala janin tercantum angka 1-5 yang sesuai dengan metode perlinaan.
- b) Menuliskan turunnya kepala janin dengan garis tidak terputus dari 0-5.

c) berikan tanda '0' pada garis waktu yang tidak sesuai.

3) Garis waspada dan garis bertindak

- a) Garis waspada, dimulai pada pembukaan serviks 4 cm (jam ke 0), dan berakhir pada titik di mana pembukaan lengkap (6 jam). Pencatatan dimulai pada garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada, maka harus dipertimbangkan adanya penyulit.
- b) Garis bertindak, tertera sejajar dan di sebelah kanan (berjarak 4 jam) pada garis waspada. Jika pembukaan serviks telah melampaui dan berada di sebelah kanan garis bertindak maka menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan (Vitania et al., 2024).

4) Jam dan waktu

- a) Waktu mulainya fase aktif persalinan. Setiap kotak menyatakan satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.
- b) Waktu aktual saat pemeriksaan atau persalinan. Menyantumkan tanda 'X' di garis waspada, saat ibu masuk dalam fase aktif persalinan (Vitania et al., 2024).
- c) Menurut (Vitania et al., 2024) Kontraksi uterus terdapat lima kotak kontraksi per 10 menit. Nyatakan lama kontraksi dengan:
 - (1) Titik-titik di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik.
 - (2) Garis-garis di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.
 - (3) Arsir penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik.

5) Obat-obatan dan cairan

Kolom pencatatan obat-obatan dan cairan yang diberikan oleh petugas terdapat dibawah dari kolom pengisian kontraksi. Obat-obatan seperti oksitosin dapat dicatatkan pada kolom ini, didokumentasikan setiap 30 menit jumlah oksitosin yang diberikan per volume dari cairan intra vena juga dicatatkan.

6) Kondisi ibu

Menurut (Vitania et al., 2024) pemantauan kondisi ibu meliputi:

a) Nadi, tekanan darah dan suhu tubuh

(1) Nadi dicatat setiap 30 menit. Beri tanda titik (•) pada kolom yang sesuai.

(2) Tekanan darah, dicatat tiap 4 jam atau lebih sering jika diduga ada penyulit. Memberi tanda panah pada partograf pada kolom waktu yang sesuai.

(3) Suhu tubuh, diukur dan dicatat setiap 2 jam atau lebih sering jika terjadi peningkatan mendadak atau diduga ada infeksi.

b) Volume, urine, protein dan aseton.

Mengukur dan mencatat jumlah produksi urine setiap 2 jam (setiap ibu berkemih). jika memungkinkan, lakukan pemeriksaan aseton dan protein dalam urine.

7) Lembar belakang

Menurut (Vitania et al., 2024) lembar belakang partograf merupakan catatan peralihan yang berguna untuk mencatat proses persalinan yaitu data dasar, kala I, kala II, kala III, dan kala IV, bayi baru lahir.

a) 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.

b) Kala I

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

c) Kala II

Terdiri dari episiotomy, pendamping persalinan, gawat janin, distosiabahu dan masalah serta penatalaksanaannya.

d) Kala III

Berisi informasi tentang inisiasi menyusui dini, lama kala III, pemberian oksitosin, penegangan tali pusat terkendali, masase fundus uteri, kelengkapan plasenta, retensio plasenta lebih dari 30 menit, laserasi, atonia uteri, jumlah perdarahan, masalah lain, penatalaksanaan dan hasilnya.

e) Kala IV

Berisi tentang data tekanan darah, nadi, suhu tubuh, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan.

f) Bayi baru lahir

Berisi tentang berat badan, panjang badan, jenis kelamin, penilaian bayi baru lahir, pemberian ASI, masalah lain dan hasilnya.

f. 60 langkah Asuhan Persalinan Normal (APN)

- 1) Mendengar dan melihat tanda dan gejala kala II yaitu ibu sudah merasa adanya dorongan kuat untuk meneran, ibu sudah merasa adanya tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina, perineum tampak menonjol, dan vulva dan sfingter ani membuka.
- 2) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi siapkan: tempat datar, rata, bersih, kering, dan hangat, tiga handuk/kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi), alat penghisap lender, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi. Untuk ibu yakni: menggelar kain di perut bawah ibu, menyiapkan oksitosin 10 unit, dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
- 3) Pakai celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan.
- 4) Melepaskan dan menyiapkan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk yang bersih dan kering.
- 5) Memakai satu sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau steril pada tangan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.

- 6) Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik.
- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas yang sudah dibasahi air desinfeksi tingkat tinggi (DTT).
- 8) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap. Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.
- 9) Dekontaminasi sarung tangan (mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam clorin 0,5% selama 10 menit). Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan. Tutup kembali partus set.
- 10) Periksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit). Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil- hasil penilaian serta asuhan lain dalam partograf. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran.
- 11) Memberitahukan pada ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu menentukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya dengan cara menunggu 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. Jelaskan pada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan member semangat pada ibu dan meneran secara benar.
- 12) Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat. Pada kondisi itu, ibu di posisikan

setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman.

- 13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat:
 - a) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.
 - b) Dukung 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 untuk memberikan dukungan dan semangat.
 - f) Berikan 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 pimpin meneran ≥ 120 menit (2 jam) pada primigravida atau ≥ 60 menit (1 jam) pada mulyigravida.
- 14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.
- 15) Letakan kain bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- 16) Letakan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu
- 17) Buka tutup partus set dan periksakembali kelengkapan peralatan dan bahan.
- 18) Pakai sarung tangan DTT/steril pada kedua tangan.

KALA II

- 19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi refleks dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran secara efektif atau bernafas cepat dan dangkal.

- 20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal ini terjadi), segera lanjutkan proses kelahiran bayi dengan memperhatikan jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi, dan jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat diantara dua klem tersebut.
- 21) Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan.
- 22) Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- 23) Setelah kedua bahu lahir, satu tangan menyangga kepala dan bahu belakang, tangan yang lain menelusuri dan memeganglengan dan siku bayi sebelah atas.
- 24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukan telunjuk diantara kedua 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).
- 25) Lakukan penilaian selintas:
 - a) Apakah bayi cukup bulan?
 - b) Apakah bayi menangis kuat?
 - c) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

Bila salah satu jawaban adalah "TIDAK" lanjut ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia (lihat penuntun belajar resusitasi bayi asfiksia) Bila semua jawaban adalah "YA" lanjut ke langkah 26.
- 26) Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah

dengan handuk/kain yang kering dan bersih. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu.

- 27) Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gemeli).
- 28) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
- 29) Dalam waktu satu menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit (intramuskuler) di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).
- 30) Dalam waktu 2 menit setelah bayi lahir, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3 cm dari pusat bayi. Gunakan jari telunjuk dan jari tengah tangan yang lain untuk mendorong isi tali pusat ke arah ibu, dan klem tali pusat pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama.
- 31) Pemotongan dan pengikat tali pusat a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah di jepit (lindungi perut), dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut b) Ikat tali pusat dengan benang DTT/steril pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusat dengan simpul kunci pada sisi lainnya c) Lepaskan klem dan masukan dalam wadah yang telah disediakan.
- 32) Letakan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu dengan bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau aerola mammae ibu.
 - a) Selimuti ibu dan bayi dengan kain yang kering, bersih dan hangat, pasang topi di kepala bayi
 - b) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
 - c) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara.
 - d) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.

- 33)Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- 34)Letakkan satu tangan diatas kain pada perut bawah ibu (diatas simfisis), untuk mendeteksikontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat.
- 35)Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah atas (dorsokranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversion uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi kembali prosedur di atas. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.

KALA III

- 36)Bila pada penekanan bagian bawah dinding di depan uterus kearah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusatke arah distal maka lanjutkan dorongan ke arah cranial hingga plasenta dapat dilahirkan.
 - a) Ibu boleh meneran tetapi tali pusat hanya di tegangkan (jangan di tarik secara kuat terutama jika uterus tak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (kearah bawah-sejajar lantai-atas).
 - b) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.
 - c) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:
 - (1) Ulangi pemberian oksitosin ke dua 10 unit IM.
 - (2) Lakukan katerisasi (gunakan teknik aseptic) jika kandung kemih penuh.
 - (3) Minta keluarga untuk meyiapkan rujukan.
 - (4) Ulangi tekanan dorsol-kranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
 - (5) Jika plasenta tak lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan plasenta manual.
- 37)Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian

lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah di sediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jarijari tangan atau klem ovum DTT/steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.

- 38) Segera setelah plasenta lahir 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). Lakukan tindakan yang diperlukan (kompresi bimanual internal, kompresi aorta abdominalis, tampon kondom-kateter) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil/masase.

KALA IV

- 39) Menilai perdarahan periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta kedalam kantung plastic atau tempat khusus.
- 40) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi derajat 1 dan 2 yang menimbulkan perdarahan.
- 41) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 42) Pastikan kandung kemih kosong. Jika penuh lakukan kateringisasi.
- 43) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% bersihkan noda darah dan cairan tubuh, dan bilas di air DTT tanpa melepas sarung tangan, kemudian keringkan dengan handuk.
- 44) Anjurkan kepada ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- 45) Periksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.
- 46) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- 47) Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit).

- 48)Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.
- 49)Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 50)Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lender dan darah di ranjang atau di sekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakain yang bersih dan kering.
- 51)Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minum dan makanan yang diinginkannya.
- 52)Dekontaminasi termpat bersalin dengan larutan clorin.
- 53)Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 54)Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk yang bersih dan kering.
- 55)Pakai sarung tangan bersih /DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi.
- 56)Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir. Pastikan kondisi bayi baik, pernapasan normal (40-60 kali/menit) dan temperature tubuh normal (36-,5-37,5) setiap 15 menit.
- 57)Setelah 1 jam pemberian vitamin K1, berikan suntikan hepatitis B dipaha kanan bawah lateral. Letakkan bayi dalam di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
- 58)Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan clorin 0,5% selama 10 menit.
- 59)Cuci kedua tangan engan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk yang bersih dan kering.
- 60)Lengkapi patograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda-tanda vital dan asuhan kala IV Persalinan.

3. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru 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 intra uterin ke kehidupan ekstra uterin. Bayi baru lahir harus mampu beradaptasi dengan lingkungan yang baru, hal ini disebabkan oleh karena setelah plasenta dipotong, maka tidak ada asupan nutrisi yang didapatkan bayi dari ibunya lagi. Oleh karena itu diperlukan adanya asuhan kebidanan bayi baru lahir (Fitriani *et al.*, 2021). Masa neonatal dibagi menjadi :

1) Masa Neonatal Dini (0-7 hari)

Masa neonatal dini merupakan masa antara bayi lahir sampai 7 hari setelah lahir. Masa ini merupakan masa rawan dalam proses tumbuh kembang anak, khususnya tumbuh kembang otak (Fitriani *et al.*, 2021).

2) Masa Neonatal Lanjut (8-28 hari)

Masa neonatal lanjut, bayi rentan terhadap pengaruh lingkungan biofisikopsikososial. Dalam tumbuh kembang anak, peranan ibu dalam ekologi anak sangat besar (Fitriani *et al.*, 2021).

b. Klasifikasi berdasarkan umur kehamilan

- 1) Bayi prematur adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan belum mencapai 37 minggu.
- 2) Bayi cukup bulan adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 38-42 minggu.
- 3) Bayi lebih bulan adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan > 37 minggu.

c. Klasifikasi berdasarkan umur kehamilan dan berat badan

- 1) Bayi kecil untuk masa kehamilan (KMK) yaitu bayi yang lahir dengan keterlambatan pertumbuhan intrauterine dengan berat badan terletak di

bawah persentil ke-10 dalam grafik pertumbuhan intra uterine.

- 2) Bayi kecil untuk masa kehamilan (KMK) yaitu bayi yang lahir dengan dengan berat badan sesuai dengan berat badan terletak antara persentil ke-10 dan ke-90 dalam grafik pertumbuhan intra uterine.
- 3) Bayi besar untuk masa kehamilan (BMK) yaitu bayi yang lahir dengan berat badan lebih besar untuk usia kehamilan dg berat badan yang diatas persentil ke-90 dalam grafik pertumbuhan intra uterine.

d. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir Normal

Menurut (Afrianti et al., 2022), ciri-ciri bayi baru lahir normal adalah sebagai berikut :

- 1) Dilahirkan pada usia kehamilan 37-42 minggu
- 2) Berat badan 2500-4000 gram
- 3) Panjang badan 48-52 cm
- 4) Lingkar dada 30-38 cm
- 5) Lingkar kepala 33-35 cm
- 6) Denyut jantung bayi 120-160 kali/menit
- 7) Respirasi 40-60 kali/menit
- 8) Kulit kemerahan dan licin
- 9) Lanugo sedikit
- 10) Genitalia
 - a) Perempuan : Labia mayora sudah menutupi minora
 - b) Laki-Laki : Testis sudah turun, skrotum sudah ada
- 11) Reflek-reflek bayi sudah terbentuk dengan baik
- 12) Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan.

Tabel 2.6 Skor APGAR Bayi Baru Lahir

Tanda	0	1	2
<i>Appearance</i>	Biru, pucat tungkai biru	Badan pucat Muda	Semuanya Merah
<i>Pulse</i>	Tidak teraba	<100x/menit	>100x/menit
<i>Grimace</i>	Tidak ada	Lambat	Menangis kuat
<i>Activity</i>	Lemas/lumpuh	Gerakan sedikit/fleksi tungkai	Aktif/fleksi, tungkai baik/reaksi Melawan

Respiratory	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Baik, menangis kuat
-------------	-----------	-----------------------	---------------------

Sumber (Rivanica and Oxyandi 2024)

Hasil skor di nilai setiap variabel dinilai dengan angka 0, 1, 2, nilai tertinggi adalah 10, selanjutnya dapat ditentukan keadaan bayi sebagai berikut :

- (a) Nilai 7-10 menunjukkan bahwa bayi dalam keadaan baik
- (b) Nilai 4-6 menunjukkan bahwa bayi mengalami depresi sedang dan membutuhkan tindakan resusitasi.
- (c) Nilai 0-3 menunjukkan bayi mengalami depresi serius dan membutuhkan resusitasi segera. (Fitriani *et al.*, 2021).

e. Klasifikasi berdasarkan umur kehamilan

- 1) Bayi prematur adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan belum mencapai 37 minggu.
- 2) Bayi cukup bulan adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 38-42 minggu.
- 3) Bayi lebih bulan adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan <37 minggu.

f. Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir

Memberikan asuhan aman dan bersih segera setelah bayi baru lahir merupakan bagian esensial dari asuhan pada bayi baru lahir seperti penilaian APGAR skor, jaga bayi tetap hangat, isap lendir dari mulut dan hidung bayi (hanya jika perlu), keringkan, klem dan potong tali pusat, IMD, beri suntikan Vit K, 1 mg intramuskular, beri salep mata antibiotika pada kedua mata, pemeriksaan fisik, imunisasi hepatitis B 0.5 ml intramuscular dan pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir (Afrianti *et al.*, 2022).

1) Adaptasi Bayi Baru Lahir

a) Sistem Pernapasan

Sistem pernapasan merupakan sistem yang paling tertantang ketika mengalami perubahan dari fase intrauterine menuju ekstrauterine. Bayi baru lahir harus mulai segera mulai bernapas. Masa yang paling kritis

neonatus adalah ketika harus mengatasi resistensi paru pada saat pernapasan pertama bayi. Pada saat persalinan kepala bayi menyebabkan badan khususnya toraks berada di jalan lahir sehingga terjadi kompresi dan cairan yang terdapat dalam percabangan trakheobronkial keluar sebanyak 10-28cc. setelah torak lahir terjadi mekanisme balik yang menyebabkan terjadinya beberapa hal, yaitu: Inspirasi pasif paru karena bebasnya toraks dari jalan lahir (Podungge *et al.*, 2020)

b) Sistem Kardiovaskuler

Pada saat persalinan sebagian besar bayi langsung menangis maka akan terjadi perubahan besar terhadap sirkulasi darah, diantaranya adalah paru-paru berkembang dengan sempurna dan langsung dapat berfungsi untuk pertukaran O₂ dan CO₂. Tali pusat di potong setelah bayi menangis dengan kuat sehingga akan menambah jumlah darah bayi sekitar 50% . Saat janin, aliran darah yang kaya dengan nutrisi dan oksigen berasal dari sirkulasi darah ibu, namun setelah janin lahir sirkulasi darah janin akan berubah akibat tangisan bayi. Tangisan bayi dapat memberikan perubahan pada organ paru dimana paru-paru mulai berkembang dan aliran darah akan berubah pada sirkulasi darah seperti orang dewasa (Situmaorang *et al.*, 2021).

Volume darah bayi baru lahir tergantung pada jumlah pengiriman darah plasenta, volume darah pada bayi aterm (cukup bulan) adalah sekitar 80-85 ml/kg berat badan. Segera setelah lahir volume darah total sekitar 300 ml, tetapi tergantung juga pada beberapa lama bayi melekat pada plasenta. Pada saat lahir, nilai rata-rata hemoglobin, hematokrit, dan sel darah merah lebih tinggi dari nilai normal orang dewasa. (hal ini bahkan bisa lebih tinggi lagi apabila terdapat keterlambatan dalam pengkleman tali pusat) (Situmaorang *et al.*, 2021).

g. Sistem Thermoregulasi

Bayi baru lahir mudah stres karena perubahan suhu lingkungan. Bidan harus meminimalkan kehilangan panas pada bayi baru lahir yang masih basah. Sebagian besar produksi panas bayi berasal dari metabolisme lemak coklat.

Istilah “lemak coklat” mengacu pada lemak yang berwarna kecoklatan akibat tingginya vaskularisasi di daerah tersebut. Lemak coklat bayi ada di seluruh lipatan tubuh, dan paling banyak disimpan di sekitar leher, sepanjang garis kolumna spinalis diantara skapula yang meintasi garis klavikula menuju sternum. Juga mengelilingi pembuluh toraksis mayor dan membantali ginjal. Bayi aterm memiliki persediaan lemak coklat yang cukup untuk memenuhi kebutuhan panas minimal selama 2-4 hari setelah kelahiran (Andriani *et al.*, 2021).

h. Sistem Imunologi

Sistem imunitas bayi baru lahir masih belum matang, sehingga menyebabkan neonatus rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Sistem imunitas yang matang akan memberikan kekebalan alami maupun yang didapat. Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang berfungsi mncengah atau meminimalkan infeksi. Berikut beberapa contoh kekebalan alami adalah perlindungan dari membran mukosa, fungsi saringan saluran nafas, pembentukan koloni mikroba di kulit dan usus, perlindungan kimia oleh lingkungan asam lambung (Kunang & Sulistianingsih, 2023).

i. Sistem Ginjal

Pada bayi baru lahir, hampir semua massa yang teraba diabdomen berasal dari ginjal. Pada saat lahir fungsi ginjal sebanding dengan 30% sampai 50% dari kapasitas dewasa dan belum cukup matur untuk memekatkan urin. Namun, urin terkumpul dalam kandung kemih. Bayi biasanya berkemih dalam waktu 24 jam. Penting untuk mencatat saat berkemih pertama kali. Bila terjadi anuria dalam periode tersebut, harus segera dilaporkan karena bisa menandakan anomali kongenital pada sistem perkemihan (Situmaorang, *et al.* 2021)

j. Sistem Hepatika

Pada bayi baru lahir, hati (liver) menempati 40% rongga abdomen bayi. Beberapa fungsi yang dilakukan oleh plasenta dalam kehidupan janin, seperti ekskresi bilirubin, sekarang harus dilakukan oleh hati (liver). Pada bayi cukup bulan, sistem hepatis secara normal telah mencapai status maturitas fisiologis yang penting untuk fungsi tubuh normal, tetapi pada bayi yang prematur, hati

(liver) mungkin tidak memproduksi jumlah enzim glukoronyl-transferase (enzim hati) yang cukup dan bilirubin duodenum. Bilirubin tidak terkonjugasi yang dapat menyebabkan ikterus (kuning) (Situmaorang, *et al.*, 2021).

k. Sistem Pencernaan

Pada saat lahir saluran pencernaan masih belum matang sepenuhnya sampai umur 2 tahun. BBL aterm (cukup bulan) mampu menelan, mencerna, metabolisme dan mengabsorpsi protein dan karbohidrat sederhana, serta mengemulsi lemak. Enzim tersedia untuk mengkatalisa protein dan karbohidrat sederhana (monosakarida dan disakarida), tetapi produksi amilase pankreas yang sedikit mengganggu penggunaan karbohidrat kompleks (polisakrida).

Liver merupakan organ pencernaan yang paling belum matang (imatur). Aktivitas enzim glucoronyl transferase berkurang, mempengaruhi konjugasi bilirubin dengan asam glukoronik, yang berkontribusi terhadap jaundice/kuning “fisiologis”. Liver menyimpan lebih sedikit glikogen pada saat lahir dari pada kehidupan selanjutnya. Akibatnya, BBL cenderung menjadi hipoglikemia, yang dapat dicegah dengan inisiasi menyusui dini (Situmaorang, *et al.*, 2021).

1) Sistem Reproduksi

Pada bayi baru lahir wanita yang cukup bulan dan normal, ovarium mengandung ribuan sel germinal primitif pada saat lahir. Sel-sel ini mengandung komplemen lengkap ova yang matang karena tidak terbentuk oogonia lagi setelah bayi cukup bulan lahir. Labia mayora berkembang dengan baik dan menutupi labia minora. (Fitriani *et al.*, 2021).

Pada bayi laki-laki, testis biasanya turun kedalam skrotum pada akhir kehamilan 36 minggu. Spermatogenesis tidak terjadi sampai pubertas. Prepusium yang ketat sering dijumpai pada bayi baru lahir. Muara uretra dapat tertutup oleh prepusium. Sebagai respon terhadap estrogen ibu, pada bayi baru lahir laki-laki cukup bulan, dapat dijumpai ukuran genitalia eksternal dan pigmentasi yang meningkat. Adanya rugae yang menutupi kantong skrotum menunjukkan kehamilan cukup bulan. (Fitriani *et al.*, 2021).

2) Sistem Integume

pada saat lahir semua struktur kulit tersebut ada, tetapi banyak berfungsi kulit yang belum matang. PH kulit yang normal adalah asam, berguna untuk melindungi kulit dari penyebaran bakteri. Pada bayi PH kulit lebih tinggi, kulit lebih tipis dan sekresi keringat dan sebum sedikit. Akibatnya, bayi lebih rentan terhadap infeksi kulit dari pada anak yang lebih besar atau orang dewasa. Selanjutnya, karena perlekatan yang longgar antara dermis dan epidermis, kulit bayi cenderung mudah melepuh. Sebagai contoh, hal ini tampak sangat nyata bayi mudah cepat alergi terhadap plester. Kulit BBL ditutupi oleh rambut yang sangat halus yang dikenal sebagai lanugo. Bayi cukup bulan memiliki kulit kemerahan beberapa jam setelah lahir, setelah itu warna kulit memucat menjadi warna normal (Fitriani *et al.*, 2021).

3) Sistem Muskuloskeletal

Tulang terbentuk dari mesoderm. Tulang-tulang BBL lunak, karena tulang tersebut sebagian besar terdiri dari kartilago yang hanya mengandung sedikit kalsium. Skeletonnya fleksibel dan persendiannya elastis untuk menjamin keamanan dalam melewati jalan lahir. Kepala bayi cukup bulan berukuran $\frac{1}{4}$ panjang tubuhnya. Tungkai lebih pendek dari lengan. Wajah bayi lebih kecil bila dibandingkan dengan ukuran tengkoraknya yang lebih besar dan berat. Resolusi dari molase terjadi pada hari ke-2 atau ke-3 kehidupan bayi, setelah itu molase menghilang. Punggung bayi normalnya datar dan tegak.

Tungkai bayi kecil, dan gemuk. Pada BBL, kedua berjauhan saat tungkai diluruskan dan tumit disatukan, sehingga tungkai bawah terlihat sedikit melengkung. Saat baru lahir, lengkungan pada telapak kaki bayi belum terbentuk. Tangan bayi tampak montok dan relatif pendek harus terdapat kuku jari tangan dan jari kaki. Lengan bayi bisa membuka sempurna saat relaksasi, tetapi akan menutup secara refleks bila telapak tangannya disentuh, yang sering disebut dengan reflek genggam. Telapak kakinya tampak datar dan tungkainya tampak montok bila tampak

deformitas pada paha, tungkai atau telapak kaki harus dilaporkan pada dokter (Yulianti & Mirong, 2020).

4) Sistem Neurologis

Pada saat lahir, sistem persyarafan belum terintegrasi secara sempurna tetapi cukup berkembang untuk mempertahankan hidup diluar uterus. Kebanyakan fungsi neurologis/persyarafan merupakan refleksi primitif. Sistem persyarafan pada BBL belum matang secara anatomis dan berbeda dari sistem syaraf orang dewasa baik secara kimiawi maupun fisiologis. Sistem syaraf otonom sangat penting selama masa transisi karena system ini menstimulasi respirasi awal, membantu mempertahankan keseimbangan asam basa dan sebagian mengatur kontrol tubuh(Solama et al., 2023)

5) Melakukan penilaian dan inisiasi pernafasan spontan

Skor Apgar didefinisikan sebagai ukuran fisik kondisi bayi yang baru lahir, Skor APGAR memiliki poin maksimal, dengan dua kemungkinan untuk setiap detak jantung, otot, respons terhadap stimulasi, dan pewarnaan kulit (Fitriani *et al.*, 2021).

6) Pengukuran Antropometri

a) Penimbangan berat badan

Letakan kain atau kertas pelindung dan atur skala penimbangan ketitik 0 terdahulu sebelum dilakukan penimbangan. Hasil penimbangan dikurangi berat kain yang digunakan untuk membungkus bayi.

b) Pengukuran panjang badan

Letakkan bayi ditempat yang datar. Pengukuran panjang badan dilakukan dari kepala bayi sampai ke tumit dan badan bayi harus diluruskan. Alat pengukuran panjang bayi harus terbuat dari bahan yang tidak lentur.

c) Pengukuran lingkar kepala

Pengukuran lingkar kepala diukur mulai dari dahi melingkarikepala kembali lagi ke dahi

d) Pengukuran lingkar dada

Pengukuran lingkar dada dimulai dari dada kemudian ke arah punggung dan kembali ke dada (pengukuran dilakukan melalui kedua puting susu). (Situmaorang *et al.*, 2021)

7) Pemeriksaan Fisik

Menurut (Situmaorang,*et al.*, 2021), pemeriksaan fisik yang dilakukan pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut :

a) Kepala

Pemeriksaan trauma lahir misalnya : caput succedaneum, cephal haematoma, fraktur tengkorak. Perhatikan adanya kelainan kongenital seperti anensefali, mikrosefali, dan kraniotabes.

b) Telinga

Periksa dan pastikan jumlah, bentuk dan posisinya pada bayi cukup bulan, tulang rawan sudah matang, bentuk daun telinga harus sempurna dengan adanya lengkungan yang jelas dibagian atas.

c) Mata

Periksa adanya strabismus yaitu koordinasi mata yang belum sempurna. Periksa adanya glaukoma kongenital, mulainya akan tampak sebagai pembesaran kemudian sebagai kekeruhan pada kornea, katarak kongenital akan mudah terlihat yaitu pupil bewarna putih, pupil harus tampak bulat, adanya sekret pada mata.

d) Hidung atau mulut

Bibir bayi harus kemerahan dan lidahnya harus rata dan simetris. Bibir di pastikan tidak adanya sumbing, dan langit- langit tertutup. Refleksi hisap bayi harus bagus, dan berespon terhadap rangsangan. Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm, bayi harus bernapas dengan hidung, jika melalui mulut harus diperhatikan kemungkinan ada obstruksi jalan napas karena atresia koana bilateral, fraktur tulang hidung atau ensefalokel yang menonjol ke nasofaring.

e) Leher

Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brachialis dan periksa adanya pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis.

f) Dada

Kontur dan simetrisitas dada normalnya adalah bulat dan simetris. Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernapas, apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragma atau hernia diafragma. Pernapasan yang normal didinding dada dan dada abdomen bergerak secara bersamaan

g) Bahu, Lengan dan Tangan

Gerakan normal, kedua lengan harus bebas bergerak, jika gerakan kurang kemungkinan adanya kerusakan neurologis atau fraktur. Periksa jumlah jari. Telapak tangan harus dapat terbuka, periksa adanya paronisia pada kuku yang dapat terinfeksi atau tercabut sehingga menimbulkan luka dan perdarahan.

h) Perut

Perut harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernapas. Kaji adanya pembengkakan, jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragma, perut yang membuncit kemungkinan karena hepato-splenomegali atau tumor lainnya. Jika perut kembung kemungkinan adanya enterokolitis vesikalis, omfalokel atau duktus omfaloenterikus persisten.

i) Kelamin

Labia mayora normalnya menutupi labia minora dan klitoris. Klitoris normalnya menonjol, pada bayi laki-laki rugae normalnya tampak pada skrotum dan kedua testis turun ke dalam skrotum. Meatus urinarius normalnya terletak pada ujung glands penis.

j) Ekstremitas atas dan bawah

Ekstremitas bagian atas normalnya fleksi dengan baik, dengan gerakan yang simetris. Refleks menggenggam normalnya ada. Ekstremitas bagian

bawah normalnya pendek, bengkok dan fleksi dengan baik, nadi femoralis dan pedis normalnya ada.

k) Punggung

Periksa spina dengan cara menelungkupkan bayi, cari adanya tanda-tanda abnormalitas seperti spina bifida, pembengkakan atau cekungan, lesung atau bercak kecil berambut yang dapat menunjukkan adanya abnormalitas medula spinalis atau columna vertebra.

l) Kulit

Verniks yang tidak perlu dibersihkan karena berfungsi untuk kehangatan bayi, warna, pembengkakan atau bercak mongol, tanda lahir.

m) Reflek Bayi Baru Lahir

Reflek-reflek 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) *Reflek rooting*

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

(3) *Reflek sucking*

Timbul bersamaan dengan reflek rooting untuk *mengisap puting susu dengan baik*.

(4) *Reflek swallowin*

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

(5) *Reflek 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) *Reflek tonic neck*

Reflek ini timbul jika bayi mengangkat leher dan menoleh kekanan atau kiri jika diposisikan tengkurap.

(7) *Reflek Babinsk*

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

8) Menjaga Bayi Tetap Hangat

Menurut (Fitriani *et al.*, 2021), mekanisme kehilangan panas tubuh bayi baru lahir normal, diantaranya:

a) Evaporasi

Evaporasi adalah kehilangan panas karena penguapan cairan amnion di permukaan tubuh bayi, karena setelah lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan. Evaporasi dapat terjadi pada bayi yang dimandikan sebelum 6 jam dan tidak segera dikeringkan serta diselimuti

b) Konduksi

Konduksi adalah kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Seperti timbangan, meja, dan tempat tidur yang suhunya lebih rendah dari suhu tubuh bayi.

c) Konveksi

Konveksi adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang ditempatkan didalam ruangan yang dingin akan cepat mengalami kehilangan panas. Kehilangan panas juga terjadi jika aliran udara dari kipas angin, hembusan udara melalui ventilasi atau pendingin ruangan.

d) Radiasi

Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan didekat benda-benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dari suhu tubuh bayi. Bayi bisa kehilangan panas dengan cara

ini karena benda-benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung).

Upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah kehilangan panas dari tubuh bayi adalah :

a) Keringkan bayi secara seksama

Pastikan tubuh bayi dikeringkan segera setelah bayi lahir untuk mencegah kehilangan panas secara evaporasi. Selain untuk menjaga kehangatan tubuh bayi, mengeringkan dengan menyeka tubuh bayi juga merupakan rangsangan taktil yang dapat merangsang pernafasan bayi (Fitriani *et al.*, 2021).

b) Menyelimuti bayi dengan kain bersih, kering dan hangat Bayi yang di selimuti kain yang sudah basah dapat terjadi kehilangan panas secara konduksi. Untuk itu setelah mengeringkan tubuh bayi, ganti kain tersebut dengan selimut atau kain yang bersih, kering dan hangat (Afrianti *et al.*, 2022).

c) Tutup bagian kepala bayi Bagian kepala bayi merupakan permukaan yang relatif luas dan cepat kehilangan panas. Untuk itu tutupi bagian kepala bayi agar bayi tidak kehilangan panas

d) Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya Selain untuk memperkuat jalinan kasih sayang ibu dan bayi, kontak kulit antara ibu dan bayi akan menjaga kehangatan tubuh bayi. Untuk itu anjurkan ibu untuk memeluk bayinya (Situmaorang,*et al.*, 2021).

e) Perhatikan cara menimbang bayi atau jangan segera memandikan bayi baru lahir

f) Menimbang bayi tanpa alas timbangan dapat menyebabkan bayi mengalami kehilangan panas secara konduksi. Jangan biarkan bayi ditimbang telanjang. Gunakan selimut atau kain bersih.

g) Bayi baru lahir rentan mengalami hipotermi untuk itu tunda memandikan bayi hingga 6 jam setelah lahir (Afrianti *et al.*, 2022).

- h) Tempatkan bayi dilingkungan yang hangat. Jangan tempatkan bayi di ruang ber-AC. Tempatkan bayi bersama ibu (*rooming in*). Jika menggunakan AC, jaga suhu ruangan agar tetap hangat (Afrianti *et al.*, 2022).

9) Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

Setelah bayi lahir dan tali pusat diikat, gunakan topi pada bayi diletakkan secara tengkurap di dada ibu kontak langsung antara dada bayi dan kulit dada ibu. Bayi akan merangkak mencari puting susu dan menyusui. Suhu ruangan tidak boleh kurang dari 26°C (Situmaorang *et al.*, 2021). Menurut (Kunang & Sulistianingsih, 2023), tujuan dan manfaat IMD sebagai berikut:

- a) Tujuan utama Inisiasi Menyusui Dini adalah agar bayi dapat menyusui ke ibunya dengan segera. Namun, secara tidak langsung akan membangun komunikasi yang baik dengan ibu sejak dini.

b) Manfaat IMD untuk bayi:

- (1) Mempertahankan suhu bayi supaya tetap hangat
- (2) Menenangkan ibu dan bayi serta meregulasi pernafasan dan detak jantung
- (3) Membantu perkembangan persarafan bayi
- (4) Memperoleh kolostrum yang sangat bermanfaat bagi system kekebalan bayi
- (5) Mencegah terlewatnya puncak reflex mengisap pada bayi yang terjadi 20-30 menit setelah lahir

c) Manfaat IMD untuk ibu

Manfaatnya yaitu dapat merangsang produksi oksitosin dan prolaktin, oksitosin dapat menstimulasi kontraksi uterus dan menurunkan risiko perdarahan postpartum, merangsang pengeluaran kolostrum, dan meningkatkan produksi ASI, prolaktin dapat meningkatkan ASI, memberi efek relaksasi, dan menunda ovulasi. Tatalaksana IMD, sebagai berikut:

- (1) Anjurkan suami atau keluarga mendampingi saat melahirkan

- (2) Segera keringkan bayi tanpa menghilangkan lemak-lemak putih (verniks)
- (3) Dalam keadaan ibu dan bayi tidak memakai baju tengkurapkan bayi di atas dada ibu agar terjadi sentuhan kulit ibu dan bayi kemudian selimuti keduanya
- (4) Anjurkan ibu untuk memberikan sentuhan kepada bayi untuk merangsang bayi mendekati puting
- (5) Biarkan bayi bergerak sendiri mencari puting susu ibunya.
- (6) Biarkan selama minimal 1 jam
- (7) Berikan ASI saja tanpa minuman atau cairan lain.

10) Pencegahan Infeksi Mata

Dengan memberikan salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata setelah satu jam kelahiran bayi.

11) Pemberian Vitamin K

Pemberian Vitamin K pada BBL untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi. BBL yang lahir normal dan cukup bulan berikan Vit K 1 mg secara intramuscular di paha kanan lateral. Suntikan vit K1 dilakukan setelah proses IMD.

12) Pemberian Imunisasi Vaksin Hepatitis B 0,5 ml

Pemberian imunisasi vaksin hepatitis B 0,5 ml untuk mencegah dari virus hepatitis B yang merusak hati (penyakit kuning). Cara pemberian dan dosis vaksinasi hepatitis B, yaitu dosis 0,5 ml atau 1 (buah) HB PID, secara intramuskuler, sebaiknya pada anterolateral paha.

13) Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatal tiga kali yaitu pada umur 6 jam-48 jam, umur 3-7 hari, dan umur 8-28 hari. Kunjungan Neonatus (KN) dilakukan sejak bayi usia satu hari sampai usia 28 hari

a) KN 1 dilakukan pada umur 6–48 jam

Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan pelayanan KN 1 dapat dilakukan sebelum bayi diperbolehkan pulang dari fasilitas kesehatan (setelah 24 jam). Asuhan yang diberikan yaitu perawatan tali pusat, pemberian ASI

eksklusif, menjaga kehangatan bayi, konseling tanda-tanda bahaya pada BBL, imunisasi, dan pencegahan infeksi (Situmaorang, 2021).

b) KN 2 dilakukan pada umur 3-7 hari

Asuhan yang diberikan adalah jaga kehangatan bayi, berikan ASI Eksklusif, konseling tanda-tanda bahaya pada BBL, pencegahan infeksi, dan perawatan tali pusat (Afrianti *et al.*, 2022).

c) KN 3 dilakukan pada umur 8-28 hari

Asuhan yang diberikan adalah melakukan pemeriksaan tanda bahaya pada BBL, memberitahukan ibu hasil pemeriksaan, menganjurkan ibu untuk tetap memberikan ASI eksklusif sampai 6 bulan, memberikan konseling imunisasi BCG dan polio 1 serta menganjurkan ibu untuk melakukan imunisasi BCG dan polio 1.

14) Menurut (Marselinus *et al.* 2024) tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir yaitu:

- 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 dan kejang.
- 7) Bayi lemah.

4. Konsep Dasar Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas merupakan periode yang akan dilalui oleh ibu setelah masa persalinan, yang dimulai dari setelah kelahiran bayi dan plasenta, yakni setelah berakhirnya kala IV dalam persalinan dan berakhir sampai dengan 6 minggu (42 hari) yang ditandai dengan berhentinya perdarahan. Masa nifas berasal dari bahasa latin dari kata puer yang artinya bayi, dan paros artinya melahirkan yang berarti masa pulihnya kembali, sampai organ-organ reproduksi kembali seperti sebelum kehamilan (Fitri & Miratu, 2023).

Pada masa ini di perlukan asuhan yang berlangsung secara konfrensif mulai dari ibu masih dalam perawatan pasca persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan sampai ibu nifas kembali ke rumahnya. Banyak perubahan yang terjadi pada masa nifas seperti perubahan fisik, involusio uteri, laktasi (Fitri & Miratu, 2023)

b. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Menurut (Azizah & Rafhani, 2019), perubahan-perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu masa yaitu:

1) Uterus

Proses involusi uterus adalah kembalinya bentuk dan ukuran uterus seperti sebelum hamil. Proses ini berlangsung sejak keluarnya plasenta akibat kontraksi miometrium. Salah satu komponen involusi adalah penurunan fundus uteri dari hari ke hari. Uterus akan berinvolusi sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil :

- a) Bayi lahir fundus uteri setinggi pusat dengan berat uterus 1000 gram.
- b) Akhir kala III persalinan tinggi fundus uteri teraba 2 jari bawah pusat dengan berat uterus 750 gram.
- c) Satu minggu postpartum tinggi fundus uteri teraba pertengahan pusat dengan simpisis, berat uterus 500 gram.
- d) Dua minggu postpartum tinggi fundus uteri tidak teraba diatas simpisis dengan berat uterus 350 gram.
- e) Enam minggu postpartum fundus uteri bertambah kecil dengan berat uterus 50 gram.

2) Serviks

Setelah proses persalinan, bentuk serviks akan terbuka seperti corong. Hal tersebut dikarenakan korpus uteri berkontraksi sedangkan serviks tidak berkontraksi. Warna serviks berubah menjadi merah kehitaman disebabkan oleh karena mengandung banyak pembuluh darah dengan konsistensi lunak. Setelah bayi lahir, tangan pemeriksa masih bisa melewati serviks. Dua jam setelah persalinan, serviks hanya bisa dilewati

2-3 jari dan satu minggu setelah persalinan hanya dapat dilewati oleh 1 jari, dan enam minggu setelah persalinan serviks sudah menutup.

3) Vagina

Vagina mengalami penekanan dan peregangan selama proses persalinan. Vagina tetap berada dalam keadaan kendur selama beberapa hari pertama. Setelah 3 minggu vagina kembali kepada keadaan semula seperti sebelum hamil dan rugae dalam vagina berangsur muncul kembali.

Vagina juga berfungsi sebagai saluran tempat dikeluarkannya sekret yang berasal dari cavum uteri selama masa nifas yang disebut lochea. Karakteristik lochea dalam masa nifas :

a) Lochea rubra/kruenta

Timbul hari ke 1-2 postpartum, terdiri dari darah segar bercampur sisa- sisa selaput ketuban, selsel desidua, sisa- sisa verniks kaseosa, lanugo dan mekoneum.

b) Lochea sanguinolenta

Timbul hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 postpartum, karakteristik lochea sanguinolenta berupa darah bercampur lendir.

c) Lochea serosa

Merupakan cairan berwarna agak kuning, timbul setelah 1 minggu postpartum.

d) Lochea alba

Timbul setelah 2 minggu postpartum dan hanya merupakan cairan putih. Normalnya lochea agak berbau amis, kecuali bila terjadi infeksi pada jalan lahir, baunya akan berubah menjadi berbau busuk.

4) Vulva

Seperti vagina, vulva juga mengalami peregangan dan penekanan selama proses persalinan. Beberapa hari pertama sesudah proses melahirkan vulva tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva akan kembali ke keadaan semula seperti sebelum hamil dan labia menjadi lebih menonjol.

5) Payudara (mamae)

Setelah lahirnya plasenta, kadar hormon progesteron dan estrogen menurun serta hormon prolactin dilepaskan dan sintesis ASI dimulai. Suplai darah ke payudara meningkat dan menyebabkan pembengkakan vascular sementara. Air susu saat diproduksi disimpan di alveoli dan harus dikeluarkan dengan efektif dengan cara dihisap oleh bayi untuk pengadaan dan keberlangsungan laktasi.

ASI yang pertama kali muncul pada awal nifas ASI adalah ASI yang berwarna kekuningan yang disebut kolostrum. Kolostrum terbentuk dalam tubuh ibu sejak usia kehamilan $\pm$ 12 minggu. Selama nifas, payudara menjadi keras dan lebih besar sebagai tanda dimulainya proses laktasi

6) 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.

7) Sistem Pencernaan

Buang air besar biasanya mengalami perubahan pada 1-3 hari postpartum dikarenakan penurunan tonus otot selama proses persalinan. Selain itu, enema sebelum melahirkan, kurang asupan nutrisi dan dehidrasi serta dugaan ibu terhadap timbulnya rasa nyeri disekitar anus/perineum setiap kali akan buang air besar juga mempengaruhi defekasi secara spontan. Faktor-faktor tersebut sering menyebabkan timbulnya konstipasi pada ibu nifas dalam minggu pertama. Kebiasaan defekasi yang teratur perlu dilatih kembali setelah tonus otot kembali normal.

8) Sistem Perkemihan

Selama masa nifas ibu akan mengalami kesulitan buang air kecil selama 24 jam pertama post partum. Kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urine dalam jumlah yang

besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta lahir, kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Uterus yang berdilatasi akan kembali normal seperti sebelum hamil dalam waktu enam minggu.

9) Sistem Integumen

Perubahan kulit selama kehamilan berupa hiperpigmentasi pada wajah, leher, mammae, dinding perut dan beberapa lipatan sendri karena pengaruh hormon akan menghilang selama masa nifas.

10) Sistem Ambulasi

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

c. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Tujuan asuhan masa nifas pada ibu nifas adalah sebagai berikut (Puspita *et al.*, 2022)

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun psikologis dimana dalam asuhan pada masa ini peranan keluarga sangat penting, dengan pemberian nutrisi, dukungan psikologi maka kesehatan ibu dan bayi selalu terjaga
- 2) Melaksanakan skrining yang komprehensif (menyeluruh) dimana bidan harus melakukan manajemen asuhan kebidanan pada masa nifas secara sistematis yaitu mulai pengkajian, interpretasi data dan analisis masalah perencanaan penatalaksanaan dan evaluasi sehingga dengan asuhan nifas dan menyusui dapat mendeteksi dini penyulit maupun komplikasi yang terjadi pada ibu dan bayi
- 3) Melakukan rujukan secara aman dan tepat waktu bila terjadi penyulit atau komplikasi pada ibu dan bayinya ke fasilitas pelayanan rujukan.
- 4) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan nifas dan menyusui, kebutuhan nutrisi, perencanaan pengaturan jarak kelahiran, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya, perawatan

bayi sehat serta memberikan pelayanan keluarga berencana sesuai dengan pilihan ibu

d. Kunjungan Nifas

Jadwal asuhan berkelanjutan nifas di rumah atau kunjungan masa nifas di rumah berdasarkan program dan kebijakan teknis dari pemerintah terdiri dari : 6 (enam) hari, 2 (dua) minggu dan 6 (enam) minggu setelah melahirkan. Pelayanan asuhan nifas dapat dilakukan dengan cara yaitu: dapat dilakukan dengan bidan mengunjungi rumah ibu nifas/pasien atau ibu nifas yang datang ke bidan atau fasilitas kesehatan seperti: rumah sakit, puskesmas, polindes atau fasilitas kesehatan lainnya saat memeriksakan keadaan kesehatan ibu nifas dan bayinya (Seran *et al.*, 2023).

Tabel 2.7 Jadwal Kunjungan Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
Pertama	6-8 jam setelah persalinan	1) Mencegah perdarahan masa nifas karena Antonia uteri 2) Mendeteksi atau merawat penyebab lain perdarahan, merujuk jika perdarahn berlanjut 3) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena Antonia uteri. 4) Memberikan ASI awal. 5) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi 6) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.
Kedua	6 hari setelah persalinan	1) Memastikan involusi uteri uterus berjalan normal : uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahn abnormal, tidak ada bau. 2) Menilai adanya tanda-tanda demam infeksi atau perdarahan abnormal. 3) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, minuman dan istirahat. 4) Memastikan ibu menyusui dan memperhatikan tanda-tanda penyakit. 5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
Ketiga	2 minggu setelah persalinan	1) Memastikan involusi berjalan dengan normal : uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahn abnormal, tidak ada bau. 2) Menilai adanya tanda-tanda demam infeksi atau perdarahan abnormal. 3) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, minuman dan istirahat. 4) Memastikan ibu menyusui dan memperhatikan tanda-tanda penyakit.

			Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
Keempat	6 minggu setelah persalinan	1)	Menanyakan pada ibu tentang penyakit-penyakit yang dialami.
		2)	Memberikan konseling KB secara dini.

Sumber (Yeyeh, 2014) dalam (Fitriani, 2021)

5. Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Pengertian KB

Kontrasepsi dapat diartikan sebagai usaha-usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan, usaha tersebut dapat bersifat sementara ataupun permanen. Berdasarkan maksud dan tujuan kontrasepsi, maka yang membutuhkan kontrasepsi adalah pasangan yang aktif melakukan hubungan seks dan keduanya memiliki kesuburan normal namun tidak menghendaki kehamilan (Fitri & Miratu, 2023).

Keluarga Berencana (KB) adalah tindakan untuk membantu individu atau pasangan suami istri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval di antara kelahiran. KB merupakan proses yang disadari oleh pasangan untuk memutuskan jumlah dan jarak anak serta waktu kelahiran (Fitri & Miratu, 2023).

b. KB Rasional

KB rasional adalah pendekatan dalam pengambilan Keputusan yang logis dan terinformasi dalam konteks keluarga berencana. KB rasional ini harus memiliki perencanaan yang pasti dalam memilih alat kontrasepsi yang akurat. Manfaat dari KB rasional yaitu mendapatkan Kesehatan ibu dan anak yang lebih baik, peningkatan kesejahteraan keluarga, pengembangan sumber daya manusia, pengendalian pertumbuhan penduduk.

Jenis-jenis KB rasional

1) Kondom

Kondom merupakan alat kontrasepsi yang digunakan pada alat kelamin pria yang berguna mencegah pertemuan ovum dan sperma.

a) cara pemakaian

kondom dipasang pada alat kelamin pria saat keadaan tegang, kemudian lakukan hubungan kelamin.

b) Keuntungan

- (1) Mencegah hamil
- (2) Bisa digunakan sendiri
- (3) Mudah didapat
- (4) Praktis
- (5) Murah
- (6) Melindungi dari penyakit seksual
- (7) Cukup efektif
- (8) Sederhana, ringan, disposabel
- (9) Tidak mempunyai efek samping
- (10) Pria ikut secara aktif dalam program KB

c) Kerugian

- (1) bisa terjadi kebocoran, sobek, dan tumpah yang menjadikan kondom gagal digunakan sebagai alat KB.
- (2) Membutuhkan penghentian sementara aktivitas dan seks spontan untuk menggunakan kondom.
- (3) Pemakaian spontan diperlukan, hati-hati, dan kontinyu pada setiap hubungan seksual.

2) KB Pil

Pil KB mengandung zat yang membantu mencegah pelepasan sel telur dari saluran tuba wanita. Paket pil tersedia dalam kapsul 21 dan 28 pil. Sebelum mengonsumsi pil KB, kesehatan ibu perlu diperiksa. Jika menurut hasil tes, ibu bisa minum pil KB, maka ibu bisa mulai minum pil KB.

a) Cara pemakaian

Satu pil diminum secara teratur setiap hari, jangan sampai lupa. Manfaat pil dapat diperoleh sebagai pencegahan kehamilan hanya jika meminumnya secara teratur.

b) Keuntungan

- (1) KB pil efek untuk mencegah kehamilan bila dipakai sesuai petunjuk, diminum setiap hari.
- (2) Jika ingin memiliki anak lagi, ibu bisa hamil setelah penggunaan pil dihentikan.
- (3) Siklus menstruasi teratur, banyaknya darah menstruasi berkurang (mencegah anemia), tidak mengalami nyeri haid.
- (4) Mudah dihentikan kapan saja.

c) Kerugian

- (1) Mahal dan membosankan untuk digunakan setiap hari.
- (2) Pusing
- (3) Nyeri payudara
- (4) Mual, terutama pada 3 bulan pertama.
- (5) Berat badan sedikit meningkat
- (6) Tidak mencegah IMS, HIV, PMS, HBV.

3) KB Suntik

Di Indonesia, KB suntik merupakan alat kontrasepsi yang sering digunakan. KB suntik yang dipakai adalah *long-acting progestin*, yaitu noretisteron asetat (NETEN) dengan nama dagang noristat dan depomedroksi progesterone asetat (DMPA) dengan nama dagang depoprovera.

a) cara pemberian

teknik penyuntikan dilakukan secara intramuskulus dalam, dibagian muskulus gluteus maksimus atau detoideus.

b) Keuntungan

- (1) Praktis karena tidak perlu mengingat-ingat setiap hari
- (2) Pencegahan kehamilan jangka panjang
- (3) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- (4) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik

c) Kerugian

- (1) adanya gangguan haid yang sering terjadi, misalnya siklus haid sering memanjang atau memendek, perdarahan yang banyak atau sedikit, perdarahan tidak teratur atau *spotting*, atau tidak terjadi menstruasi sama sekali.
- (2) Ketergantungan penerima pada sarana pelayanan kesehatan (harus kembali untuk suntik)
- (3) Tidak bisa dihentikan kapan saja.
- (4) Berat badan mengalami perubahan
- (5) Tidak ada jaminan dapat mencegah penyakit seksual yang menular, HPV atau HIV/AIDS
- (6) Kesuburan kembali secara lambat setelah penggunaan KB suntik dihentikan.
- (7) Nyeri kepala
- (8) Timbulnya jerawat.

d) Indikasi penggunaan KB suntik

- (1) Wanita usia subur
- (2) Wanita nulipara atau yang telah memiliki anak
- (3) Wanita yang menginginkan KB suntik jangka panjang dan mempunyai efektivitas tinggi.

4) AKDR

Alat kontrasepsi dalam Rahim (AKDR) merupakan alat kontrasepsi yang ditempatkan didalam uterus. AKDR dibuat dari plastic khusus yang diberi benang pada ujungnya. Benang ini gunanya untuk pemeriksaan (kontrol). Ada beberapa macam AKDR, antar lain *lippes loop* (bentuk seperti spiral), *cooper-T* (bentuk seperti huruf T dan dililit tembaga), dan *multi load* (berbentuk seperti pohon kelapa atau kipas terbuka dan dililit tembaga).

a) Cara kerja dan pemakaian AKDR

AKDR bekerja dengan mencegah pertemuan sperma dan ovum sehingga kehamilan tidak terjadi. Alat ini dipasang pada rongga

uterus saat menstruasi. Pemasangan dilakukan oleh dokter atau bidan terlatih, pemeriksaan AKDR ulang dilakukan satu minggu setelah pemasangan, kemudian setiap bulan dan dilakukan sebanyak 3 kali.

b) Keuntungan

- (1) Praktis
- (2) Ekonomis
- (3) Aman
- (4) Mudah dalam pemeriksaan
- (5) Efektif untuk perlindungan jangka panjang
- (6) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (7) Tidak memengaruhi kualitas dan volume asi
- (8) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus,
- (9) Tidak ada interaksi dengan obat-obatan

c) Kerugian

- (1) Siklus haid berubah (biasanya 3 bulan pertama, akan berkurang setelah 3 bulan), waktu haid menjadi lebih lama dan lebih berat, menetes, dan akan merasa lebih sakit saat haid.
- (2) Sakit atau mulas beberapa saat setelah pemasangan
- (3) Tidak mencegah IMS, HBV, dan HIV/AIDS.
- (4) Tidak baik untuk wanita dengan IMS atau wanita yang sering berganti pasangan, karena penyakit radang panggul sering terjadi pada wanita dengan IMS setelah menggunakan IUD.
- (5) Memasang IUD memerlukan prosedur medis termasuk pemeriksaan panggul, dan seringkali wanita takut setelah pemasangan.
- (6) Klien tidak dapat melepas IUD sendiri, karena hanya petugas kesehatan kompeten yang dapat melepas IUD.
- (7) Wanita harus memeriksa posisi tali IUD dari waktu. Untuk melakukan ini, wanita harus memasukkan jari mereka ke dalam vagina, yang kebanyakan wanita tidak ingin melakukannya.

d) Indikasi penggunaan AKDR

- (1) Wanita usia subur
- (2) Wanita nulipara atau yang sudah memiliki anak atau belum memiliki anak.
- (3) Wanita yang menginginkan KB jangka panjang dan memiliki sfektivitas tinggi.
- (4) Wanita setelah keguguran dan setelah melahirkan
- (5) Wanita dengan risiko rendah terkena IMS
- (6) Wanita yang sering lupa waktu kapan meminum pil KB.
- (7) Wanita dengan berbagai bentuk tubuh (gemuk/kurus)
- (8) Wanita dengan tekanan darah tinggi
- (9) Penderita penyakit jantung, diabetes melitus, dan penyakit hati dan empedu.

e) Kontraindikasi penggunaan AKDR

- (1) Wanita mengandung atau diduga mengandung
- (2) Wanita yang mengalami perdarahan pervagina yang tidak jelas penyebabnya.
- (3) Wanita yang sedang menderita infeksi alat genetalia (vaginitis, servisititis) dan kanker organ genetalia.
- (4) Wanita dengan kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak uterus yang dapat memengaruhi kavum uteri.

Manajemen Kebidanan Tujuh Langkah Varney

1. Pengertian Manajemen Kebidanan Tujuh Langkah Varney

Manajemen Kebidanan merupakan suatu cara pemecahan masalah yang digunakan untuk menempatkan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah yang logis dalam pengambilan keputusan dengan berfokus kepada pasien. Manajemen Kebidanan terdiri atas tujuh langkah yang berurutan, diawali dengan pengumpulan data sampai dengan evaluasi. Proses ini bersifat siklik (dapat

berulang), dengan tahap evaluasi sebagai data awal pada siklus berikutnya (Situmorang *et al.*, 2021).

2. Tujuh Langkah Varney

Menurut (Vitania *et al.*, 2024) asuhan tujuh langkah Varney adalah sebagai berikut :

- a. Langkah Pertama: Mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk menilai keadaan klien secara keseluruhan.

Dalam langkah yang pertama dilakukan pengumpulan data dan keterangan yang tepat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Data tersebut dapat diperoleh melalui anamnesa (biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, biopsikospiritual serta pengetahuan klien), pemeriksaan fisik (data fokus), pemeriksaan khusus (inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi) dan pemeriksaan penunjang (pemeriksaan laboratorium).

Kegiatan pengumpulan data dimulai saat pasien masuk dan dilakukan seterusnya selama bidan memberikan asuhan kebidanan. Terdapat 3 cara untuk memperoleh data yaitu melalui anamnesa, observasi, dan pemeriksaan fisik. Wawancara adalah perbincangan terarah dengan cara tatap muka dan pertanyaan yang diajukan mengarah pada data yang relevan dengan pasien. Observasi adalah pengumpulan data melalui indera penglihatan (perilaku pasien, ekspresi wajah, bau, suhu dan lain-lain). Pemeriksaan adalah proses untuk mendapatkan data objektif dari pasien dengan menggunakan instrument tertentu.

- b. Langkah Kedua adalah interpretasi data dasar.

Identifikasi diagnosa atau masalah berdasarkan didasarkan kepada informasi yang sudah dikumpulkan. Informasi dan data yang dikumpulkan kemudian diinterpretasikan sehingga dapat menentukan

diagnosa dan masalah. Pada langkah ini bidan harus dapat berpikir secara kritis agar diagnosa yang ditentukan benar-benar tepat.

- c. Langkah ketiga adalah mengidentifikasi diagnosa dan masalah potensial.

Berdasarkan masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Dalam langkah ini dibutuhkan antisipasi dan dilakukan pencegahan.

- d. 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. Manajemen bukan hanya selama asuhan primer perodik atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan namun berkelanjutan atau terus-menerus.

- e. Langkah kelima yaitu perencanaan.

Dalam langkah perencanaan dilakukan perencanaan asuhan secara menyeluruh, berdasarkan langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi masalah yang telah diidentifikasi pada langkah sebelumnya tetapi diambil juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang akan terjadi selanjutnya, kebutuhan penyuluhan, konseling, dan keperluan merujuk apabila terdapat masalah yang berkaitan dengan sosial-ekonomi, kultural dan masalah psikologis. Pada langkah ini bidan harus berpikir kritis untuk meyakinkan pasien.

- f. Langkah keenam adalah pelaksanaan.

Pada langkah keenam asuhan yang sudah direncanakan pada langkah sebelumnya diimplementasikan. Pelaksanaan ini biasa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan yang lain. Manajemen yang

efisien akan menyingkat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan klien.

g. Langkah ketujuh yaitu evaluasi.

Pada langkah ini dilakukan evaluasi asuhan yang telah diberikan efektif dalam memenuhi kebutuhan pasien atau efektif dalam mengatasi masalah yang telah didiagnosa pada langkah sebelumnya.

Pendokumentasian SOAP

Pencatatan atau pendokumentasian dilakukan secara akurat dan tepat tentang kondisi yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan pada formulir yang tersedia dan ditulis dalam bentuk SOAP (Situmaorangsari & Fatimah, 2021).

Langkah pendokumentasian SOAP menurut (Situmorang *et al.*, 2021) adalah sebagai berikut :

a. **S** adalah data Subjektif, mencatat hasil anamnesa dengan klien.

Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada pasien yang menderita tuna wicara, dibagian data dibagi, dibelakang huruf "S", diberi tanda huruf "O" atau "X". Tanda tersebut memberikan penjelasan bahwa pasien merupakan tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun

b. **O** merupakan data Objektif, memuat hasil pemeriksaan terhadap klien.

Data objektif adalah pendokumentasian hasil observasi, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan laboratorium pasien. Catatan medik dapat dimasukkan dalam data objektif sebagai data penunjang.

c. **A** adalah hasil *Assessment*, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

Merupakan pendokumentasian hasil analisa dan intepetasi dari data subjektif dan objektif. Pada *assessment* bidan harus melakukan

analisa yang tepat dan akurat yang mencakup diagnosa, antisipasi masalah kebidanan, dan kebutuhan segera.

- d. P adalah *Planning*, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan, seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan. Tujuan *Planning* untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya

B. Standar Asuhan Kebidanan

Standar asuhan kebidanan sesuai standar perumusan No.938/Menkes/SK/VIII/2007 adalah acuan yang digunakan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang digunakan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktik berdasarkan ilmu dan kiat belajar. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan pencatatan Asuhan (Prastiwi *et al.*, 2024).

1. Standar I : Pengkajian

Pernyataan standar: bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat relevan, dan lengkap dari segala sumber yang berhubungan dengan klien. Kriteria pengkajian:

- a. Data tepat, akurat dan lengkap
- b. Terdiri dari data subjektif (hasil anamnese)
- c. Terdiri dari data subjektif (hasil pemeriksaan)

2. Standar II : perumusan diagnose

Pernyataan standar : bidan melakukan analisa data yang diperoleh pada saat melakukan pengkajian data, menginterpretasikannya secara akurat kemudian digunakan untuk menegaskan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Kriteria perumusan diagnose :

- a. Diagnose sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- b. Diagnose sesuai dengan kondisi klien

- d. Diagnose yang telah ditentukan dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

3. Standar III : Perencanaan

Pernyataan satandar: bidan melakukan perencanaan asuhan kebidanan berdasarkan diagnose yang telah diberikan. Kriteria perencanaan:

- a. Rencana kegiatan disusun berdasarkan pada prioritas dan kondisi klien, tindakan segera, dan asuhan komprehensif.
- b. Melibatkan klien dan keluarga
- c. Mempertimbangkan kondisi psikologis social budaya klien dan keluarga
- d. Memberikan pelayanan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan edvidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- e. Mempertimbangkan kebijakan dan aturan yang berlaku, SDM dan fasilitas.

4. Standar IV : Implementasi

Pernyataan standar: bidan melaksanakan rencana asuhan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan edvidence based pada pasien, dalam bentuk upaya promotive, prefentif, kuratif dan rehabilitative. Kriteria evaluasi:

- a. Menjaga privasi pasien
- b. Melibatkan pasien dalam setiap tindakan
- c. Memperhatikan keunikan pasien
- d. Setiap tindakan mendapatkan persetujuan pasien
- e. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- f. Melakukan tindakan sesuai dengan standar
- g. Mengikuti perkembangan kondisi pasien
- h. Melaksanakan tindakan sesuai edvidence based
- i. Menggunakan sumber daya, sarana, dan fasilitas yang ada dan sesuai.

5. Standar V

Pernyataan standar: bidan melakukan evaluasi secara sistemis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan. Kriteria hasil:

- a. Penilaian segera dilakukan setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- b. Hasil evaluasi segera di catat dan dikomunikasikan kepada keluarga.
- c. Hasil evaluasi ditindaklanjuti sesuai dengan keadaan pasien.
- d. Evaluasi disesuaikan sesuai dengan standar.

6. Standar VI : Evaluasi

Pernyataan standar: bidan mencatat secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan yang ditemukan. Kriteria pencatatan :

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah asuhan pada rekam medis/kartu anak
- b. Penulisan dalam catatan pengembangan SOAP
- c. S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa
- d. O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan
- e. A adalah analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan
- f. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan tindakan.

C. Manajemen Kebidanan Menurut Helen Varney Dan Pendokumentasian Dengan Metode SOAP

Manajemen kebidanan menurut Varney dan pendokumentasian dengan metode soap(Varney, 2008)

1. Langkah asuhan kebidanan menurut Varney

- a. Pengumpulan data dasar

Melakukan pengkajian melalui proses pengumpulan data yang di perlukan untuk mengevaluasi keadaan pasien secara lengkap seperti riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan, peninjauan catatan terbaru atau catatan sebelumnya, data dari

laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi. Semua data dikumpulkan dari semua sumber yang berhubungan dengan kondisi pasien.

b. Interpretasi data dasar

Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi adat secara benar terhadap diagnosis atau masalah kebutuhan pasien. Masalah atau diagnosis yang spesifik dapat ditemukan berdasarkan interpretasi yang benar terhadap data dasar.

c. Identifikasi diagnosis atau masalah potensial

Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial yang lain berdasarkan beberapa masalah dan diagnosis yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi yang cukup dan apabila memungkinkan dilakukan proses pencegahan atau dalam kondisi tertentu pasien membutuhkan tindakan segera.

d. Identifikasi dan penetapan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Tahapan ini dilakukan oleh bidan dengan melakukan identifikasi masalah dan menetapkan beberapa kebutuhan setelah diagnosis dan masalah di tegakkan. Kegiatan bidan pada tahap ini konsultasi, kolaborasi dan rujukan.

e. Perencanaan asuhan secara menyeluruh

Setelah beberapa kebutuhan pasien ditetapkan, diperlukan perencanaan secara menyeluruh terhadap masalah dan diagnosis yang ada. Dalam proses perencanaan asuhan secara menyeluruh juga dilakukan identifikasi beberapa data yang lengkap agar pelaksanaan secara menyeluruh dapat berhasil.

f. Pelaksanaan perencanaan

Tahap ini merupakan tahap pelaksanaan dari semua rencana sebelumnya, baik terhadap masalah pasien ataupun yang ditegakkan.

Pelaksanaan yang dilakukan oleh bidan secara mandiri maupun berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya.

g. Evaluasi

Merupakan tahap akhir dalam manajemen kebidanan, yaitu dengan melakukan evaluasi dari perencanaan maupun pelaksanaan yang dilakukan oleh bidan. Evaluasi merupakan sebagai bagian dari proses terus menerus untuk meningkatkan pelayanan secara komprehensif dan selalu berubah sesuai dengan kondisi atau kebutuhan klien.

2. Pendokumentasian Manajemen Kebidanan dengan Metode SOAP

Dokumentasi adalah catatan tentang interaksi antara tenaga kesehatan, pasien, keluarga pasien dan tim kesehatan tentang hasil pemeriksaan, prosedur tindakan, pengobatan pada pasien, pendidikan pasien, dan respon pasien terhadap semua asuhan yang telah diberikan. Pendokumentasian kebidanan dapat diterapkan dengan metode SOAP.

Dalam metode SOAP

S adalah data subjektif

O adalah data objektif

A adalah analysis/assessment

P adalah planning

Merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis, dan singkat. Prinsip dari metode SOAP ini merupakan proses pemikiran Penatalaksanaan manajemen kebidanan.

- a. S (Data Subjektif) merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui anamnesis. Data Subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Data Subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun. Pada pasien yang bisu, dibagian data di belakang huruf "S", diberi tanda

huruf "O". tanda ini akan menjelaskan bahwa pasien adalah penderita tuna wicara.

- b. O (Data Objektif) merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnostik lain. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.
- c. A (Assessment) merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Dalam pendokumentasian manajemen kebidanan, karena keadaan pasien yang setiap saat bisa mengalami perubahan dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Analisis data yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data pasien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada pasien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat.
- d. P (Planning) planning/perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu pasien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter. Kerangka Pikiran/Pendekatan Masalah

Gambar 2.2 Kerangka Pikiran

