

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep dasar teori**

##### **1. Kehamilan**

###### **a. Pengertian**

Kehamilan merupakan proses alami yang dialami setiap wanita dalam siklus reproduksinya. Kehamilan terjadi bila hubungan seksual (senggama) terjadi pada masa subur. Kehamilan adalah kondisi yang rentan terhadap semua jenis "stres", yang berakibat pada perubahan fungsi fisiologis dan metabolik, kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterin mulai sejak konsepsi sampai permulaan persalinan. Kehamilan terjadi jika ada spermatozoa, ovum, pembuahan ovum (konsepsi), dan nidasi (implantasi) hasil konsepsi (Ramadhanti *et al.* 2023).

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, di mana trimester pertama berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Oktavia & Lubis, 2024).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas maka penulis dapat menyimpulkan bahwa kehamilan merupakan proses alami dalam siklus reproduksi wanita yang terjadi melalui pertemuan spermatozoa dan ovum (fertilisasi) diikuti dengan implantasi, serta berlangsung hingga persalinan. Selama kehamilan, terjadi pertumbuhan dan perkembangan janin di dalam rahim yang disertai perubahan fisiologis dan metabolik

pada ibu. Kehamilan normal berlangsung sekitar 40 minggu dan terbagi menjadi tiga trimester, yaitu trimester pertama, kedua, dan ketiga.

b. Pembagian trimester kehamilan

Menurut Risyati (2021) kehamilan terbagi dalam 3 trimester yaitu:

1) Trimester pertama (1-12 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 dibagi lagi menjadi periode embrionik dan janin. Periode embrio dimulai pada saat pembuahan (usia perkembangan) atau pada usia kehamilan 2 sampai 10 minggu. Periode embrionik adalah tahap di mana 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. Pada minggu ke 12 denyut janin dapat terlihat jelas dengan ultrasound, gerakan pertama dimulai, jenis kelamin dapat diketahui, ginjal memproduksi urine

Trimester pertama memiliki risiko keguguran tertinggi (kematian alamiah embrio atau janin) kehamilan trimester pertama merupakan usia kehamilan yang rentan karena ibu hamil muda sering mengalami perdarahan pada kehamilan muda dapat berakibat fisiologis atau patologis

2) Trimester dua (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 diberikan perawatan medis berkualitas tinggi.

Pada akhir trimester dua janin dapat bernapas, menelan dan mengatur suhu, surfactan terbentuk didalam paru paru, mata mulai membuka dan menutup, dan ukuran janin 2/3 pada saat lahir

### 3) Trimester tiga (29-40 minggu)

Trimester ketiga adalah dari 29 minggu sampai kira-kira 40 minggu dan diakhiri dengan bayi lahir. Pada trimester tiga seluruh uterus terisi oleh bayi sehingga tidak bebas bergerak/berputar banyak. Simpanan lemak coklat berkembang dibawah kulit untuk persiapan pemisahan bayi setelah lahir, antibody ibu ditransfer ke janin, janin mulai menyimpan zat besi, kalsium, fosfor.

#### c. Perubahan fisiologis pada ibu hamil

Menurut Risyati (2021) ada beberapa perubahan dan adaptasi fisiologis pada ibu hamil trimester III:

##### 1) Uterus

Pada wanita yang tidak hamil, uterus merupakan organ yang relatif padat dengan berat sekitar 70 gram dan volume rongga kurang dari 10 ml. Selama kehamilan, uterus mengalami perubahan menjadi organ muskular dengan dinding yang relatif tipis dan mampu menampung janin, plasenta, serta cairan amnion. Pada kehamilan aterm, volume total isi uterus mencapai sekitar 5 liter dan dalam kondisi tertentu dapat meningkat hingga 20 liter atau lebih. Dengan demikian, pada akhir kehamilan kapasitas uterus dapat meningkat sekitar 500 hingga 1000 kali dibandingkan keadaan sebelum hamil. adanya *Braxton Hicks* yaitu kontraksi pada rahim akibat penurunan kadar progesteron. Kontraksi terjadi pada seluruh otot rahim dan bersifat tidak nyeri dengan bertambahnya usia kehamilan, kontraksi *braxton hicks* ini dapat berlangsung menjadi kontraksi untuk persalinan.

Tabel 2.1

## Berat Badan Janin Sesuai Usia Kehamilan

| Usia kehamilan | Berat Badan Janin |
|----------------|-------------------|
| 1 bulan        | -                 |
| 2 bulan        | 5 gram            |
| 3 bulan        | 15 gram           |
| 4 bulan        | 120 gram          |
| 5 bulan        | 280 gram          |
| 6 bulan        | 600 gram          |
| 7 bulan        | 1000 gram         |
| 8 bulan        | 1800 gram         |
| 9 bulan        | 2500 gram         |
| 10 bulan       | 3000 gram         |

Sumber : (Riswati 2021)

## 2) Ovarium

Selama kehamilan, ovarium yang mengandung korpus luteum gravidarium tetap melanjutkan fungsinya hingga plasenta terbentuk secara sempurna, yaitu sekitar usia kehamilan 16 minggu. Keberlangsungan fungsi ini dipengaruhi oleh hormon *human chorionic gonadotropin* (HCG) yang dihasilkan oleh vili korionik dan memiliki efek serupa dengan hormon luteotropik dari hipofisis anterior.

## 3) Serviks

Pada masa kehamilan, serviks mengalami peningkatan vaskularisasi dan pelunakan yang dikenal sebagai tanda *Goodell*. Kelenjar endoserviks mengalami pembesaran dan menghasilkan sekresi mukus dalam jumlah lebih banyak. Akibat peningkatan dan pelebaran pembuluh darah, warna serviks berubah menjadi kebiruan atau keunguan, yang dikenal sebagai tanda *chadwick*.

## 4) Vagina dan perineum

Selama kehamilan terjadi peningkatan vaskularisasi dan hiperemia pada kulit serta otot perineum dan vulva, disertai pelunakan jaringan ikat di bawahnya. Peningkatan vaskularitas ini menyebabkan vagina berwarna keunguan (tanda *chadwick*). Dinding vagina mengalami perubahan signifikan sebagai persiapan menghadapi proses persalinan, meliputi penebalan mukosa, pelonggaran jaringan ikat, dan hipertrofi sel otot polos. Papila epitel vagina mengalami hipertrofi sehingga memberikan gambaran permukaan berpaku halus. Sekresi serviks ke dalam vagina meningkat dan tampak sebagai cairan putih kental dengan pH asam berkisar antara 3,5 hingga 6, yang disebabkan oleh peningkatan produksi asam laktat dari glikogen epitel vagina oleh *Lactobacillus acidophilus*.

#### 5) Payudara (Mamae)

Pada awal kehamilan, payudara terasa lebih lunak. Setelah memasuki bulan kedua, ukuran payudara bertambah dan pembuluh vena di bawah kulit tampak lebih jelas. Puting payudara membesar, menghitam, dan menjadi lebih menonjol. Sejak bulan pertama kehamilan, kolostrum yang berwarna kekuningan dapat keluar, yang dihasilkan oleh kelenjar asinus yang mulai berfungsi. Meskipun demikian, produksi ASI belum terjadi karena pengaruh hormon *prolaktin inhibiting hormone* yang masih menekan kerja prolaktin. Areola payudara juga membesar dan menghitam, serta kelenjar montgomery mengalami pembesaran dan tampak lebih menonjol, trimester III keluarnya colostrum yang banyak mengandung protein

#### 6) Sistem pernapasan

Pada kehamilan, sebagian wanita mengeluhkan rasa sesak atau napas pendek. Kondisi ini disebabkan oleh penekanan diafragma ke arah atas akibat pembesaran uterus. Kapasitas vital paru-paru sedikit meningkat, dan ibu hamil cenderung

bernafas lebih dalam dengan pola pernapasan dada (*thoracic breathing*) yang lebih dominan.

7) Sistem pencernaan (*Traktus Digestivus*)

Seiring bertambahnya ukuran uterus, terjadi pergeseran posisi lambung, usus, dan organ lain seperti apendiks yang terdorong ke arah atas dan lateral. Selain itu, terjadi penurunan motilitas otot polos pada saluran pencernaan serta penurunan sekresi asam hidroklorida dan pepsin di lambung. Perubahan ini dapat menimbulkan keluhan seperti rasa panas di dada (*pyrosis/heartburn*) akibat refleks asam lambung ke esofagus yang dipengaruhi oleh perubahan posisi lambung dan penurunan tonus sfingter esofagus bawah. Mual terjadi akibat penurunan motilitas dan sekresi lambung, sedangkan konstipasi disebabkan oleh berkurangnya peristaltik usus besar.

8) Sistem integumen (Kulit)

Selama kehamilan terjadi peningkatan deposit pigmen dan hiperpigmentasi kulit yang dipengaruhi oleh hormon Melanophore Stimulating Hormone (MSH) lobus hipofisis anterior serta hormon kelenjar suprarenalis. Hiperpigmentasi tampak pada striae gravidarum livide atau alba, areola dan papila mammae, linea nigra, serta chloasma gravidarum. Hiperpigmentasi sering dijumpai pada area wajah (chloasma gravidarum), payudara (puting dan areola), serta perut (linea nigra dan striae). Setelah persalinan, perubahan warna kulit ini umumnya berangsur menghilang.

9) Sistem perkemihan

Pada kehamilan, ginjal mengalami pembesaran disertai peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Dalam urin dapat ditemukan peningkatan ekskresi asam amino dan vitamin yang larut dalam air. Glukosuria sering dijumpai pada ibu hamil, namun kemungkinan adanya diabetes melitus

tetap perlu diwaspadai. Sementara itu, proteinuria dan hematuria merupakan kondisi yang tidak normal. Selain itu, fungsi ginjal menunjukkan peningkatan klirens kreatinin hingga sekitar 30%.

#### 10) Kelenjar endokrin

Terjadi perubahan kelenjar endokrin, seperti pada kelenjar tiroid akan membesar sedikit, kelenjar hipofisis akan membesar terutama lobus anterior dan kelenjar adrenal tidak begitu berpengaruh

#### 11) Sistem kardiovaskuler

Selama kehamilan, jumlah darah ibu akan meningkat untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janin. Namun, peningkatan cairan darah (plasma/serum darah) lebih banyak dibandingkan peningkatan sel darah merah. Akibatnya darah menjadi lebih encer, keadaan ini disebut hemodilusi atau pengenceran darah. Peningkatan volume darah mulai terlihat sejak usia kehamilan sekitar 16 minggu dan mencapai puncaknya pada usia kehamilan 32 minggu. Volume darah meningkat sekitar 25–30%, sedangkan sel darah merah hanya meningkat sekitar 20%. Karena cairan darah lebih banyak daripada sel darah merah, kadar hemoglobin tampak menurun sehingga ibu hamil sering mengalami anemia fisiologis atau anemia normal pada kehamilan. Selain itu, curah jantung juga meningkat sekitar 30% agar aliran darah ke ibu dan janin tetap terpenuhi.

#### d. Ketidaknyamanan Serta Penanganan Ibu Hamil Trimester III

Menurut Fitriani (2022), ketidaknyamanan yang sering dialami ibu hamil pada trimester III beserta penanganannya antara lain sebagai berikut:

##### 1) Konstipasi

Konstipasi pada ibu hamil trimester III disebabkan oleh peningkatan hormon progesteron yang memengaruhi peristaltik usus. Selain itu, pembesaran uterus yang menekan usus, konsumsi tablet Fe, kurangnya aktivitas fisik, serta rendahnya mobilitas tubuh turut memperberat kondisi sembelit. Penanganan yang dapat dilakukan meliputi peningkatan konsumsi cairan sebanyak 6–8 gelas per hari, mengonsumsi sayur dan buah yang kaya serat, melakukan latihan kehamilan, serta berjalan pagi secara teratur. Apabila upaya nonfarmakologis tidak memberikan perbaikan, ibu hamil dianjurkan untuk berkonsultasi dengan dokter atau bidan.

#### 2) Edema

Edema merupakan pembengkakan yang terjadi pada tungkai bawah dan pergelangan kaki akibat menurunnya aliran balik vena dari ekstremitas bawah selama kehamilan. Kondisi ini dapat diperburuk oleh posisi berdiri atau duduk dalam waktu lama. Upaya penanganan edema antara lain dengan menghindari makanan yang terlalu asin, mengonsumsi makanan tinggi protein, menghindari pakaian ketat, serta meninggikan kaki selama 20 menit setiap 2–3 jam. Selain itu, mengubah posisi secara berkala dan duduk dengan posisi dorsofleksi dapat membantu meningkatkan sirkulasi darah.

#### 3) Insomnia

Insomnia pada ibu hamil trimester III umumnya disebabkan oleh kecemasan, stres, serta pikiran negatif terkait kehamilan dan persiapan persalinan. Gangguan tidur juga dapat dipicu oleh aktivitas janin pada malam hari dan ketidaknyamanan posisi tidur. Penanganan yang dapat dilakukan meliputi tidur dengan posisi miring yang nyaman, melakukan senam hamil, pijatan ringan pada bagian tubuh yang nyeri, serta dukungan mental dan spiritual dari keluarga dalam menghadapi persalinan.

#### 4) Nyeri pinggang

Nyeri pinggang pada trimester III terjadi akibat perubahan hormonal yang memengaruhi jaringan lunak pendukung, sehingga elastisitas otot menurun. Selain itu, pergeseran pusat gravitasi tubuh, peningkatan berat uterus, postur tubuh yang kurang tepat, kelelahan, serta aktivitas fisik berlebihan dapat memperparah nyeri. Penanganan meliputi penggunaan teknik tubuh yang benar saat mengangkat beban, latihan relaksasi dengan pernapasan dalam, pijatan dan kompres pada area nyeri, serta mengubah posisi tidur menjadi miring dengan bantuan bantal.

5) Sering buang air kecil (nokturia)

Frekuensi buang air kecil meningkat seiring bertambahnya usia kehamilan akibat pembesaran rahim yang menekan kandung kemih, sehingga kapasitas kandung kemih menjadi lebih kecil. Upaya penanganan yang dapat dilakukan antara lain mengurangi konsumsi cairan dua jam sebelum tidur tanpa mengurangi asupan cairan pada siang hari, melakukan latihan penguatan otot dasar panggul, tidak menahan buang air kecil, serta menjaga kebersihan area genital dengan baik.

6) Hemoroid

Hemoroid atau wasir sering terjadi pada trimester III dan berhubungan dengan konstipasi serta peningkatan tekanan vena di daerah pelvis akibat pembesaran rahim. Kurangnya katup pada vena hemoroidalis serta peningkatan tekanan intra abdomen turut berperan dalam pembesaran vena hemoroid. Penanganan meliputi peningkatan konsumsi makanan berserat, memperbanyak aktivitas fisik ringan, menghindari duduk terlalu lama, serta segera buang air besar saat timbul keinginan.

7) *Heartburn*

*Heartburn* terjadi akibat peningkatan hormon progesteron yang menurunkan fungsi sfingter esofagus bagian bawah, sehingga pengosongan lambung melambat dan menimbulkan rasa penuh,

kembung, serta panas di dada. Tekanan rahim yang membesar juga memperberat keluhan. Penanganan meliputi makan dalam porsi kecil dan perlahan, menghindari makan sebelum tidur, menghindari makanan pedas, berlemak, asam, dan bergas, menggunakan posisi tidur setengah duduk, serta mengenakan pakaian yang longgar dan nyaman.

#### 8) Sakit kepala

Sakit kepala pada trimester III umumnya disebabkan oleh ketegangan otot leher dan bahu, kelelahan, serta perubahan dinamika cairan tubuh dan kelelahan adalah penyebabnya. Penanganan yang dianjurkan meliputi istirahat yang cukup, relaksasi, pijatan ringan pada leher dan bahu, kompres hangat, mandi air hangat, serta menghindari penggunaan obat-obatan tanpa anjuran tenaga kesehatan.

#### 9) Sesak napas

Sesak napas dapat terjadi akibat pembesaran rahim yang menekan diafragma hingga beberapa sentimeter, serta peningkatan hormon progesteron yang menyebabkan hiperventilasi. Penanganan yang dapat dilakukan meliputi latihan pernapasan yang benar, mengurangi kecemasan, serta mengatur variasi posisi duduk dan berdiri agar ibu merasa lebih nyaman.

#### 10) Varises

Varises pada trimester III disebabkan oleh peningkatan tekanan pada pembuluh darah ekstremitas bawah, kerapuhan jaringan elastis akibat pengaruh hormon estrogen, serta faktor genetik. Penanganan meliputi tidak menyilangkan kaki saat duduk atau tidur, meninggikan kaki saat berbaring, menghindari berdiri atau duduk terlalu lama, menggunakan kaus kaki khusus atau perban pada daerah yang terkena varises, serta melakukan senam hamil secara teratur.

e. Tanda bahaya pada kehamilan trimester 3

1) Perdarahan Pervaginam

Dilihat dari SDKI (2012) dalam Suryani (2023) penyebab kematian ibu dikarenakan perdarahan (28%).

a) Plasenta Previa

Plasenta previa adalah kondisi di mana plasenta tidak normal karena terletak di bagian bawah rahim, sehingga menutupi sebagian atau seluruh jalur kelahiran. Terdapat beberapa jenis plasenta previa berdasarkan sejauh mana jaringan plasenta menutupi jalur lahir. Plasenta previa totalis merujuk pada plasenta yang sepenuhnya menutupi jalur lahir. Plasenta previa parsialis merujuk pada plasenta yang hanya sebagian menutupi jalur lahir. Plasenta previa marginalis mengacu pada plasenta yang berada di tepi peluncuran saluran kelahiran. Plasenta letak rendah mengacu pada plasenta yang terletak sekitar 3-4 cm dari awal jalan lahir.

Plasenta previa berdasarkan derajat infasinya dibagi menjadi 3 Suryani (2023), yaitu:

(1) Plasenta Akreta

Insersi vili korionik plasenta ke dalam sebagian lapisan miometrium melalui perlekatan. Pada pemeriksaan luar, masuknya fundus saat tali pusat ditarik merupakan tanda plasenta akreta yang paling dapat dikenali.

(2) Plasenta Inkreta Perlekatan pada vili korionik plasenta sampai memasuki atau mencapai lapisan miometrium, membuatnya tidak dapat memisahkan diri dengan sendirinya. Sebelum histerektomi, diperlukan pengangkatan plasenta manual dengan kuretase tambahan yang tajam dan dalam.

(3) Plasenta Perkreta

Vili korionik menempel pada lapisan otot dan sampai pada lapisan serosa dinding rahim.

b) Solusio plasenta

Solusio plasenta adalah kondisi kehamilan di mana plasenta, yang seharusnya terletak secara normal di fundus atau korpus rahim, mengalami pelepasan sebelum trimester ketiga. Istilah yang setara untuk plasenta tiba-tiba adalah abrupsi plasenta. Pelepasan plasenta dari tempat implantasinya yang biasa di dalam rahim sebelum bayi lahir dikenal sebagai solusio plasenta. Ketika seorang wanita hamil lebih dari 28 minggu, definisi ini berlaku. Proses solusio plasenta dimulai dengan pengeringan di dalam desidua basalis yang menyebabkan berkembangnya hematoma retroplasenta. Solusio plasenta terjadi ketika plasenta terlepas dari tempat implantasinya di tubuh rahim sebelum bayi lahir. Selama kehamilan, kondisi ini bisa terjadi kapan saja. Pelepasan plasenta dapat lengkap (totalis), sebagian (parsial), atau hanya robekan di sepanjang tepi (ruptur sinus marginal).

2) Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala selama kehamilan adalah hal yang umum dan seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal selama masa kehamilan. Namun, perlu diperhatikan bahwa sakit kepala yang parah dan berlangsung terus menerus tanpa mereda meskipun setelah istirahat, dapat menunjukkan adanya masalah serius. Kadang-kadang, sakit kepala yang parah tersebut juga dapat disertai dengan penglihatan yang kabur. Sakit kepala yang hebat selama kehamilan merupakan salah satu gejala dari pre-eklampsia

3) Gangguan visual

Perubahan pada mata biasa terjadi selama periode kehamilan. Meskipun sebagian besar merupakan respon fisiologis yang terjadi akibat perubahan metabolisme, hormonal dan imunologis selama kehamilan, ada beberapa kondisi serius yang dapat berkembang

menjadi kondisi lebih buruk atau sebagai pertanda dari penyakit dan komplikasi yang serius, diantaranya adalah preeklampsia. Gangguan visual yang paling sering muncul sebagai tanda preeklampsia adalah pandangan kabur, namun, fotopsia, scotoma, dan diplopia tidak jarang terjadi. Hal ini terjadi sebagai akibat edema retina, yang menyebabkan vaskulopati konstriktif. Gangguan visual, sakit kepala, kejang dan hilangnya kesadaran tidak hanya berhubungan dengan hipertensi dalam kehamilan, tapi tanda dan gejala tersebut perlu juga dipertimbangkan sebagai penyebab kejang atau koma yang lain termasuk epilepsy, komplikasi malaria, cedera kepala, meningitis dan ensepalitis

4) Bengkak di muka atau tangan

Peningkatan berat badan yang berlebihan (lebih besar dari 1,8 kg perminggu) pada trimester kedua dan ketiga dapat menjadi tanda awal potensi berkembangnya kasus preeklampsia. Bengkak yang perlu diwaspadai adalah bengkak yang terjadi tidak hanya pada daerah kaki, tapi juga terjadi pada tanga dan muka. Bengkak ini terjadi sebagai akibat kebocoran pembuluh darah. Sekitar 39% pasien preeklampsia tidak mengalami edema. Berkurangnya gerakan janin. Gerakan janin harus selalu dipantau hingga akhir kehamilan dan saat persalinan.

5) Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban Pecah Dini adalah pecahnya kulit ketuban sebelum persalinan dimulai. Tanda yang perlu diwaspadai pada kasus Ketuban Pecah Dini adalah keluarnya cairan dari vagina setelah usia kehamilan 22 minggu. Ketuban pecah dini dapat terjadi pada saat usia janin *imatur*, *premature* bahkan pada kehamilan matur. Diagnosis ketuban pecah dini dapat ditegakkan dari hasil anamnesis ibu yang dikombinasi dengan pemeriksaan vagina menggunakan speculum. Bau yang khas dari air ketuban bisa menjadi penunjuk untuk diagnosis. Pecahnya kulit ketuban secara

spontan merupakan suatu yang fisiologis yang terjadi pada kehamilan aterm baik sebelum atau setelah onset kontraksi persalinan. Hal ini dianggap sebagai sesuatu yang erat kaitannya dengan kondisi kulit ketuban yang semakin melemah dengan bertambahnya usia kehamilan, yang merupakan akibat dari proses remodelling kolagen dan apoptosis sel.

6) Kejang

Setiap kejang dalam kehamilan harus dianggap sebagai eklampsia sampai ditemukannya penyebab kejang yang lain seperti epilepsy. Kejang pada eklampsia dapat terjadi akibat vasospasme intens arteriserebri. Kejang ini paling sering muncul sebelum persalinan dan dapat berlanjut hingga 10 hari post partum. Kewaspadaan terhadap tanda dan gejala lain mencakup nyeri kepala, gangguan penglihatan, nyeri ulu hati dan kegelisahan ibu menjadi alarm bagi penolong terhadap munculnya kejang

7) Selaput kelopak mata pucat.

Selaput kelopak mata pucat merupakan salah satu tanda anemia yang dapat juga muncul pada trimester III. Anemia pada trimester III dapat menyebabkan perdarahan pada waktu persalinan dan nifas, serta BBLR

8) Demam Tinggi

Demam tinggi yang ditandai suhu badan di atas 38°C, masih mungkin muncul sebagai tanda bahaya di trimester ketiga. Karenanya ibu hamil masih tetap harus mewaspadaai jika ini terjadi. Jika menemukan kondisi ibu hamil dengan demam, segera bawa ke fasilitas pelayanan kesehatan

f. Kebutuhan dasar ibu hamil trimester III

Menurut Sitawati (2023) beberapa kebutuhan dasar ibu hamil trimester III antara lain:

1) Kebutuhan oksigenasi

Kebutuhan oksigenasi wanita hamil meningkat kira-kira 20% sehingga untuk memenuhi kebutuhannya itu, wanita hamil selalu bernapas lebih dalam. Pada kehamilan 32 minggu atau lebih, tidak jarang wanita mengeluh sesak napas dan pendek napas karena diafragma sulit bergerak akibat membesarnya uterus. Untuk memenuhi kebutuhan oksigen ini, dapat dilakukan senam pernapasan.

## 2) Nutrisi

Kecukupan gizi ibu hamil diukur berdasarkan kenaikan berat badan. Kalori ibu hamil 300-500 kalori lebih banyak dari sebelumnya. Kebutuhan protein juga 30 gram lebih banyak dari biasanya. Berat badan ibu hamil bisa naik sampai 11,5 – 16 kg merupakan batas normal untuk pertumbuhan janin. Namun kecepatan peningkatan berat badan yang direkomendasikan adalah 1–2 kg selama trimester I selanjutnya 0,3- 0,5/ minggu.

## 3) Kebutuhan Personal Hygiene

Kebersihan diri sangat penting selama kehamilan karena ibu hamil lebih rentan terhadap infeksi. Kebersihan gigi dan mulut, vagina, kuku, serta rambut yang tidak terjaga dapat berdampak negatif, seperti kelahiran prematur dan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR). Ibu hamil dianjurkan mandi minimal dua kali sehari karena produksi keringat meningkat. Kebersihan area lipatan kulit, seperti ketiak, bawah payudara, dan genitalia, harus dijaga dengan cara membersihkannya menggunakan air bersih dan mengeringkannya dengan handuk kering. Selain itu, kebersihan gigi dan mulut perlu mendapat perhatian khusus karena ibu hamil lebih rentan mengalami gigi berlubang dan infeksi yang dapat menimbulkan komplikasi kehamilan. Penurunan daya tahan tubuh selama kehamilan juga menyebabkan organ reproduksi lebih rentan terhadap infeksi, sehingga keputihan lebih sering terjadi. Apabila personal hygiene, khususnya kebersihan genitalia, tidak terjaga

dengan baik, dapat menyebabkan keputihan akibat infeksi jamur maupun *bacterial vaginosis* (BV).

#### 4) Kebutuhan Eliminasi

Selama kehamilan, tubuh ibu mengalami berbagai perubahan yang dapat menimbulkan keluhan, seperti konstipasi dan sering buang air kecil. Frekuensi berkemih meningkat akibat tekanan uterus yang membesar ke arah panggul serta adanya hipervolemia fisiologis. Selain itu, peningkatan metabolisme tubuh dan produksi urine dapat menyebabkan kehilangan cairan tubuh. Oleh karena itu, ibu hamil dianjurkan untuk mencukupi kebutuhan cairan dengan minum air putih dan mengonsumsi makanan yang mengandung banyak cairan. Konstipasi merupakan salah satu keluhan yang sering dialami ibu hamil, yang dipengaruhi oleh perubahan pola makan, penurunan motilitas usus, serta kurangnya asupan cairan dan serat, terutama pada trimester pertama yang disertai mual dan muntah. Penanganan konstipasi dianjurkan dilakukan melalui penyesuaian pola makan dan gaya hidup, seperti mengonsumsi makanan tinggi serat sekitar 30–35 gram per hari, sebelum menggunakan terapi farmakologis.

#### 5) Kebutuhan Seksual

Kehamilan dapat memengaruhi kehidupan seksual pasangan. Kebutuhan seksual pada ibu hamil bersifat individual; pada sebagian ibu terjadi penurunan dorongan seksual, sementara pada sebagian lainnya tidak mengalami perubahan berarti. Hubungan seksual tetap dapat dilakukan dengan hati-hati, terutama pada usia kehamilan 32–36 minggu, untuk menghindari risiko persalinan prematur. 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.

#### 6) Kebutuhan Mobilisasi

Mobilisasi dan aktivitas fisik selama kehamilan penting untuk menjaga kesehatan ibu dan janin. Ibu hamil yang melakukan aktivitas fisik atau olahraga secara teratur cenderung memiliki kondisi kesehatan yang lebih baik. Namun, masih banyak ibu hamil yang enggan berolahraga karena kekhawatiran akan gangguan pada kehamilan. Bertambahnya berat badan dan ukuran rahim sering membuat ibu merasa sulit bergerak, sehingga memilih untuk lebih banyak beristirahat. Kurangnya aktivitas fisik dapat meningkatkan risiko kesulitan saat persalinan. Aktivitas fisik yang dilakukan secara teratur selama kehamilan memiliki pengaruh positif terhadap pematangan serviks menjelang persalinan.

#### 7) Kebutuhan Istirahat dan Tidur

Istirahat dan tidur yang cukup sangat penting bagi kesehatan ibu dan janin. Gangguan tidur pada ibu hamil dapat disebabkan oleh peningkatan berat janin, sesak napas, nyeri punggung, serta pergerakan janin. Untuk mengatasi gangguan tidur, ibu hamil dianjurkan melakukan senam hamil dan latihan relaksasi agar tubuh menjadi lebih nyaman dan kualitas tidur meningkat.

#### g. Kebutuhan psikologis ibu hamil

Menurut Fitriani (2022) kebutuhan psikologi ibu hamil dibagi menjadi beberapa bagian yaitu:

##### 1) Dukungan suami

Peran serta dan dukungan suami selama masa kehamilan sangat penting karena dapat memberikan energi positif bagi ibu hamil. Dukungan tersebut terbukti mampu meningkatkan kesiapan ibu dalam menjalani kehamilan hingga menghadapi proses persalinan. Suami merupakan tempat konsultasi utama bagi ibu hamil dalam menyampaikan berbagai keluhan dan permasalahan yang dialami. Bentuk dukungan suami antara lain mengantar istri untuk

pemeriksaan kehamilan, membantu memenuhi kebutuhan ibu hamil, mengingatkan untuk mengonsumsi vitamin dan tablet tambah darah, serta membantu pekerjaan rumah tangga.

2) Dukungan anggota keluarga

Dukungan anggota keluarga dapat diwujudkan dengan menjaga keharmonisan dan suasana keluarga yang kondusif selama kehamilan. Selain itu, keluarga juga berperan dalam membantu persiapan menjadi orang tua, baik melalui persiapan mental maupun ekonomi, mengingat bertambahnya anggota keluarga akan meningkatkan kebutuhan. Dukungan keluarga dapat ditunjukkan dengan kepedulian terhadap kondisi ibu hamil, seperti sering berkunjung, menanyakan keadaan ibu dan janin, serta memberikan doa untuk kesehatan ibu dan bayi.

3) Tenaga kesehatan memiliki peran penting dalam memenuhi kebutuhan psikologis ibu hamil dengan memberikan dukungan moral serta meyakinkan ibu bahwa perubahan fisik dan psikologis yang dialami selama kehamilan merupakan hal yang normal atau fisiologis. Bidan diharapkan bersikap aktif melalui kegiatan kelas antenatal serta memberikan kesempatan kepada ibu hamil untuk berkonsultasi apabila mengalami masalah terkait kehamilannya. Selain itu, bidan harus mampu mengenali tanda-tanda bahaya kehamilan serta memahami perubahan psikologis ibu hamil pada setiap trimester, sehingga asuhan kebidanan yang diberikan dapat sesuai dengan kebutuhan ibu.

4) Rasa aman dan nyaman

Rasa aman dan nyaman merupakan kebutuhan psikologis utama bagi ibu hamil. Ibu hamil membutuhkan perasaan dicintai, diperhatikan, dan dihargai oleh orang-orang di sekitarnya. Selain itu, ibu hamil juga perlu merasa yakin bahwa pasangan dan keluarganya dapat menerima kehadiran calon bayi, sehingga ibu dapat menjalani kehamilan dengan perasaan tenang dan positif

#### h. Standar asuhan pelayanan antenatal

Menurut Kemenkes RI (2016) dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar 10T terdiri dari Farming (2024):

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

Penimbangan berat badan setiap kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kg selama kehamilan atau kurang dari 1 kg setiap bulanya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor resiko pada ibu hamil Berat badan ideal untuk ibu hamil sendiri tergantung dari IMT (Indeks Masa Tubuh) ibu sebelum hamil. Indeks massa tubuh (IMT) adalah hubungan antara tinggi badan dan berat badan. Pemeriksaan antropometri yang biasa dilakukan adalah penimbangan berat, pengukuran tinggi badan, penentuan berat ideal dan pola pertambahan berat. Seorang ibu dengan tinggi badan yang lebih tinggi mempunyai kecenderungan kenaikan BB yang lebih besar pada waktu hamil dari pada orang yang lebih pendek. Rumus yang digunakan untuk menghitung IMT ibu hamil yaitu BB (dalam satuan Kg) dibagi dengan TBxTB (dalam satuan meter)

Tabel 2.2  
Kenaikan Berat Badan Ibu Berdasarkan IMT

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

Sumber : (Riana, 2022)

##### 2) Ukur tekanan darah (T2)

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah

kurang lebih 140/90 mmHg) pada kehamilan pada preeklampsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah dan atau proteinuria). Tekanan darah tinggi dapat mengakibatkan keterlambatan pertumbuhan janin dalam kandungan atau *Intrauterine Growth Restriction* (IUGR) dan kelahiran mati, hal ini disebabkan karena preeklampsia dan eklampsia pada ibu akan menyebabkan pengapuran di daerah plasenta. Sedangkan bayi memperoleh makanan dan oksigen dari plasenta, dengan adanya pengapuran di daerah plasenta, suplai makanan dan oksigen yang masuk ke janin berkurang menyebabkan mekonium bayi yang berwarna hijau keluar dan membuat air ketuban keruh, sehingga akan mengakibatkan asfiksia neonatorum.

### 3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA) (T3)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama untuk skrining ibu hamil berisiko Kurang Energi Kronik (KEK). Kurang energi kronis di mana LILA kurang dari 23,5 cm terjadi beberapa bulan/tahun. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR). Ibu hamil mengalami obesitas dimana ukuran LILA >28 cm.

### 4) Ukur Tinggi Fundus Uteri (TFU) (T4)

Pengukuran TFU dilakukan setiap kali kunjungan yang bertujuan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai umur kehamilan. Pengukuran TFU dengan teknik Mc Donald adalah cara mengukur tinggi fundus uteri menggunakan alat ukur Panjang mulai dari tepi atas simfisis pubis sampai pada fundus uteri atau sebaliknya. Tujuan pemeriksaan TFU menggunakan tehnik Mc.Donald (Sitinjak et al., 2024).

Tabel 2. 3

| Tinggi Fundus Menurut Leopold |                         |
|-------------------------------|-------------------------|
| Usia Kehamilan                | TFU                     |
| 12 minggu                     | 3 jari diatas simphisis |

|           |                                          |
|-----------|------------------------------------------|
| 16 minggu | $\frac{1}{2}$ simfisis-pusat             |
| 20 minggu | 3 jari dibawah pusat                     |
| 24 minggu | Setinggi pusat                           |
| 28 minggu | $\frac{1}{3}$ di atas pusat              |
| 34 minggu | $\frac{1}{2}$ Pusat- prosessus Xifoideus |

Sumber : (Fauziah 2024)

Tabel 2.4  
Tinggi fundus menurut Mc Donald

| Umur Kehamilan<br>(minggu) | Tinggi fundus Uteri<br>(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 : (Rahmah 2022)

Hasil pengukuran TFU dalam sentimeter juga dipergunakan untuk menghitung taksiran berat janin. Rumusnya perhitungan taksiran berat janin menurut Rumus Johson adalah TFU (dalam cm-n) x 155. Bila kepala belum masuk panggul maka n = 12, jika kepala sudah masuk panggul maka n = 11 (Nawangsari, 2022)

5) Skrining status imunisasi Tetanus Toksoid (TT) dan Pemberian imunisasi Tetanus Toksoid (TT) (T5)

Imunisasi TT diberikan untuk mencegah tetanus neonatorum. Pemberian imunisasi disesuaikan dengan status imunisasi ibu saat ditemukan pada kunjungan pertama. Memberikan imunisasi TT disesuaikan dengan status TT ibu. Skning status imunisasi TT harus dilakukan sebelum pemberian vaksin. Pemberian imunisasi TT tidak perlu dilakukan bila hasil skrining menunjukkan wanita usia subur telah mendapatkan imunisasi TT5 yang harus dibuktikan dengan buku KIA, rekam medis, dan atau kohort. Kelompok ibu hamil yang sudah mendapatkan TT2 sampai dengan TT5 dikatakan mendapatkan imunisasi TT2+.

Tabel 2 .5

Rentan Waktu Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid (Tt)  
Dan Lama Perlindungannya

| <b>Status T</b> | <b>Interval minimal pemberian</b> | <b>Masa Perlindungan</b>                                         |
|-----------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| T1              | -                                 | Langkah awal pemberian kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus |
| T2              | 1 bulan setelah T1                | 3 tahun                                                          |
| T3              | 6 bulan setelah T2                | 5 tahun                                                          |
| T4              | 12 Bulan setelah T3               | 10 tahun                                                         |
| T5              | 12 Bulan Setelah T4               | Lebih dari 25 tahun                                              |

Sumber : Buku KIA 2024

6) Tentukan presentasi janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ) (T6)

Pada akhir trimester III menjelang persalinan, presentasi normal janin adalah presentasi kepala dengan letak memanjang dan sikap janin fleksi. Untuk mengetahui letak dan persentasi janin dapat digunakan palpasi, berikut adalah salah satu cara palpasi yang sering digunakan (Simamora & Debataraja, 2021)

- (1) Leopold I: Posisi pemeriksa sehingga menghadap kebagian kepala ibu. Tujuan Leopold I yaitu untuk menentukan tingginya fundus uteri dan mengetahui bagian apa dari anak yang terdapat dalam fundus. Sifat kepala ialah keras, bundar dan melenting. Sifat bokong lunak, kurang bundar dan kurang melenting. Pada letak lintang fundus uteri kosong.
- (2) Leopold II : Pemeriksa meraba bagian kiri dan kanan perut ibu adanya bagian yang rata dan memanjang (punggung) atau bagian yang kecil (ekstremitas) pada perut ibu Tujuan Leopold II untuk menentukan batas samping kanan kiri. Menentukan letak punggung janin dan bagian-bagian kecil.
- (3) Leopold III: pemeriksa menentukan bagian bawah bayi (bagian keras, bulat dan hampir homogen adalah kepala, sedangkan tonjolan yang lunak dan kurang simetris adalah bokong). Tujuan Leopold III yaitu untuk menentukan bagian

terbawah janin dan bagian bawah janin sudah masuk PAP/belum.

- (4) Leopold IV : Pemeriksa menghadap ke arah kaki ibu hamil dan menentukan konvergen (Kedua jari- jari pemeriksa menyatu yang berarti bagian terendah janin belum masuk panggul) atau divergen (Kedua jari- jari pemeriksa tidak menyatu yang berarti bagian terendah janin sudah masuk panggul) serta seberapa jauh bagian terbawah janin masuk ke pintu atas panggul. Tujuan Leopold IV yaitu untuk menentukan seberapa jauh bagian terbawah janin sudah masuk PAP.

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

- (1) 5/5 (Hodge I) jika bagian terendah janin masih seluruhnya teraba diatas simfisis.
- (2) 4/5 (Hodge I-II) jika sebagian 1/5 bagian telah memasuki rongga panggul (hanya 4 jari pemeriksa yang dapat mengakomodasi bagian terendah di simfisis pubis).
- (3) 3/5 (Hodge II-III) jika sebagian 2/5 bagian telah memasuki rongga panggul (hanya 3 jari pemeriksa yang dapat mengakomodasi bagian terendah di simfisis pubis).
- (4) 2/5 (Hodge III) jika sebagian 3/5 bagian telah memasuki rongga panggul (hanya 2 jari pemeriksa yang dapat mengakomodasi bagian terendah di simfisis pubis).
- (5) 1/5 jika 4/5 (Hodge III-IV) bagian telah memasuki rongga panggul (hanya 1 jari pemeriksa yang dapat mengakomodasi bagian terendah di simfisis pubis).

(6) 0/5 (Hodge IV) jika seluruh bagian telah masuk ke rongga panggul atau sudah tidak dapat teraba oleh tangan pemeriksa.

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

- (1) Bidang Hodge I, setinggi PAP tepi atas simpisis
- (2) Bidang Hodge II, sejajar dengan H I melalui pinggir bawah symphysis
- (3) Bidang Hodge III, sejajar dengan H I melalui spina ischiadicae
- (4) Bidang Hodge IV, sejajar dengan H I melalui ujung os coccygis

#### 7) Pemberian tablet penambah darah (tablet besi)

Ibu dalam kehamilannya harus mengonsumsi tablet tambah darah sedikitnya 1 tablet (60 mg elemental iron dan 0,25 mg asam folat) selama 90 hari berturut-turut. Mulai pemberian pada waktu pertama kali ibu hamil memeriksakan kehamilannya (K1). Ibu hamil disebut telah mendapatkan FeI bila ibu tersebut telah mendapatkan tablet besi sebanyak 30 tablet pada bulan pertama, dan telah mendapatkan Fe<sub>3</sub> bila mana ibu tersebut telah mendapatkan tablet besi sebanyak 90 tablet atau 30 tablet pada bulan ketiga. Tablet Fe oral dapat menyebabkan mual, muntah, kram lambung, nyeri uluhati dan konstipasi. Minum tablet Fe pada saat makan atau segera sesudah makan dapat mengurangi gejala mual tetapi juga dapat menurunkan

jumlah zat besi yang diabsorpsi. Sebaiknya mengonsumsi tablet Fe dilakukan pada malam hari sebelum tidur. Serta menghindari teh, kopi, susu, tablet kalsium atau obat sakitmaag dalam 1 jam sebelum/sesudah makan karena akan mengganggu penyerapan zat besi (Nasla, 2022).

#### 8) Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan yang dilakukan adalah pemeriksaan golongan darah, pemeriksaan kadar hemoglobin, pemeriksaan protein dalam urin, glukosa urin, pemeriksaan HIV dilakukan wajib dengan adanya program Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak (PPIA), tes pemeriksaan darah lainnya seperti malaria, sifilis, HbsAg (Farming et al., 2024)

#### 9) Tatalaksana kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal 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) Temuwicara (konseling)

Memberikan penjelasan mengenai perawatan kehamilan, pencegahan kelainan bawaan, persalinan dan Inisiasi Menyusu Dini (IMD), nifas, perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, Keluarga Berencana (KB), dan imunisasi pada bayi serta Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) terdiri dari yaitu: lokasi tempat ibu tinggal, identitas ibu hamil, tafsiran persalinan, penolong persalinan, fasilitas tempat persalinan, calon pendonor darah, transportasi, adanya perencanaan persalinan termasuk pemakaian KB, tatalaksana pengambilan keputusan yang tepat dan cepat bila terjadi komplikasi selama kehamilan, persalinan, nifas. Penjelasan ini diberikan secara bertahap sesuai dengan masalah dan kebutuhan ibu. (Farming et al., 2024)

i. Deteksi Dini Faktor Resiko Kehamilan (Skor Poedji Rochjati)

1) Skor Poedji Rochjati

Skor Poedji Rochjati adalah suatu cara untuk mendeteksi dini kehamilan yang memiliki risiko lebih besar dari biasanya (baik bagi ibu maupun bayinya), akan terjadinya penyakit atau kematian sebelum maupun sesudah persalinan. Ukuran resiko dapat dituangkan dalam bentuk angka disebut skor (Mardliyana et al., 2022).

Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok:

- a) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2
- b) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10
- c) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor  $\geq 12$

2) Tujuan sistem skor poedji rochjati

- a) Membuat pengelompokkan dari ibu hamil (KRR, KRT, KRST) agar berkembang perilaku kebutuhan tempat dan penolong persalinan sesuai dengan kondisi dari ibu hamil.
- b) Melakukan pemberdayaan ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat agar peduli dan memberikan dukungan dan bantuan untuk kesiapan mental, biaya dan transportasi untuk melakukan rujukan terencana.

3) Fungsi skor

Skor digunakan sebagai sarana KIE yang mudah diterima, diingat, dimengerti sebagai ukuran kegawatan kondisi ibu hamil dan menunjukkan adanya kebutuhan pertolongan untuk rujukkan.

4) Cara pemberian skor

Tiap kondisi ibu hamil (umur dan paritas) dan faktor risiko diberi nilai 2,4 dan 8. Umur dan paritas pada semua ibu hamil diberi skor

2 sebagai skor awal. Tiap faktor risiko skornya 4 kecuali bekas sesar, letak sungsang, letak lintang, perdarahan antepartum dan preeklamsia berat/eklamsi diberi skor 8. Tiap faktor risiko dapat dilihat pada gambar yang ada pada Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR), yang telah disusun dengan format sederhana agar mudah dicatat dan diisi.

- a) Ibu hamil dengan skor 2 dianjurkan untuk bersalin di TPMB atau puskesmas dan ditolong oleh bidan
- b) Ibu hamil dengan skor 6 atau lebih dianjurkan untuk bersalin di puskesmas atau rumah sakit dan ditolong oleh tenaga kesehatan.
- c) Ibu hamil dengan skor 12 atau lebih dianjurkan bersalin di RS
- d) Pencegahan kehamilan risiko tinggi
  - Penyuluhan komunikasi, informasi, edukasi untuk kehamilan dan persalinan aman
  - a) Kehamilan Risiko Rendah (KRR), tempat persalinan dapat dilakukan di rumah maupun di polindes, tetapi penolong persalinan harus bidan, dukun membantu perawatan nifas bagi ibu dan bayinya.
  - b) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), ibu PKK memberi penyuluhan agar pertolongan persalinan oleh bidan atau dokter puskesmas, di polindes atau puskesmas, atau langsung dirujuk ke Rumah Sakit, misalnya pada letak lintang dan ibu hamil pertama dengan tinggi badan rendah.
  - c) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST), diberi penyuluhan dirujuk untuk melahirkan di Rumah Sakit dengan alat lengkap dan dibawah pengawasan dokter spesialis

Tabel 2.6  
Skor KSPR

|    |     |      |     |
|----|-----|------|-----|
| I. | II. | III. | IV. |
|----|-----|------|-----|

| KEL<br>F.R | NO | MASALAH /FAKTOR RISIKO                                 | SK<br>OR | TRIBUNAN |     |       |       |
|------------|----|--------------------------------------------------------|----------|----------|-----|-------|-------|
|            |    |                                                        |          | I.       | II. | III.1 | III.2 |
|            |    | Skor awal ibu hamil                                    | 2        |          |     |       |       |
| I          | 1  | Terlalu muda hamil <16th                               | 4        |          |     |       |       |
|            | 2  | Terlalu tua hamil >35th                                | 4        |          |     |       |       |
|            |    | Terlalu terlambat hamil I,kawin >4<br>th               | 4        |          |     |       |       |
|            | 3  | Terlalu lama hamil lagi >10th                          | 4        |          |     |       |       |
|            | 4  | Terlalu cepat hamil <2th                               | 4        |          |     |       |       |
|            | 5  | Terlalu banyak anak ,4/lebih                           | 4        |          |     |       |       |
|            | 6  | Terlalu tua ,umur >35th                                | 4        |          |     |       |       |
|            | 7  | Terlalu pendek < 145cm                                 | 4        |          |     |       |       |
|            | 8  | Pernah gagal hamil                                     | 4        |          |     |       |       |
|            | 9  | Pernah melahirkan dengan                               | 4        |          |     |       |       |
|            |    | a. Tarikan tang /vakum                                 | 4        |          |     |       |       |
|            |    | b. Uri dirogoh                                         | 4        |          |     |       |       |
|            |    | c. Diberi infus /transfusi                             | 4        |          |     |       |       |
|            | 10 | Pernah operasi caesar                                  | 8        |          |     |       |       |
| II         | 11 | Penyakit pada ibu hamil                                | 4        |          |     |       |       |
|            |    | a. Kurang darah                                        | 4        |          |     |       |       |
|            |    | b. Malaria                                             | 4        |          |     |       |       |
|            |    | c. Tbc paru                                            | 4        |          |     |       |       |
|            |    | d. Payah jantung                                       | 4        |          |     |       |       |
|            |    | e. Kencing manis (diabetes)                            | 4        |          |     |       |       |
|            |    | f. Penyakit menular seksual                            | 4        |          |     |       |       |
|            | 12 | Bengkak pada muka /tungkai dan<br>tekanan darah tinggi | 4        |          |     |       |       |
|            | 13 | Hamil kembar 2 atau lebih                              | 4        |          |     |       |       |
|            | 14 | Hamil kembar air (hidramion )                          | 4        |          |     |       |       |

|  |    |                                  |   |  |  |  |  |
|--|----|----------------------------------|---|--|--|--|--|
|  | 15 | Bayi mati dalam kandungan        | 4 |  |  |  |  |
|  | 16 | Kehamilan lebh tua               | 4 |  |  |  |  |
|  | 17 | Letak sungsang                   | 8 |  |  |  |  |
|  | 18 | Letak lintang                    | 8 |  |  |  |  |
|  | 19 | Perdarahaan pada kehamilan ini   | 8 |  |  |  |  |
|  | 20 | Preeklamsi berat /kejang -kejang | 8 |  |  |  |  |
|  |    | JUMLAH SCOR                      |   |  |  |  |  |

j. Persiapan rujukan maternal neonatal

Menurut Parwatiningsih (2021) persiapan rujukan maternal neonatal adalah sebagai berikut:

1) Prinsip rujukan

a) Menentukan kegawatdaruratan penderita

(1) Tingkat kader atau dukun bayi terlatih ditemukan penderita yang tidak dapat ditangani sendiri oleh keluarga atau kader atau dukun bayi, maka segera dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang terdekat, oleh karena itu mereka belum tentu dapat menerapkan ke tingkat kegawatdaruratan.

(2) Tingkat bidan desa, puskesmas pembantu dan puskesmas. Tenaga kesehatan yang ada pada fasilitas pelayanan kesehatan tersebut harus dapat menentukan tingkat kegawatdaruratan kasus yang ditemui, sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya, mereka harus menentukan kasus mana yang boleh ditangani sendiridan kasus mana yang harus dirujuk.

b) Menentukan tempat rujukan Prinsip dalam menentukan tempat rujukan adalah fasilitas pelayanan yang mempunyai kewenangan dan terdekat termasuk fasilitas pelayanan swasta dengan tidak mengabaikan kesediaan dan kemampuan penderita.

(1) Memberikan informasi kepada penderita dan keluarga.

(2) Mengirimkan informasi kepada tempat rujukan yang dituju.

(3) Memberitahukan bahwa akan ada penderita yang dirujuk.

(4) Meminta petunjuk apa yang perlu dilakukan dalam rangka persiapan dan selama dalam perjalanan ke tempat rujukan.

(5) Meminta petunjuk dan cara penanganan untuk menolong penderita bila penderita tidak mungkin di kirim.

Persiapan rujukan maternal neonatal disingkat menjadi BAKSOKUDAPN.

1) B (Bidan)

Bidan yang mendampingi pasien merupakan tenaga terampil dan memiliki kompetensi dalam menangani kegawatdaruratan.

2) A (Alat)

Alat dan perlengkapan yang dibutuhkan dibawa saat melakukan rujukan. Misalnya alat tensi meter, tabung dan selang oksigen dan partus set.

3) K (Keluarga)

Lakukan edukasi pada keluarga terkait dengan kondisi ibu dan adanya persetujuan proses tersebut. Pastikan ada anggota keluarga yang ikut dalam prosesnya rujukan.

4) S (Surat)

Surat rujukan sesuai dengan peraturan yang ada sekurang-kurangnya terdapat informasi antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan (anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang) yang telah dilakukan, diagnosis kerja, terapi dan atau tindakan yang telah diberikan, tujuan rujukan, nama dan tanda tangan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan.

5) O (Obat)

ediakan obat-obatan esensial dalam proses rujukan, misal: oxytosin, metil ergometrin, magnesium sulfat, dexamethasone dan fenobarbital.

6) K (Kendaraan)

Kendaraan yang digunakan sebaiknya memiliki ruang yang cukup bagi pasien dan perujuk sehingga apabila dilakukan tindakan akan lebih leluasa.

7) U (Uang)

Uang atau jaminan kesehatan sebagai penunjang administrasi terhadap tindakan yang dilakukan.

8) DA (Darah)

Siapkan calon pendonor darah dari keluarga untuk berjaga-jaga dari kemungkinan kasus yang memerlukan donor darah.

9) P (Posisi)

Tentukan posisi yang diinginkan pasien.

10) N (Nutrisi)

Pastikan penderita mendapatkan kebutuhan nutrisi yang cukup.

## 2. Persalinan

### a. Pengertian

Menurut Namangdjabar (2023) persalinan adalah proses fisiologis yang dimulai dengan kontraksi uterus teratur yang menyebabkan pembukaan serviks, dilanjutkan dengan pengeluaran janin dan plasenta, dan diakhiri dengan masa nifas. Sedangkan menurut Kemenkes RI persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri).

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

Menurut Namangdjabar (2023) beberapa istilah yang ada hubungannya dengan persalinan :

Menurut cara persalinan

- 1) Persalinan Spontan adalah persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri melalui jalan lahir
- 2) Persalinan Buatan adalah persalinan dibantu tenaga dari luar misalnya: forceps, vacuum SC
- 3) Persalinan Anjuran adalah persalinan berlangsung setelah amniotomi dan pemberian obat-obatan (pitocin/prostaglandin).

Menurut umur kehamilan

- 1) Abortus (keguguran) adalah terhentinya kehamilan sebelum janin dapat hidup (*viable*) berat janin dibawah 1000gram - tua kehamilan dibawah 28 minggu.
- 2) Partus prematurus adalah persalinan dari hasil konsepsi pada kehamilan 28 -36 minggu janin dapat hidup tetapi prematur, berat janin antara 1000-2500 gram
- 3) Partus Maturus atau aterm (cukup bulan) adalah partus pada persalinan 37-42 minggu dengan berat janin diatas 2500 gram
- 4) Partus Post Maturus (serotinus) adalah partus pada persalinan lebih 42 minggu.

b. Sebab-sebab mulainya persalinan

Persalinan (partus) umumnya disebabkan oleh kombinasi kompleks faktor hormonal, fisik, dan mekanis di akhir kehamilan (minggu 37-42). Penyebab utamanya meliputi penurunan kadar progesteron, peningkatan estrogen, regangan otot rahim, peningkatan oksitosin, serta pengaruh prostaglandin yang menyebabkan kontraksi uterus, pembukaan serviks, dan penurunan kepala janin (Bakoil, 2023):

- 1) Penurunan kadar progesterone  
otot-otot rahim Progesteron menimbulkan relaksasi sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan dapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen didalam darah tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his.

- 2) Pada akhir kehamilan kadar oksitosin bertambah oleh karena itu timbul kontraksi otot-otot Rahim
- 3) Keregangan otot-otot rahim dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot rahim dan makin rentan.
- 4) Pengaruh Janin  
Hipofise dan kelenjar suprarenal janin memegang peranan karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasa.
- 5) Teori Prostaglandin  
Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2 dan E2 yang diberikan secara intravena, menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap umur kehamilan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun dalam perifer pada ibu-ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan.
- 6) Teori iritasi mekanik  
Di belakang serviks ada ganglion servikale (Plexus Frankenhauer). Bila digeser atau tertekan janin akan menyebabkan kontraksi uterus.

c. Tanda-tanda persalinan

Tanda persalinan sudah dekat yaitu Namangdjabar (2023) :

1) Terjadinya *lightening*

Menjelang minggu ke-36, pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk PAP yang disebabkan oleh kontraksi *baxton hicks*, ketegangan dinding perut, ketegangan ligamentum rotundum, gaya berat janin dimana kepala ke arah bawah. Gambaran *lightening* pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara ketiga P yaitu *power* (kekuatan his),

*passage* (jalan lahir normal) dan *passanger* (janin dan plasenta). Pada multi gambarannya tidak jelas, karena kepala janin masuk PAP menjelang persalinan.

## 2) Terjadinya his permulaan

Dengan makin tuanya umur kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesteron makin berkurang, sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering, disebut sebagai his palsu.

Sifat his permulaan (palsu) yaitu rasa nyeri ringan di bagian bawah, datangnya tidak teratur, tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda durasinya pendek serta tidak bertambah bila beraktivitas

## 3) Terjadinya his persalinan

His persalinan ditandai dengan rasa sakit pada pinggang yang menjalar ke bagian depan, bersifat teratur dengan interval yang semakin pendek dan kekuatan yang semakin besar, mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks, serta semakin beraktivitas maka kekuatan his semakin bertambah.

## 4) Pengeluaran lendir dan darah (*show*)

Dengan adanya his persalinan terjadi perubahan pada serviks berupa pendataran dan pembukaan serviks, pembukaan tersebut menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas, serta terjadi perdarahan akibat pecahnya kapiler pembuluh darah.

## 5) Pengeluaran cairan

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

## d. Tahapan persalinan

Persalinan dapat dibagi menjadi 4 kala (Bakoil, 2023):

### 1) KALA I

Dimulai dari his persalinan yang pertama sampai pembukaan serviks menjadi lengkap (10 cm). Kala I dibagi menjadi 2 fase yaitu:

- a) Fase laten: pembukaan < 4 cm. (8 jam)
- b) Fase Aktif: pembukaan 4 cm. -10 cm. (6-7 jam) atau 1 cm/jam
- c) Fase aktif terdiri dari 3 periode yaitu
  - (1) Fase akselerasi: berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4cm
  - (2) Fase dilatasi maksimal: berlangsung 2 jam, pembukaan 4-9cm
  - (3) Fase diselerasi: berlangsung 2 jam, pembukaan 10 cm

#### 2) KALA II (Kala Pengeluaran Janin)

Dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi. Primi 2 jam multi 1 jam. Pada kala ini his terkoordinir kuat, cepat dan lebih lama kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul dan secara reflektoris menimbulkan rasa meneran. Karena tekanan pada rektum ibu merasa seperti mau buang air besar dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum menegang.

#### 3) KALA III (Kala Pengeluaran Urin)

Dimulai dari lahirnya bayi sampai lahirnya plasenta. Setelah bayi lahir kontraksi rahim istirahat sebentar. Uterus teraba keras dengan fundus uteri teraba pusat dan berisi plasenta yang menjadi tebal 2 kali sebelumnya, beberapa saat kemudian timbul his pelepasan dan pengeluaran urin dalam waktu 5 menit seluruh plasenta terlepas terdorong kedalam vagina dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan dari atas simpisis. Seluruh proses berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc.

#### 4) KALA IV (Kala Pengawasan)

- a) Selama Dua jam setelah placenta lahir. Untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan post partum.
- b) Setelah placenta lahir mulailah masa nifas (puerperium)
- e. Faktor -faktor yang meempengaruhi persalinaan

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi persalinan antara lain Nasution (2024) menyebutkan

1) *Passenger.*

Malpresentasi atau malformasi janin dapat mempengaruhi persalinan normal. Pada faktor *passenger*, terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melalui jalan lahir, maka ia dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin

2) *Passage away*

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku

3) *Power*

His adalah salah satu kekuatan pada ibu yang menyebabkan serviks membuka dan mendorong janin ke bawah. Pada presentasi kepala, bila his sudah cukup kuat, kepala akan turun dan mulai masuk ke dalam rongga panggul. Ibu melakukan kontraksi involunter dan volunteer secara bersamaan

4) *Position*

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak memberi sejumlah keuntungan. Mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak meliputi posisi berdiri, berjalan, duduk dan jongkok

### 5) *Psychologic Respons.*

Proses persalinan adalah saat yang menegangkan dan mencemaskan bagi wanita dan keluarganya. Rasa takut, tegang dan cemas mungkin mengakibatkan proses kelahiran berlangsung lambat. Pada kebanyakan wanita, persalinan dimulai saat terjadi kontraksi uterus pertama dan dilanjutkan dengan kerja keras selama jam-jam dilatasi dan melahirkan kemudian berakhir ketika wanita dan keluarganya memulai proses ikatan dengan bayi. Perawatan ditujukan untuk mendukung wanita dan keluarganya dalam melalui proses persalinan supaya dicapai hasil yang optimal bagi semua yang terlibat. Wanita yang bersalin biasanya akan mengutarakan berbagai kekhawatiran jika ditanya, tetapi mereka jarang dengan spontan menceritakannya

### f. Mekanisme persalinan

Gerakan-gerakan utama dari mekanisme persalinan adalah Penurunan kepala, Fleksi. Rotasi dalam (putaran paksi dalam), Ekstensi, Ekspulsi. Dan Rotasi luar (putaran paksi luar) Dalam kenyataannya beberapa gerakan terjadi bersamaan, akan tetapi untuk lebih jelasnya akan dibicarakan gerakan itu satu persatu (Namangdjabar et al., 2023)

#### a. Penurunan Kepala.

Pada primigravida, masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul biasanya sudah terjadi pada bulan terakhir dari kehamilan, tetapi pada multigravida biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala ke dalam PAP, biasanya dengan sutura sagitalis melintang dan dengan fleksi yang ringan. Masuknya kepala melewati pintu atas panggul (PAP), dapat dalam keadaan asinklitismus yaitu bila sutura sagitalis terdapat di tengah-tengah jalan lahir tepat di antara simpisis dan promontorium. Pada sinklitismus os parietal depan dan belakang sama tingginya. Jika sutura sagitalis agak ke depan mendekati simpisis atau agak ke

belakang mendekati promontorium, maka dikatakan kepala dalam keadaan asinklitismus, ada 2 jenis asinklitismus yaitu:

1) Asinklitismus posterior

Bila sutura sagitalis mendekati simpisis dan os parietal belakang lebih rendah dari os parietal depan.

2) Asinklitismus anterior

Bila sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietal depan lebih rendah dari os parietal belakang. Derajat sedang asinklitismus pasti terjadi pada persalinan normal, tetapi kalau berat gerakan ini dapat menimbulkan disproporsi sepelopelvik dengan panggul yang berukuran normal sekalipun. Penurunan kepala lebih lanjut terjadi pada kala I dan kala II persalinan. Hal ini disebabkan karena adanya kontraksi dan retraksi dari segmen atas rahim, yang menyebabkan tekanan langsung fundus pada bokong janin. Dalam waktu yang bersamaan terjadi relaksasi dari segmen bawah rahim, sehingga terjadi penipisan dan dilatasi servik. Keadaan ini menyebabkan bayi terdorong ke dalam jalan lahir. Penurunan kepala ini juga disebabkan karena tekanan cairan intra uterine, kekuatan mengejan atau adanya kontraksi otot-otot abdomen dan melurusnya badan anak.

b. Fleksi

Pada awal persalinan, kepala bayi dalam keadaan fleksi yang ringan. Dengan majunya kepala biasanya fleksi juga bertambah. Pada pergerakan ini dagu dibawa lebih dekat ke arah dada janin sehingga ubun-ubun kecil lebih rendah dari ubun-ubun besar hal ini disebabkan karena adanya tahanan dari dinding serviks, dinding pelvis dan lantai pelvis. Dengan adanya fleksi, diameter suboccipito bregmatika (9,5 cm) menggantikan diameter suboccipito frontalis (11 cm). Sampai di dasar panggul, biasanya kepala janin berada dalam keadaan fleksi maksimal. Ada beberapa

teori yang menjelaskan mengapa fleksi bisa terjadi. Fleksi ini disebabkan karena anak di dorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari serviks, dinding panggul atau dasar panggul. Akibat dari keadaan ini terjadilah fleksi.

c. Rotasi Dalam (Putaran Paksi Dalam)

Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan janin memutar ke depan ke bawah simpisis. Pada presentasi belakang kepala bagian yang terendah ialah daerah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar ke depan ke arah simpisis. Rotasi dalam penting untuk menyelesaikan persalinan, karena rotasi dalam merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bidang tengah dan pintu bawah panggul.

d. Ekstensi

Sesudah kepala janin sampai di dasar panggul dan ubun-ubun kecil berada di bawah simpisis, maka terjadilah ekstensi dari kepala janin. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan ke atas sehingga kepala harus mengadakan fleksi untuk melewatinya. Kalau kepala yang fleksi penuh pada waktu mencapai dasar panggul tidak melakukan ekstensi maka kepala akan tertekan pada perineum dan dapat menembusnya.

Subocciput yang tertahan pada pinggir bawah simpisis akan menjadi pusat pemutaran (hypomochlion), maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum: ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut dan dagu bayi dengan gerakan ekstensi

e. Rotasi Luar (Putaran Paksi Luar)

Kepala yang sudah lahir selanjutnya mengalami restitusi yaitu kepala bayi memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi

dalam. Bahu melintasi pintu dalam keadaan miring. Di dalam rongga panggul bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya, sehingga di dasar panggul setelah kepala bayi lahir, bahu mengalami putaran dalam dimana ukuran bahu (diameter bisa kromial) menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul. Bersamaan dengan itu kepala bayi juga melanjutkan putaran hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadikum sepihak.

f. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai di bawah simpisis dan menjadi hipomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Setelah kedua bahu bayi lahir, selanjutnya seluruh badan bayi dilahirkan searah dengan sumbu jalan lahir.

Dengan kontraksi yang efektif, fleksi kepala yang adekuat, dan janin dengan ukuran yang rata-rata, sebagian besar oksiput yang posisinya posterior berputar cepat segera setelah mencapai dasar panggul, dan persalinan tidak begitu bertambah panjang. Tetapi pada kira-kira 5-10 % kasus, keadaan yang menguntungkan ini tidak terjadi. Sebagai contoh kontraksi yang buruk atau fleksi kepala yang salah atau keduanya, rotasi mungkin tidak sempurna atau mungkin tidak terjadi sama sekali, khususnya kalau janin besar.

g. Asuhan Persalinan Normal (APN)

ada 60 langkah Asuhan Persalinan Normal (APN) yaitu (Fauziah *et al.*, 2024):

1) Melihat tanda dan gejala kala II Persalinan.

Ibu merasa adanya dorongan kuat untuk meneran, disertai tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina, perineum tampak menonjol, serta vulva dan sfingter ani mulai membuka.

2) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan, dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir. Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi siapkan:

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

Untuk ibu:

- e) Kain, handuk, dan baju ibu
  - f) Menyiapkan oksitosin 10 unit
  - g) Alat suntik steril sekali pakai dalam partus set
- 3) Pakai celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan.
- 4) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
- 6) Masukkan oksitosin ke dalam 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 anterior (depan) ke posterior (belakang) menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi dengan air DTT, jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang, buang kapas atau kasa

pembersih (terkontaminasi dalam wadah yang tersedia), jika terkontaminasi, lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut dalam larutan klorin 0,5% e, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melaksanakan langkah lanjutan.

- 8) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap, Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.
- 9) Dekontaminasi sarung tangan (celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam klorin 0,5% selama 10 menit).
- 10) Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
- 11) Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus mereda (relaksasi) untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal (120 – 160x/ menit), mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal, mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, semua temuan pemeriksaan dan asuhan yang diberikan ke dalam partograf.
- 12) Beritahukan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik, kemudian bantu ibu menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
  - a) Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan dan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.
  - b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu dan meneran secara benar.
- 13) Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat: pada kondisi itu, ibu

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

- 14) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat:
  - a) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif  
Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
  - b) Bantu ibu mengambil posisi nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
  - c) Anjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.
  - d) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu
  - e) Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum).
  - f) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
  - g) Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran  $\geq 120$  menit (2 jam) pada primigravida atau  $\geq 60$  menit (1 jam) pada multigravida.
- 15) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.
- 16) Persiapan untuk melahirkan bayi, letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- 17) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu.
- 18) Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan 15 d. Pakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
- 19) Pakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan
- 20) Pertolongan untuk melahirkan bayi, lahirnya kepala, 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 defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu meneran secara efektif atau bernafas cepat dan dangkal.

- 21) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi), segera lanjutkan proses kelahiran bayi. Perhatikan, Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi, Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat di antara dua klem tersebut. Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan
- 22) Lahirnya bahu, setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang, badan dan tungkai.
- 23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah untuk menopang kepala dan bahu. Gunakan tangan untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
- 24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk di antara 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) Asuhan Bayi Baru Lahir Lakukan penilaian (selintas):
  - a) Apakah bayi cukup bulan?
  - b) Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernapas tanpa kesulitan?
  - c) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

Bila salah satu jawaban “TIDAK” lanjut ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia d. Bila semua jawaban “YA” lanjut langkah ke-26.

- 26) Keringkan tubuh bayi, mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk atau kain yang kering. 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, suntikkan oksitosin 10 unit (intramuskuler) di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntik oksitosin).
- 30) Setelah 2 menit sejak bayi (cukup bulan) lahir, pegang tali pusar dengan satu tangan pada sekitar 5 cm dari pusar bayi, kemudian jari telunjuk dan jari tengah tangan lain menjepit tali pusar dan geser hingga 3 cm proksimal dari pusar bayi. Klem tali pusar pada titik tersebut kemudian tahan klem ini pada posisinya, gunakan jari telunjuk dan tengah tangan lain untuk mendorong isi tali pusat ke arah ke arah ibu (sekitar 5 cm) dan klem tali pusar pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama.
- 31) Pemotongan dan pengikatan tali pusat:
  - a) Dengan satu tangan, pegang tali pusar yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusar di antara 2 klem tersebut.
  - b) Ikat tali pusar dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusar dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
  - c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.

- 32) Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu dan 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 areola mammae ibu.
- Selimuti ibu dan bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi.
  - Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
  - 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.
  - Biarkan bayi di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.
- 33) Manajemen Aktif Kala Tiga Persalinan (Mak III), Pindahkan klem tali pusar hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- 34) Letakkan satu tangan di atas kain pada perut bawah ibu (di atas simfisis) untuk mendeteksi kontraksi dan tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusar.
- 35) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusar ke arah bawah sambil tangan lain mendorong uterus ke arah belakang atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusar dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi kembali prosedur di atas. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
- 36) Mengeluarkan plasenta, bila pada penekanan bagian bawah dinding depan uterus ke arah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusar ke arah distal maka lanjutkan dorongan ke arah kranial hingga plasenta dapat dilahirkan.

- a) Ibu boleh meneran tetapi tali pusatnya hanya ditegangkan (jangan ditarik secara kuat terutama jika uterus tak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (ke arah 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, ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.
  - d) Lakukan kateterisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh.
  - e) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
  - f) Ulangi tekanan dorso-kranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
  - g) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi pendarahan 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 disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem ovum DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.
- 38) Rangsangan taktil (masase) uterus, segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan (Kompresi Bimanual Internal, kompresi Aorta Abdominalis, Tampon Kondom-Kateter) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil/masase.

- 39) Menilai pendarahan periksa, kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastik atau tempat khusus.
- 40) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi yang luas dan menimbulkan pendarahan.
- 41) Asuhan pasca persalinan, pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi pendarahan pervaginam.
- 42) Pastikan kantung kemih kosong.
- 43) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, bilas dengan air DTT tanpa melepas sarung tangan dan keringkan dengan tisu atau handuk.
- 44) Ajarkan ibu atau keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- 45) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- 46) Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.
- 47) Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/ menit).
  - a) Jika bayi sulit bernapas, merintih, atau retraksi, di resusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit.
  - b) Jika bayi napas terlalu cepat atau sesak napas, segera rujuk ke Rumah Sakit rujukan.
  - c) Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut.
- 48) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit).
- 49) Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.
- 50) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.

- 51) Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir, dan darah di ranjang atau di sekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 52) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
- 53) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
- 54) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 55) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 56) Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi
- 57) Dalam satu jam pertama, beri salep atau tetes mata profilaksis infeksi, vitamin K1 1 mg IM di paha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pernapasan bayi (normal 40-60 kali/menit) dan temperatur tubuh (normal 36,5-37,5 C) setiap 15 menit. Setelah satu jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi hepatitis B di paha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
- 58) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 60) Dokumentasi, lengkapi partograf (halaman depan belakang), periksa tanda vital dan pemantauan kala IV persalinan

#### h. Penggunaan partograf

##### 1) Pengertian

Partograf adalah alat bantu untuk membuat keputusan klinik, memantau, mengevaluasi dan menatalaksana persalinan. Partograf dapat dipakai untuk memberikan peringatan awal bahwa suatu persalinan berlangsung lama, adanya gawat ibu dan janin, sertaperlunya rujukan. Hal tersebut sangat penting khususnya untuk membuat keputusan klinis selama kala I persalinan.

##### 2) Kegunaan partograf

- a) Mengamati dan mencatat informasi kemajuan persalinan dengan memeriksa dilatasi serviks saat pemeriksaan dalam.
- b) Menentukan apakah persalinan berjalan normal atau persalinan lama, sehingga bidan dapat membuat deteksi dini mengenai kemungkinan persalinan lama.
- c) Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan, proses persalinan, bahan, medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir.

Jika digunakan secara tepat dan konsisten, maka partograf akan membantu penolong persalinan untuk melakukan :

- a) Mencatat kemajuan persalinan
- b) Mencatat kondisi ibu dan janin
- c) Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran
- d) Mengidentifikasi secara dini adanya penyulit
- e) Menggunakan informasi yang ada untuk membuat keputusan klini

Partograf dikatakan sebagai data yang lengkap bila seluruh informasi ibu, kondisi janin, kemajuan persalinan, waktu dan

jam, kontraksi uterus, kondisi ibu, obat-obatan yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dicatat sesuai cara pencatatan partograf.

### 3) Isi partograf

Isi partograf antara lain:

#### a) Informasi tentang ibu

Nama dan umur, gravida, para, abortus, nomor catatan medik, tanggal dan waktu mulai dirawat dan waktu pecahnya selaput ketuban.

#### b) Kondisi janin

Denyut jantung janin, warna dan adanya air ketuban, penyusupan (molase) kepala janin.

#### c) Kemajuan persalinan

Pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah atau presentasi janin, garis waspada dan garis bertindak.

#### d) Waktu dan jam

Waktu mulainya fase aktif persalinan dan waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian.

#### e) Kontraksi uterus

Frekuensi kontraksi dalam waktu 10 menit; lama kontraksi (dalam detik), obat-obatan yang diberikan, oksitosin, obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan.

#### f) Kondisi ibu

Nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh, urin (volume, aseton atau protein). Pencatatan dimulai saat fase aktif yaitu pembukaan serviks 4 cm dan berakhir saat pembukaan lengkap. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada. Kondisi ibu dan janin dinilai dan dicatat dengan cara :

(1) Denyut jantung janin: setiap 30 menit

- (2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap 30 menit.
  - (3) Nadi setiap 30 menit.
  - (4) Pembukaan serviks setiap 4 jam.
  - (5) Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam.
  - (6) Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam.
- 4) Pencatatan selama fase aktif persalinan (partograf)
- a) Informasi tentang ibu.  
 Lengkapi bagian awal (atas) partograf secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan dan perhatikan kemungkinan ibu datang dalam fase laten persalinan. Catat waktu terjadinya pecah ketuban.
  - b) Keselamatan dan kenyamanan janin
    - (1) Denyut Jantung Janin (DJJ)  
 Nilai dan catat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak pada bagian ini, menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tidak terputus. Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf di antara garis tebal angka 180 dan 100. Tetapi, penolong sudah harus waspada bila DJJ di bawah 120 atau diatas 160.
    - (2) Warna dan adanya air ketuban

|   |                                            |
|---|--------------------------------------------|
| U | Ketuban utuh (belum pecah)                 |
| : | Ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih |
| J | Ketuban sudah pecah dan air ketuban        |
| : | bercampur mekonium                         |
| M | Ketuban sudah pecah dan air ketuban        |
| : | bercampur darah                            |
| D | Ketuban sudah pecah dan air ketuban sudah  |
| : | kering                                     |

|        |  |
|--------|--|
| K<br>: |  |
|--------|--|

Nilai air ketuban setiap kali dilakukan pemeriksaan dalam, dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Catat temuan-temuan dalam kotak yang sesuai di bawah lajur DJ. Gunakan lambang lambang berikut ini.

- (3) Mekonium dalam cairan ketuban tidak selalu menunjukkan adanya gawat janin

Jika terdapat mekonium, pantau DJJ secara saksama untuk mengenali tanda-tanda gawat janin selama proses persalinan. Jika ada tanda-tanda gawat janin (denyut jantung janin  $<100$  atau  $>180$  kali per menit), ibu segera dirujuk ke fasilitas kesehatan yang sesuai. Tetapi jika terdapat mekonium kental, segera rujuk ibu ke tempat yang memiliki asuhan kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir.

- (4) Moulage (penyusupan kepala janin)

Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras panggul ibu. Tulang kepala yang saling menyusup atau tumpang tindih, menunjukkan kemungkinan adanya disproporsi tulang panggul (CPD). Gunakan lambang lambang berikut

|     |                                                                                |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------|
| 0 : | Tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi       |
| 1 : | Tulang-tulang kepala janin hanya saling Bersentuhan                            |
| 2 : | Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih, tapi masih dapat di pisahkan |
| 3 : | Tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat di pisahkan          |

c) Kemajuan persalinan

(1) Pembukaan serviks

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

(2) Penurunan bagian terbawah atau presentasi janin

Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam (setiap 4 jam), atau lebih sering jika ada tanda tanda penyulit, nilai dan catat turunnya bagian terbawah atau presentasi janin. Pada persalinan normal, kemajuan pembukaan serviks umumnya diikuti dengan turunnya bagian terbawah atau presentasi janin.

(3) Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik di mana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (pembukaan kurang dari 1 cm per jam), maka harus dipertimbangkan adanya penyulit (misalnya fase aktif yang memanjang, macet) Pertimbangkan pula adanya tindakan intervensi yang diperlukan, misalnya persiapan rujukan ke fasilitas kesehatan rujukan (rumah sakit atau puskesmas) yang mampu menangani penyulit dan kegawatdaruratan obstetri. Jam dan waktu

(b) Waktu mulainya fase aktif persalinan

Di bagian bawah partograf (pembukaan serviks dan penurunan) tertera kotak-kotak yang diberi angka 1-16.

Setiap kotak menyatakan waktu satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.

(c) Waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan

Di bawah lajur kotak untuk waktu mulainya fase aktif, tertera kotak-kotak untuk mencatat waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan. Setiap kotak menyatakan satu jam penuh dan berkaitan dengan dua kotak waktu tiga puluh menit pada lajur kotak di atasnya atau lajur kontraksi di bawahnya. Saat ibu masuk dalam fase aktif persalinan, catatlah pembukaan serviks di garis waspada. Kemudian catatlah waktu aktual pemeriksaan ini di kotak waktu yang sesuai.

(d) Kontraksi uterus

Di bawah lajur waktu partograf terdapat lima jalur kotak dengan tulisan "kontraksi per 10 menit" disebelah luar kolom paling kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya (Lestari et al., 2024).

### 3. Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

28 hari pertama kehidupan bayi di luar rahim dikenal sebagai Bayi Baru Lahir (BBL), dan selama periode inilah terjadi transisi besar dari kehidupan di dalam rahim ke kehidupan di luar rahim.

Hampir semua sistem mengalami pematangan organ selama periode ini. Terlepas dari berat badan saat lahir, bayi yang lahir hidup setelah usia kehamilan 37-42 minggu disebut sebagai bayi baru lahir (Ismainar et al., 2026).

b. Ciri – ciri Bayi Lahir Normal

Menurut Rivanica and Oxyandi (2024) berikut adalah ciri-ciri bayi baru lahir normal :

- 1) Lahir aterm antara 37- 42 minggu.
- 2) Berat badan 2.500 - 4.000 gram.
- 3) Panjang badan 48 - 52 cm.
- 4) Lingkar dada 30 - 38 cm.
- 5) Lingkar kepala 33 - 35 cm.
- 6) Frekuensi denyut jantung 120 - 160 x/menit.
- 7) Pernapasan  $\pm$  40 - 60 x/menit.
- 8) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup.
- 9) Rambut lanugo tidak terlihat dan biasanya rambut kepala telah sempurna.
- 10) Kuku agak panjang dan lemas.
- 11) Nilai APGAR lebih dari 7.
- 12) Gerak aktif.
- 13) Bayi lahir langsung menangis kuat.
- 14) Refleks rooting (mencari puting susu dengan merangsang taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik.
- 15) Refleks sucking (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.
- 16) Refleks moro (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.
- 17) Refleks grasping (menggenggam) sudah baik.
- 18) Genetalia, (Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang. Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora).
- 19) Eliminasi baik, yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecokelatan.

c. Asuhan Bayi Baru Lahir

- 1) Menjaga bayi agar tetap hangat. Langkah awal dalam menjaga bayi tetap hangat adalah dengan menyelimuti bayi sesegera

mungkin sesudah lahir, tunda memandikan bayi selama 6 jam atau sampai bayi stabil untuk mencegah hipotermi.

- 2) Membersihkan saluran napas dengan menghisap lendir yang ada di mulut dan hidung (jika diperlukan). Tindakan ini juga dilakukan sekaligus dengan penilaian APGAR skor menit pertama. Apabila bayi tidak langsung menangis, jalan napas segera bersihkan.

Tabel 2.7  
Nilai APGAR

| Tanda       | 0                                      | 1                                | 2                               |
|-------------|----------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| Appearance  | Pucat atau biru                        | Tubuh merah dan ekstremitas biru | Tubuh dan ekstremitas kemerahan |
| Pulse       | Tidak terdeteksi                       | <100x/menit                      | >100x/menit                     |
| Grimace     | Tidak memberikan respon pada stimulasi | Sedikit gerak                    | Menangis kuat                   |
| Activity    | Lemah atau tidak ada gerakan           | Ektremitas sedikit fleksi        | Gerakan aktif                   |
| Respiration | Tidak ada usaha nafas                  | Lambat                           | Baik, menangis                  |

Sumber : ( Baroroh and Maslikhah 2024)

- 3) Mengeringkan tubuh bayi dari cairan ketuban dengan menggunakan kain atau handuk yang kering, berish dan halus. Dikeringkan mulai dari muka, kepala dan bagiantubuh lainnya dengan lembut tanpa menghilangkan verniks. Verniks akan membantu menyamankan dan menghangatkan bayi. Setelah di keringkan, selimut bayi dengan kain dengan kain kering untuk menunggu 2 menit sebelum tali pusat diklem, hindari mengeringkan punggung`tangan bayi. Bau cairan amnion pada

tangan bayi membantu bayi mencari puting ibunya yang berbau sama.

- 4) Memotong dari pengikat tali pusat dengan teknik aseptik dan antiseptik. Tindakan ini dilakukan untuk menilai APGAR skor menit lima. Cara pemotongan dan pengikatan tali pusat adalah sebagai berikut:
  - (a) Klem, potong dan ikat tali pusat dua menit pasca bayi lahir. Menyuntikkan oksitosin pada ibu sebelum tali pusat dipotong (oksitosin IU intramuscuklar)
  - (b) Melakukan penjepitan ke-1 tali pusat dengan klem logam DTT 3 cm dari dinding perut (pangkal pusat) bayi, dari titik jepitan tekan tali pusat dengan dua jari kemudian dorong tali pusat kearah ibu (agar darah tidak terpancar pada saat dilakukan pemotongan tali pusat). Lakukan penjepitan ke-2 dengan jarak 2 cm dan tempat jepitan ke-1 kearah ibu.
  - (c) Pegang tali pusat diantara kedua klem tersebut, satu tangan menjadi landasan tali pusat sambil melindungi bayi, tangan yang lain pusat sambil melindungi bayi, tangan yang lain memotong tali pusat diantara kedua klem tersebut dengan menggunakan gunting DTT (steril)
  - (d) Mengikat tali pusat dengan benang DTT pada satu sisi, kemudian lingkarkan kembali benang tersebut dan ikat dengan simpul kunci pada sisi lainnya
  - (e) Melepaskan klem penjepit tali pusat dan masukkan kedalan klorin 0,5%
  - (f) Meletakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk uapaya inisiasi menyusu dini
  - (g) Melakukan IMD, dimulai sedini mungkin, eksklusif selama 6 bulan dilanjutkan sampai 2 tahun dengan makanan pendamping ASI sejak 6 bulan. Pemberian ASI pertama kali dapat dilakukan setelah mengikat tali pusat. Langkah IMD

pada bayi baru lahir adalah lakukan kontak kulit ibu dengan kulit bayi selama paling sedikit 1 jam dan biarkan bayi mencari dan menemukan puting dan mulai menyusu

- (h) Memberikan identitas diri segera setelah IMD, berupa gelang pengenalan tersebut berisi identitas nama ibu dan ayah, tanggal, jam lahir, dan jenis kelamin
- (i) Memberikan suntikan Vitamin K. Karena sistem pembekuan darah pada bayi baru lahir belum sempurna, semua bayi baru lahir berisiko mengalami perdarahan. Untuk mencegah terjadinya perdarahan pada semua BBL, terutama BBLR diberikan suntikan vitamin K (phytomenadione) sebanyak 1 mg dosis tunggal, intramuscular pada anterolateral paha kiri. Suntikan vitamin K dilakukan setelah poses IMD dan sebelum pemberian Hepatitis B
- (j) Memberikan salep mata antibiotik pada kedua mata untuk mencegah terjadinya infeksi pada mata. Salep ini sebaiknya diberikan 1 jam setelah bayi lahir.
- (k) Memberikan imunisasi Hepatitis B pertama (HB-O) diberikan 1-2 jam setelah pemberian vitamin K secara intramuskular. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu ke bayi. Imunisasi Hepatitis B harus diberikan pada bayi usia 0 – 7 hari (Sandriani et al., 2024)

#### d. Adaptasi Bayi Baru Lahir

Berikut beberapa adaptasi fisiologis bayi baru lahir menurut Noviana (2024) :

##### 1) Sistem Pernafasan

Nafas pada seorang bayi untuk pertama kalinya yaitu mengeluarkan cairan di dalam paru-paru dan mengembangkan jaringan alveolus paru-paru. Hal ini akan menyebabkan keluar 1/3 cairan, kemudian digantikan oleh udara. Agar alveolus

berfungsi baik maka harus terdapat surfaktan untuk menstabilkan dinding alveolus sehingga tidak terjadi kolaps.

## 2) Sistem Peredaran darah

Setelah tali pusat bayi dipotong maka adanya penutupan dari duktus venosus yang akan meningkatkan resistensi vaskular secara sistemik, dimana tekanan atrium kanan juga akan menurun dan mengakibatkan aliran darah juga menurun. Hal ini akan membantu aliran oksigen dalam darah, sehingga membantu mengalir ke paru-paru.

## 3) Sistem Gastrointestinal

Saat lahir gerakan usus bayi juga mulai aktif, sehingga memerlukan enzim pencernaan dan kolonisasi bakteri secara positif. Untuk syarat pemberian minum itu adalah sirkulasinya sudah mulai baik, kemudian bising usus positif, tidak ada kembung, tidak ada sesak nafas, maupun muntah.

## 4) Ginjal

Setelah lahir ginjal berperan dalam homeostasis cairan/eletrolit. Lebih dari 90 persen bayi berkemih dalam usia 24 jam, dan memproduksi urine 1-2 ml/kg/jam. Pematangan ginjal berkembang sampai usia gestasi 36 minggu. Bila terjadi anuria dalam periode 24 jam setelah lahir, harus segera dilaporkan karena bisa menandakan anomali kongenital pada sistem perkemihan.

## 5) Hati

Fungsi hati ini adalah memetabolisme karbhidrat, protein, lemak, serta cairan empedu, hati ini mempunyai fungsi juga secara ekskresi dan detoksifikasi obat maupun toksin. Bila menemukan bayi itu kuning lebih dari 2 minggu dan feses berbentuk dempul kemungkinan itu terjadi atresia bilier.

## 6) Sistem Neorologi

Setelah bayi lahir sebenarnya bayi sudah bisa melihat dan mendengar, dan hal ini membutuhkan stimulasi suara atau

penglihatan. Untuk jumlah dan ukuran sel saraf tidak bertambah, tapi adanya pembentukan sinaps terjadi secara progresif sampai dengan bayi itu berusia 2 tahun.

#### 7) Sistem Imunologi

Bayi setelah lahir dengan cukup bulan itu, imunitasnya masih rendah dibanding orang dewasa, tapi lebih tinggi dari pada neonatus yang kurang bulan, karena neonatus yang kurang bulan itu masih memiliki kulit yang masih rapuh kemudian membran mukosa yang bisa cedera dan pertahanan tubuh yang lebih rendah.

#### 8) Integumen

Bayi setelah lahir dan cukup bulan biasanya kulitnya berwarna merah, dengan sedikit vernix caseosa, tetapi bayi yang premature memiliki banyak vernix caseosa, dan kulitnya berwarna tembus pandang. Untuk kulit bayi tidak perlu diberi krim/bedak karena akan mengganggu pH bayi.

#### e. Refleks bayi baru lahir

Berikut adalah beberapa refleks pada bayi baru lahir menurut Surmayanti (2022):

##### 1) Refleks mencari (*Rooting refleks*)

Merupakan gerakan neonatus menoleh ke arah sentuhan yang dilakukan pada pipinya. Biasanya ini merupakan stimulasi untuk neonatus saat ibu memulai untuk menyusui.

##### 2) Refleks menghisap (*sucking refleks*)

Merupakan gerakan menghisap neonatus ketika puting susu ibu ditempatkan dalam mulut.

##### 3) Refleks menelan (*swallowing refleks*)

Merupakan gerakan menelan ketika lidah bagian posterior diteteaskan cairan. Gerakan ini merupakan satu gerakan koordinasi dengan refleks menghisap.

##### 4) Refleks moro (*moro refleks*)

Merupakan gerakan seperti memeluk, ketika tubuh diangkat dan di turunkan secara tiba – tiba, maka kedua lengan serta tungkainya akan memperlihatkan gerakan ekstensi yang simetris dan diikuti oleh gerakan abduksi.

5) Refleks babinski (*babinski refleks*)

Apabila memberikan rangsangan berupa goresan lembut pada telapak kaki, maka jempol dan reflex mengarah ke atas dan jari kaki lainnya dalam posis terbuka.

6) Refleks menggenggam (*grapsing refleks*)

Apabila jari tangan ditempatkan pada telapak tangan bayi, maka secara alami bayi akan menggenggam jari dengan cukup kuat.

f. Tanda – tanda bahaya pada bayi

Menurut Tambunan (2023) tanda bahaya pada bayi baru lahir sebagai berikut :

- 1) Pernapasan sulit / lebih dari 60x/menit.
- 2) Terlalu hangat ( $>38^{\circ}\text{C}$ ) atau terlalu dingin ( $<36^{\circ}\text{C}$ ).
- 3) Isapan saat menyusu lemah, sering muntah.
- 4) Warna kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru/pucat, memar.
- 5) Tali pusat merah, bengkak, berbau busuk dan berdarah.
- 6) Tidak BAB dalam 3 hari, tidak BAK dalam 24 jam, feses lembek atau cair, sering berwarna hijau tua, dan terdapat lendir atau darah.
- 7) Menggigil, rewel, lemas, mengantuk, kejang, tidak bisa tenang, menangis terus menerus.

g. Kebutuhan Dasar Bayi Baru Lahir

Berikut beberapa kebutuhan dasar bayi baru lahir sebagai berikut:

(Noviana ,2024):

1) Kebutuhan nutrisi

Kebutuhan nutrisi BBL dapat dipenuhi melalui Air Susu Ibu (ASI) yang mengandung komponen paling seimbang. Pemberian ASI

secara eksklusif dilakukan sampai dengan enam bulan tanpa adanya makanan pendamping lain, sebab kebutuhannya sesuai dengan jumlah yang dibutuhkan bayi.

## 2) Kebutuhan Cairan

Air merupakan nutrien yang berfungsi menjadi medium untuk nutrien lainnya. Air merupakan kebutuhan nutrisi yang sangat penting mengingat kebutuhan air pada bayi relatif tinggi 75-80 persen dari berat badan dibandingkan dengan orang dewasa yang hanya 55-60 persen. BBL memenuhi kebutuhan cairannya melalui ASI. Segala kebutuhan nutrisi dan cairan didapat dari ASI.

## 3) Kebutuhan Personal Hygiene

Dalam menjaga kebersihan BBL sebenarnya tidak harus dengan langsung memandikannya, karena sebaiknya untuk BBL disarankan untuk memandikannya setelah 6 jam dilahirkan. Hal ini bertujuan agar bayi tidak kehilangan suhu panas yang berlebihan, sehingga tidak terjadi hipotermi.

## 4) Lingkungan yang Baik

Terhindar dari asap rokok, debu, sampah yang dapat mempengaruhi kesehatan bayi.

## 5) Kebutuhan Psikososial

Kebutuhan psikososial meliputi rasa aman, kasih sayang, rasa memiliki, kebutuhan mendapat pengalaman dan kebutuhan stimulasi serta bounding attachment.

## h. Kunjungan Neonatus

Kunjungan neonatal terbagi menjadi 3 kategori Ramli (2024) yaitu :

### 1) Kunjungan neonatal pertama (KN I) 6-48 jam

Bayi yang lahir di fasilitas Kesehatan, pelayanan yang dapat dilakukan sebelum bayi pulang dari fasilitas kesehatan (> 24 jam), untuk bayi yang lahir dirumah, bila bidan meninggalkan bayi sebelum 24 jam maka pelayanan dilaksanakan pada 6-24 jam setelah lahir. Asuhan yang diberikan adalah: jaga kehangatan bayi,

melakukan pemeriksaan fisik, tanda bahaya pada bayi, pemberian HB0 serta ASI eksklusif.

2) Kunjungan neonatal kedua (KN II) 3-7 hari

Asuhan yang di berikan adalah :jaga kehangatan bayi, berikan ASI eksklusif, cegah infeksi, rawat tali pusat, jaga kebersihan bayi.

3) Kunjungan neonatal ketiga (KN III) 8 – 28 hari

Asuhan yang diberikan anataranya: periksa ada atau tidaknya tanda bahaya dan atau gejala sakit, jaga kehangatan bayi, berikan ASI eksklusif, cegah infeksi, rawat tali pusat

#### 4. Konsep dasar nifas

a. Pengertian

Masa nifas (puerperium) adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu, akan tetapi, seluruh alat genital baru pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil dalam waktu 3 bulan (Wijaya *et al.* 2023)

Masa nifas merupakan periode yang sangat penting dalam kehidupan seorang perempuan setelah melahirkan. Tidak hanya berkaitan dengan pemulihan fisik, masa ini juga mencakup aspek emosional dan psikososial yang dapat memengaruhi kesejahteraan jangka panjang. Umumnya, masa nifas dibagi menjadi tiga tahapan yang memiliki karakteristik berbeda-beda, baik dari segi fisiologis maupun kebutuhan perawatan (Purnami *et al.*, 2025)

b. Tujuan asuhan masa nifas

- 1) Menjaga Kesehatan ibu dan bayi baik secara fisik maupun secara psikologis. Asuhan pada masa nifas sengan penting diberikan. Selain itu, dukungan dari keluarga juga sangat penting yaitu dengan pemberian nutrisi dan dukungan psikologi secara menyeluruh maka diharapkan kesehatan ibu dan bayi dapat selalu terjaga.

- 2) Melaksanakan skrining yang komprehensif (menyeluruh). Bidan harus melakukan manajemen asuhan kebidanan pada ibu nifas secara sistematis yaitu mulai dengan melakukan pengkajian, interpretasi data dan analisa masalah, perencanaan, penatalaksanaan, hingga evaluasi. Dengan asuhan kebidanan masa nifas dan menyusui dapat mendeteksi secara 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 (Mertasari & Sugandini, 2023)

c. Tahapan masa nifas

Tahapan/Periode yang terjadi pada wanita selama masa nifas

Menurut Hilmiah (2023) adalah sebagai berikut:

1) Periode *immediate post partum*

Masa segera setelah lahirnya plasenta s/d 24 jam. Banyak masalah yang sering terjadi pada masa ini, seperti pendarahan akibat atonia uteri. Oleh karena itu, bidan harus rutin memeriksa kontraksi rahim, pengeluaran lochia, tekanan darah dan suhu.

2) Periode *early postpartum* (24 jam/1 hari s/d 1 minggu/7 hari)

Pada kala ini bidan memastikan organ reproduksi pulih sempurna (involusi uterus normal, tidak ada perdarahan, lochia tidak berbau busuk, tidak ada demam, ibu mendapat cukup makanan dan cairan serta ibu mampu menyusui dengan baik).

3) Periode *late postpartum* (1 minggu s/d 6 minggu pasca persalinan)

Masa ini adalah masa dimana ibu memerlukan pemulihan dan menjadi sehat seutuhnya. Masa sehat bisa berlangsung selama berminggu-minggu, berbulan-bulan, atau bertahun-tahun. Selama periode ini, bidan akan terus memberikan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling keluarga berencana.

d. Perubahan fisiologi masa nifas

Masa nifas merupakan periode adaptasi yang berlangsung setelah persalinan, di mana tubuh perempuan mengalami berbagai perubahan alami untuk kembali ke kondisi sebelum hamil. Selama masa ini, sejumlah proses fisiologis penting berlangsung, yang mencerminkan kemampuan tubuh untuk memulihkan dan menyeimbangkan kembali fungsinya secara menyeluruh (Purnami et al., 2025)

1) Involusi uterus

Involusi uterus adalah proses mengecilnya kembali ukuran rahim setelah melahirkan. Saat hamil, rahim membesar secara signifikan, bahkan mencapai ukuran hingga 1.000 gram. Namun, dalam waktu enam minggu pascapersalinan, beratnya akan berkurang menjadi sekitar 60 gram. Proses ini terjadi melalui kontraksi otot rahim yang secara berkala menyusutkan ukuran organ tersebut. Kontraksi ini bisa menyebabkan rasa nyeri seperti kram, terutama pada ibu yang telah melahirkan lebih dari satu kali. Rasa nyeri tersebut disebut afterpains dan biasanya lebih terasa saat menyusui karena stimulasi hormon oksitosin. Involusi yang berjalan normal merupakan indikator penting bahwa tubuh sedang kembali ke keseimbangan alaminya.

Tabel 2.8

Perubahan Uterus Masa Postpartum

| Involusi uteri        | Tinggi fundus uterus | Berat fundus uterus | Diameter uterus |
|-----------------------|----------------------|---------------------|-----------------|
| Pada akhir persalinan | Setinggi pusat       | 900 gram            | 12,5 cm         |

|                         |                                |          |        |
|-------------------------|--------------------------------|----------|--------|
| Pada akhir minggu ke-1  | Pertengahan pusat dan simpisis | 450 gram | 7,5 cm |
| Pada akhir minggu ke -2 | Tidak teraba                   | 200 gram | 5,0 cm |
| 6 minggu                | Normal                         | 60 gram  | 2,5 cm |

Sumber : (Purnami 2025)

(a) Pengeluaran lochia

Selama proses involusi, rahim juga mengeluarkan lochia, yaitu cairan nifas yang terdiri dari darah, lendir, dan jaringan sisa dari dinding rahim. Lochia terbagi menjadi tiga fase: lochia rubra (merah), lochia serosa (kecokelatan atau merah muda), dan lochia alba (keputihan atau kekuningan). Fase ini berlangsung secara bertahap selama empat hingga enam minggu. Pengamatan terhadap warna, jumlah, dan aroma lochia penting untuk mendeteksi gangguan seperti infeksi. Jika lochia berubah warna menjadi hijau, berbau tajam, atau disertai demam, maka hal tersebut menandakan adanya kondisi yang tidak wajar dan perlu mendapatkan perhatian medis segera.

Tabel 2.9  
Jenis – jenis lochea

| Lochea        | Waktu     | Warna                   | Ciri -ciri                                                                                  |
|---------------|-----------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rubra         | 1-3 hari  | Warna kehitaman         | Terdiri dari sel desil dua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah    |
| Sanguinolenta | 4-7 hari  | Putih bercampur         | Sisa darah bercampur lendir                                                                 |
| Serosa        | 8-14 hari | Kekuningan / kecoklatan | Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan plasenta |
| Alba          | >14 hari  | Putih                   | Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati                  |

Sumber : (Purnami 2025)

(b) Laktasi dan Produksi ASI

Laktasi merupakan proses produksi dan pengeluaran air susu ibu (ASI), yang mulai aktif segera setelah kelahiran plasenta. Kadar hormon prolaktin meningkat untuk merangsang kelenjar susu menghasilkan ASI, sementara hormon oksitosin membantu mengeluarkannya melalui kontraksi saluran susu. Aktivitas menyusui juga memberikan efek tambahan dalam mempercepat involusi rahim. Selain memenuhi kebutuhan nutrisi bayi, menyusui mendukung hubungan emosional antara ibu dan anak melalui pelepasan hormon yang menciptakan rasa nyaman dan bahagia, seperti oksitosin dan dopamine. WHO menegaskan bahwa menyusui eksklusif selama enam bulan pertama sangat penting bagi perkembangan bayi dan kesehatan ibu.

(c) Perubahan hormon reproduksi

Setelah persalinan, kadar hormon estrogen dan progesteron menurun tajam. Perubahan ini berdampak pada banyak sistem tubuh. Salah satu dampak utamanya adalah fluktuasi suasana hati yang sering dialami ibu baru. Beberapa ibu mengalami kondisi baby blues, ditandai dengan perasaan sedih, mudah menangis, dan cemas. Kondisi ini umumnya bersifat ringan dan bersifat sementara, berlangsung selama beberapa hari hingga dua minggu. Namun, bila berlanjut dan semakin berat, bisa berkembang menjadi gangguan yang lebih serius. Oleh karena itu, penting bagi orang di sekitar ibu untuk memberikan dukungan emosional yang memadai agar ia tidak merasa terisolasi.

(d) Penyesuaian sistem tubuh lainnya

Tidak hanya organ reproduksi yang mengalami perubahan, tetapi hampir seluruh sistem tubuh beradaptasi kembali setelah

kehamilan dan persalinan. Volume darah yang meningkat selama melibatkan sistem sirkulasi dan ginjal, yang bekerja untuk mengeluarkan kelebihan cairan dari tubuh. Sistem pencernaan, yang sebelumnya terpengaruh oleh tekanan dari rahim yang membesar, perlahan-lahan kembali bekerja secara optimal. Selain itu, saluran kemih juga menyesuaikan diri, terutama karena posisi kandung kemih yang sempit berubah selama kehamilan. Semua perubahan ini mencerminkan kerja tubuh yang harmonis dan berkesinambungan dalam memulihkan fungsinya.

(e) Adaptasi Psikologis

Selain pemulihan fisik, masa nifas juga merupakan waktu penting untuk penyesuaian psikologis. Ibu baru memasuki fase kehidupan yang sangat berbeda, dengan tanggung jawab baru yang memerlukan kesiapan mental dan emosional. Rasa lelah akibat kurang tidur, tekanan dalam merawat bayi, serta penyesuaian terhadap rutinitas baru bisa menimbulkan stres. Dalam hal ini, keterlibatan pasangan dan anggota keluarga sangatlah berharga. Kehadiran orang-orang terdekat dapat meningkatkan rasa percaya diri ibu dan membantu proses adaptasi berlangsung dengan lebih lancar. Penelitian menunjukkan bahwa dukungan emosional dari lingkungan sekitar berperan besar dalam memperkuat ikatan ibu dan anak serta menjaga kesehatan mental jangka panjang.

e. Adaptasi psikologi masa nifas

Perubahan peran menjadi seorang ibu semakin signifikan dengan kehadiran bayi yang baru lahir. Dalam situasi ini, dukungan positif dan perhatian dari seluruh anggota keluarga menjadi kebutuhan penting

bagi sang ibu. Menurut Rubin dalam Varney (2007), adaptasi psikologis ibu pasca persalinan dibagi menjadi tiga fase dalam Sam (2025) yaitu:

1) *Fase Taking In*

Fase ini terjadi pada hari ke 1-2 setelah melahirkan. Pada tahap ini, ibu lebih berfokus pada dirinya sendiri. Ia sering menceritakan kembali pengalaman proses persalinannya secara berulang. Kebutuhan untuk membicarakan dirinya menjadi hal yang dominan. Ketidaknyamanan fisik, seperti rasa nyeri, jahitan yang sakit, kelelahan, dan kurang tidur, sering dialami pada fase ini. Kondisi tersebut memengaruhi psikologis ibu, membuatnya lebih rentan menjadi mudah tersinggung dan menangis.

2) *Fase Taking Hold*

Fase ini biasanya berlangsung dari hari ke 3-10 pasca persalinan. Pada tahap ini, tenaga ibu mulai pulih, dan ia merasa lebih nyaman serta mulai mandiri, meskipun masih membutuhkan bantuan. Ibu mulai menunjukkan perhatian terhadap perawatan diri dan menunjukkan keinginan untuk belajar merawat bayinya. Dukungan moral dari keluarga dan tenaga kesehatan sangat penting untuk membangun kepercayaan diri ibu. Fase ini adalah momen yang tepat bagi tenaga kesehatan untuk memberikan edukasi, seperti cara merawat bayi, teknik menyusui yang benar, perawatan luka jahitan, senam nifas, serta informasi tentang gizi, istirahat, dan kebersihan diri.

3) *Fase Letting Go*

Fase ini berlangsung sekitar 10 hari setelah persalinan, di mana ibu mulai menerima peran barunya sebagai seorang ibu. Ia menyesuaikan diri dengan kebutuhan bayinya, seperti menyusui dan bangun di malam hari untuk memenuhi kebutuhan bayi. Pada

fase ini, ibu merasa lebih percaya diri dan mandiri dalam merawat dirinya serta bayinya. Pendidikan kesehatan yang diberikan pada fase sebelumnya menjadi bekal yang sangat berguna. Meskipun lebih mandiri, dukungan dari suami dan keluarga tetap penting, baik dalam membantu merawat bayi maupun dalam menangani pekerjaan rumah tangga agar ibu tidak merasa terlalu terbebani.

f. Kebutuhan dasar pada ibu nifas

Menurut Winarningsih (2024) pemenuhan kebutuhan dasar selama masa nifas menjadi sangat penting untuk memastikan pemulihan yang optimal, mencegah komplikasi, dan mendukung kesejahteraan ibu dan bayi. Dalam konteks ini, terdapat enam aspek utama kebutuhan dasar yang perlu diperhatikan:

1) Gizi

Nutrisi yang adekuat dan seimbang sangat penting untuk mendukung pemulihan jaringan, mempercepat penyembuhan luka, dan memastikan produksi ASI yang optimal. Kebutuhan kalori, protein, vitamin, dan mineral tertentu meningkat selama masa nifas.

2) Mobilisasi dini

Gerakan dan aktivitas fisik yang tepat dan bertahap dapat mempercepat proses pemulihan, meningkatkan sirkulasi darah, mencegah komplikasi seperti trombosis vena dalam, dan membantu pengembalian fungsi organ-organ tubuh.

3) Eliminasi

Fungsi sistem pencernaan dan perkemihan dapat mengalami perubahan pasca melahirkan. Pemantauan dan penanganan yang tepat terhadap pola BAB dan BAK penting untuk mencegah komplikasi dan ketidaknyamanan.

4) Seksual

Aspek seksualitas pasca melahirkan melibatkan perubahan fisik dan psikologis. Pemahaman dan komunikasi yang baik antara pasangan sangat penting untuk beradaptasi dengan perubahan ini.

#### 5) *Personal hygiene*

Menjaga kebersihan diri selama masa nifas tidak hanya meningkatkan kenyamanan ibu, tetapi juga berperan penting dalam mencegah infeksi dan mempercepat penyembuhan luka perineum atau luka operasi.

#### 6) Istirahat & Tidur

Kualitas dan kuantitas istirahat yang cukup sangat penting untuk pemulihan fisik, produksi ASI yang optimal, dan kesejahteraan mental ibu. Namun, hal ini sering menjadi tantangan dengan adanya tuntutan perawatan bayi baru lahir.

Pemahaman yang komprehensif tentang kebutuhan dasar ini tidak hanya penting bagi ibu nifas, tetapi juga bagi keluarga dan tenaga kesehatan yang mendampingi. Dengan pengetahuan dan penerapan yang tepat, diharapkan ibu dapat menjalani masa nifas dengan lebih nyaman dan aman, sehingga dapat fokus pada pemulihan diri dan perawatan bayi baru lahir

#### g. Tanda – tanda bahaya masa nifas

##### 1) Perdarahan

Menurut Hilmiah (2023) Perdarahan post partum adalah perdarahan lebih dari 500 cc yang terjadi setelah bayi lahir pervaginam atau lebih dari 1.000 ml setelah persalinan abdominal. Kondisi dalam persalinan menyebabkan kesulitan untuk menentukan jumlah perdarahan yang terjadi, maka batasan jumlah perdarahan disebutkan sebagai perdarahan yang lebih dari normal di mana telah menyebabkan perubahan tanda vital, antara lain pasien mengeluh lemah, limbung, berkeringat dingin, menggigil, hiperpnea, tekanan darah sistolik <90 mmHg, denyut nadi >100 x/menit, kadar Hb <8 g/dL.

## 2) Infeksi nifas

Infeksi nifas adalah semua peradangan yang disebabkan oleh kuman yang masuk ke dalam organ genital pada saat persalinan dan masa nifas. Infeksi nifas ditandai dengan kenaikan suhu sampai 38 °C atau lebih selama 2 hari dalam 10 hari pertama pascapersalinan, dengan mengecualikan 24 jam pertama. Penyebab Infeksi nifas dapat disebabkan oleh masuknya kuman ke dalam organ kandungan maupun kuman dari luar yang sering menyebabkan infeksi. Berdasarkan masuknya kuman ke dalam organ kandungan terbagi menjadi Eksogen (kuman datang dari luar), Autogen (kuman dari tempat lain), Endogen (kuman dari jalan lahir sendiri)

## 3) Sakit kepala, Nyeri Epigastrik, dan Penglihatan Kabur Sakit kepala, nyeri epigastrik, dan penglihatan kabur biasanya sering dialami ibu yang baru melahirkan sering mengeluh sakit kepala yang hebat atau penglihatan kabur. Berikut penanganannya menurut Indrayani, (2024) :

- a) Jika ibu sadar segera periksa nadi, tekanan darah, dan pernafasan.
- b) Jika ibu tidak bernafas, lakukan pemeriksaan ventilasi dengan masker dan balon. Lakukan intubasi jika perlu. Selain itu, jika ditemui pernafasan dangkal periksa dan bebaskan jalan napas dan berikan oksigen 4-6 liter permenit.
- c) Jika pasien tidak sadar atau koma bebaskan jalan napas, baringkan pada sisi kiri, ukur suhu, periksa apakah ada kaku tengkuk. Lochea berbau busuk dan disertai nyeri abdomen atau punggung Gejala tersebut biasanya mengindikasikan adanya infeksi umum. Melalui gambaran klinis tersebut, bidan dapat menegaskan diagnosis infeksi kala nifas. Pada kasus infeksi ringan, bidan dapat memberikan pengobatan sedangkan infeksi

kala nifas yang berat sebaiknya bidan berkonsultasi atau merujuk penderita

- 4) Demam, muntah, rasa sakit ketika berkemih Berikut tanda dan gejala yang sering dikeluhkan ibu (Hilmiah ,2023) :

- a) Sakit kepala
- b) Nyeri di daerah perut atas samping
- c) Penglihatan kabur
- d) Mual, bahkan sampai muntah
- e) Tekanan darah meningkat (lebih dari normal)
- f) Kenaikan berat badan yang drastis sejak kehamilan
- g) Kedua kaki bengkak.

- 5) Putting susu lecet

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

- 6) Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama

Kelelahan yang amat berat setelah persalinan dapat mengganggu nafsu makan, sehingga ibu tidak ingin makan sampai kelelahan itu hilang. Hendaknya setelah bersalin berikan ibu minuman hangat, susu, kopi atau teh yang bergula untuk mengembalikan tenaga yang hilang. Berikanlah makanan yang sifatnya ringan, karena alat pencernaan perlu istirahat guna memulihkan keadaannya kembali

- 7) Merasa sedih atau merasa tidak mampu mengasuh dirinya sendiridan bayinya Penyebabnya adalah kekecewaan emosional bercampur rasa takut yang dialami kebanyakan wanita hamil dan

melahirkan, rasa nyeri pada awal masa nifas kelelahan aki- bat kurang tidur selama persalinan dan setelah melahirkan, kecemasan akan kemampuannya untuk merawat bayinya setelah meninggalkan rumah sakit, ketakutan akan menjadi tidak menarik lagi

h. Jadwal kunjungan nifas

1) Kunjungan I (6 – 48 jam)

- a) Mencegah pendarahan masa nifas karena atonia uteri
- b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bisa pendarahan berlanjut
- c) Memberikan koseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
- d) Pemberian ASI awal
- e) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
- f) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi catatan: jika petugas kesehatan menolong persalinan ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir selama 2 jam post partum, serta hingga keadaan keadaan stabil.

2) Kunjungan II (3-7 hari)

- a) Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau
- b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan berdarahan abnormal
- c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makan, cairan, dan istirahat.
- d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi dan tali pusat, serta menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

3) Kunjungan III (8-28 hari)

Asuhan yang di berikan sama dengan kunjungan ke 2 ( 6 hari setelah persalinan

4) Kunjungan IV (6 minggu setelah persalinan)

a) Menanyakan kepada ibu tentang penyulit-penyulit yang ibu atau bayi alami (untuk bayi seperti bayi tidak mau menyusu, sulit BAB, demam, bayi kuning, kemudian untuk ibu puting susu lecet)

b) Memberikan konseling untuk KB secara dini seperti mengatur jarak dan mencegah kehamilan agar tidak terlalu dekat (minimal 2 tahun setelah melahirkan, mengatur jumlah anak agar ibu tidak terlalu sering melahirkan), mencegah kehamilan yang tidak di inginkan serta, menjaga dan meningkatkan kesehatan ibu, bayi dan balita Ibu memiliki waktu dan perhatian yang cukup untuk dirinya sendiri, anak dan keluarga (Purnami *et al.* 2025).

## 5. Keluarga Berencana (KB)

### a. Pengertian

Keluarga berencana (*Family Planning, Planned Parenthood*) adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan memakai kontrasepsi (Bakoil 2021).

Keluarga berencana atau *Family Planning* adalah upaya mewujudkan keluarga berkualitas melalui promosi, perlindungan dan bantuan dalam hak-hak reproduksi untuk membentuk keluarga dengan usia kawin yang ideal, mengatur jumlah, jarak kehamilan, membina ketahanan serta kesejahteraan anak (Ernawati, 2022).

### b. Tujuan Keluarga Berencana

Tujuan umum dilaksanakannya program KB adalah untuk mengontrol kelahiran dan pertumbuhan penduduk sehingga dapat meningkatkan kesejahteraan keluarga khususnya ibu dan anak dalam mewujudkan norma keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

Menurut Suryaningsih and Sukriani (2023) secara khusus, kebijakan program KB bertujuan untuk:

- 1) Mengatur kehamilan yang diinginkan
- 2) Meningkatkan usaha perencanaan kelahiran anak, jarak, dan usia ideal untuk melahirkan
- 3) Menjaga kesehatan dan menurunkan angka kematian ibu, bayi, dan anak
- 4) Meningkatkan akses dan kualitas informasi, pendidikan, konseling, dan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi.
- 5) Meningkatkan partisipasi dan keikutsertaan pria dalam menjalankan praktik Keluarga Berencana
- 6) Meningkatkan kualitas penduduk.

c. Sasaran Keluarga Berencana

Sasaran Keluarga Berencana Sasaran Program KB adalah pasangan usia subur dan wanita usia subur dalam upaya mencegah kehamilan yang tidak diinginkan dan menurunkan tingkat kelahiran dengan penggunaan metode kontrasepsi (Suryaningsih & Sukriani, 2023)

d. Jenis – jenis kontrasepsi rasional

Program keluarga berencana berfokus pada penurunan angka kelahiran, oleh karena itu diperlukan suatu konsep yang jelas agar kebijakan berjalan dengan baik salah satunya dengan mengkategorikan tiga fase dalam pemakaian kontrasepsi yakni fase menunda kehamilan, fase menjarangkan kehamilan dan fase menghentikan kehamilan menurut Bingan (2022) adalah sebagai berikut:

1) Fase menunda kehamilan

Masa menunda kehamilan pertama sebaiknya dilakukan oleh pasangan yang istrinya belum mencapai usia 20 tahun. Karena usia di bawah 20 tahun adalah usia yang sebaiknya menunda untuk mempunyai anak dengan berbagai alasan. Kriteria kontrasepsi yang diperlukan yaitu kontrasepsi dengan pulihnya kesuburan yang tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat

terjamin 100%. Hal ini penting karena pada masa ini pasangan belum mempunyai anak, serta efektivitas yang tinggi. Kontrasepsi yang cocok dan yang disarankan adalah pil KB, AKDR.

2) Fase mengatur atau menjarangkan kehamilan

Periode usia istri antara 20-30 tahun merupakan periode usia paling baik untuk melahirkan, dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kelahiran adalah 2-4 tahun. Kriteria kontrasepsi yang diperlukan yaitu efektivitas tinggi, reversibilitas tinggi karena pasangan masih mengharapkan punya anak lagi. Kontrasepsi dapat dipakai 3-4 tahun sesuai jarak kelahiran yang direncanakan.

3) Fase mengakhiri kesuburan

Sebaiknya keluarga setelah mempunyai 2 anak dan umur istri lebih dari 30 tahun tidak hamil. Kondisi keluarga seperti ini dapat menggunakan kontrasepsi yang mempunyai efektivitas tinggi, karena jika terjadi kegagalan hal ini dapat menyebabkan terjadinya kehamilan dengan risiko tinggi bagi ibu dan anak. Di samping itu jika pasangan akseptor tidak mengharapkan untuk mempunyai anak lagi, kontrasepsi yang cocok dan disarankan adalah metode kontrasepsi mantap, AKDR, implant, suntik KB, dan pil KB.

e. Pengertian Metode Kontrasepsi Implant

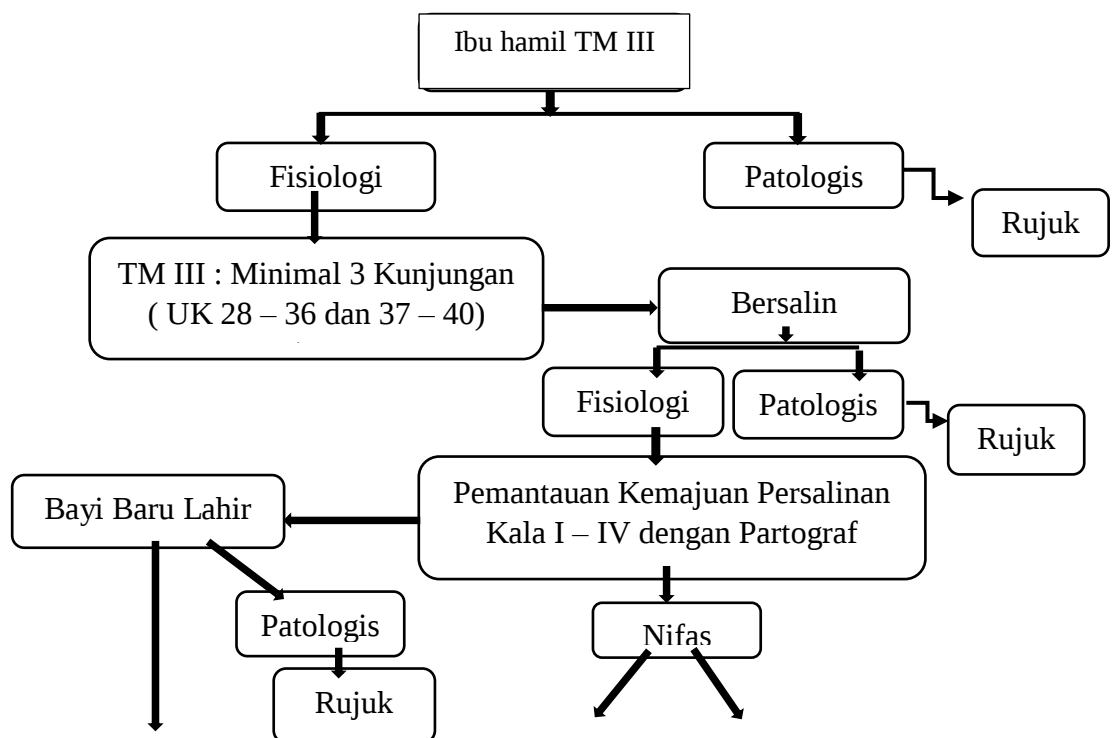
1) Pengertian

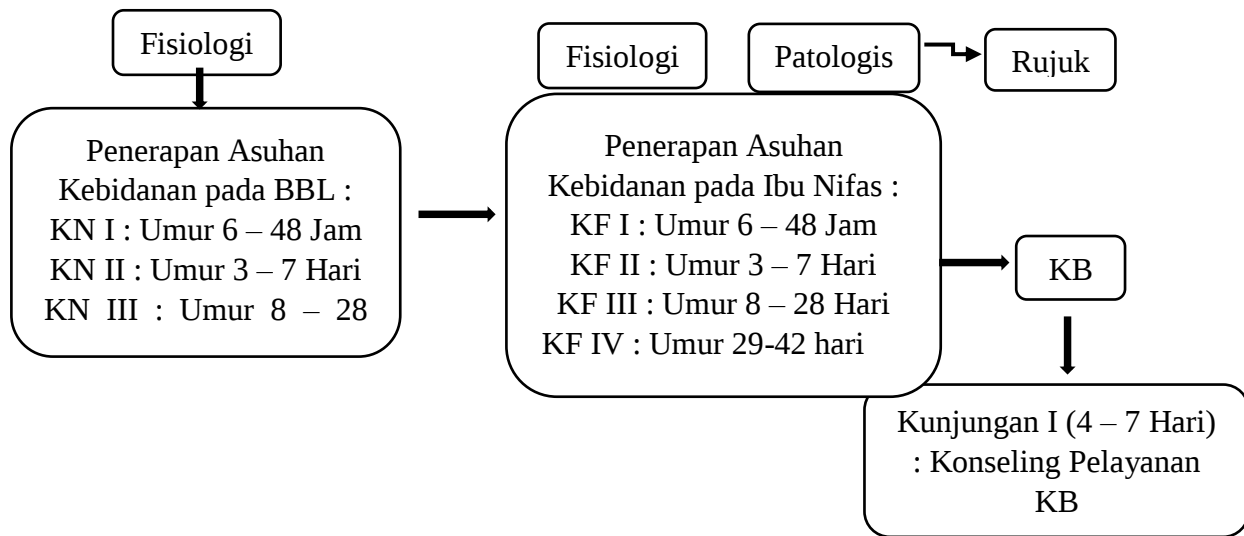
Susuk KB (Implant) Merupakan alat kontrasepsi yang berbentuk batang terbuat dari silastik yang berisi hormon golongan progesteron yang dimasukkan di bawah kulit lengan kiri atas bagian dalam. Terdapat 2 jenis susuk KB yaitu terdiri dari 1 batang dan 2 batang, masing-masing dapat mencegah kehamilan selama 3 tahun. (Bingan, 2022)

Menurut Ernawati (2021) Implan adalah kontrasepsi yang diinsersikan dibawah kulit pada bagian dalam lengan atas melalui insisi tunggal. Jenis Implan, yaitu:

- a) Norplant, terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan Panjang 3,4 cm, diameter 2,4 mm, berisi 36 mg Levonorgestrel, lama kerja 5 tahun.
  - b) Implanon, terdiri dari satu batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm, diameter 2 mm, berisi 68 mg 3 Keto desogestrol, lama kerja 3 tahun.
  - c) Jadena dan indoplant, terdiri dari 2 batang yang berisi 75 mg Lenovorgestrel, lama kerja 3 tahun.
- 2) Cara Kerja
- a) Mencegah lepasnya sel telur dari indung telur
  - b) Mengentalkan lendir mulut rahim, sehingga sperma sulit untuk masuk
  - c) Menipiskan selaput lendir agar tidak siap hamil
- 3) Keuntungan menggunakan Susuk KB (Implant)
- a) Tidak menekan produksi ASI
  - b) Praktis dan Efektif
  - c) Masa pakai jangka panjang (3 tahun)
  - d) Kesuburan cepat kembali setelah pencabutan
  - e) Dapat digunakan oleh ibu yang tidak cocok dengan hormon estrogen
  - f) Efektifitasnya 99-99,8%
- 4) Kerugian/ efek samping Susuk KB (Implant)
- a) Harus dipasang dan dicabut oleh petugas kesehatan yang terlatih
  - b) Dapat mengubah pola haid
- 5) Jangan menggunakan Susuk KB (Implant) jika
- a) Hamil atau diduga hamil, penderita jantung, stroke, lever, darah tinggi dan kencing manis
  - b) Perdarahan vaginal tanpa sebab
- Tempat pelayanan Susuk KB (Implant) yaitu Rumah sakit, Klinik KB dan Puskesmas, Apotik, Dokter dan Bidan Swasta

## B. Kerangka pikir





Gambar 2. 1 Kerangka Pikir