

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kasus

1. Konsep Kehamilan

Kehamilan merupakan proses yang diawali dengan pertemuan sel ovum dan sel sperma di dalam uterus tepatnya di tuba fallopi kemudian terjadi proses konsepsi dan hasil konsepsi tersebut terjadi nidasi kemudian terjadi implantasi pada dinding uterus tepatnya pada lapisan edometrium yang terjadi pada hari keenam dan ketujuh setelah konsepsi. Proses kehamilan normalnya berlangsung selama 280 hari atau 40 minggu atau 9 (HPHT). Pascakonsepsi kurang dua minggu dan perhitungan sejak HPHT, yaitu 266 hari atau 38 minggu. Usia pascakonsepsi tersebut akan di gunakan untuk mengidentifikasi perkembangan janin(Arvicha Fauziah, 2023).

a. Tanda Pasti Hamil

Tanda pasti adalah tanda-tanda obyektif yang didapatkan oleh pemeriksa yang dapat digunakan untuk menegakkan diagnosa pada kehamilan. Yang termasuk tanda pasti kehamilan yaitu: (Miftahul Khairoh 2019).

- 1) Terasa gerakan janin Gerakan janin pada primigravida dapat dirasakan oleh ibunya pada kehamilan 18 minggu. Sedangkan pada multigravida pada kehamilan 16 minggu. Pada bulan ke IV dan V janin kecil jika dibandingkan dengan banyaknya air ketuban, maka kalau rahim didorong atau digoyangkan, maka janin akan melenting melenting. Ballotement dapat ditentukan dengan pemeriksaan luar maupun dengan jari yang melakukan pemeriksaan dalam.(Miftahul Khairoh 2019).
- 2) Teraba bagian-bagian janin bagian-bagian janin secara obyektif dapat diketahui oleh pemeriksa dengan cara palpasi menurut Leopold pada akhir trimester kedua.(Miftahul Khairoh 2019).

- 3) Denyut jantung janin secara objektif dapat diketahui oleh pemeriksaan dengan menggunakan:
 - a) Fetal Electrocardiograph pada kehamilan 12 minggu
 - b) Doppler pada kehamilan 12 minggu
 - c) Fetoskop/laenec pada kehamilan 18 - 20 minggu. (Miftahul Khairoh 2019)
- 4) Terlihat kerangka janin pada pemeriksaan sinar rontgen (>16 minggu). Dengan menggunakan USG dapat terlihat gambaran janin berupa ukuran kantong janin, panjangnya janin dan diameter biparietal hingga perkiraan tuanya kehamilannya. (Miftahul Khairoh Arkha Rosyariah B, 2019)

b. Pembagian trimester dalam kehamilan

Kehamilan terbagi dalam 3 trimester yaitu:

a. 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 alami embrio atau janin). Kehamilan

trimester pertama merupakan usia kehamilan yang rentan karena ibu hamil muda sering mengalami perdarahan pada kehamilan muda dapat bersifat fisiologis atau patologis. (R. C. L. Wulandari et al., 2021)

b. 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. (R. C. L. Wulandari et al., 2021)

c. 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, dan fosfor. Sementara ibu merasakan ketidaknyamanan seperti sering buang air kecil, kaki bengkak, sakit punggung dan susah tidur. Braxton hick meningkat karena serviks dan segmen bawah rahim disiapkan untuk persalinan (R. C. L. Wulandari et al., 2021)

c. Perubahan Fisiologi Dan Psikologi Kehamilan Trimester III

1) Perubahan fisiologi

a) Vulva dan vagina

Pada usia kehamilan trimester III dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatkan ketebalan mukosa, mengendorkan jaringan ikat dan hipertrofi sel otot polos.

Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina (Romauli, 2011)

b) Serviks uteri

Pada saat kehamilan mendekati aterm, terjadi lebih lanjut dari konsentrasi kalogen. Konsentrasinya un secara nyata dari keadaan yang relatif dilusi dalam keadaan menyebar (dispersi). Proses perbaikan serviks terjadi setelah persalinan sehingga siklus kehamilan berikutnya akan berulang (Romauli, 2011)

c) Uterus

Uterus merupakan salah satu sistem reproduksi wanita. Selama masa kehamilan, uterus akan beradaptasi sebagaimana fungsinya untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta, amnion) sampai persalinan sehingga mempunyai kemampuan untuk bertambah besar selama kehamilan. Masa kehamilan yang telah menginjak trimester III membuat ukuran uterus yang semakin besar pula dan dapat pulih kembali seperti keadaan semula dalam beberapa minggu setelah persalinan. Selama kehamilan, otot uterus juga mengalami hiperplasia dan hipertropi sehingga menjadi lebih besar, lunak, dan dapat mengikuti pembesaran. Uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta, dan cairan amnion sehingga berat uterus menjadi 1000 gram saat akhir kehamilan (Herlinda & Widyaningsih, 2023)

Tabel 2.1 Tinggi Fundus Uteri Menurut Kehamilan

| Umur Kehamilan | TFU |
|----------------|----------------------------|
| 12 minggu | 3 jari diatas simpisis |
| 16 minggu | ½ simpisis-pusat |
| 20 minggu | 3jari dibawah pusat |
| 24 minggu | Setinggi pusat |
| 28 minggu | 1/3 diatas pusat |
| 34 minggu | ½ pusat-prossus xifoideus |
| 36 minggu | Setinggi prossus xifoideus |
| 40 minggu | 2 jari dibawah prossus |

(R. C. L. Wulandari et al., 2021)

d) Ovarium

Pada trimester III korpus luteum sudah tidak berfungsi lagi karena telah digantikan oleh plasenta yang telah terbentuk (Romauli, 2011).

e) Sistem Payudara

Pada trimester III pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara semakin meningkat. Pada kehamilan 32 minggu warna cairan agak putih seperti air susu yang sangat encer. Dari kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, cairan yang keluar lebih kental, berwarna kuning, dan banyak mengandung lemak. Cairan ini disebut kolostrum (Romauli, 2011)

f) Sistem Perkemihan

Perubahan struktur ginjal selama kehamilan merupakan akibat aktivitas hormonal (estrogen dan progesteron), tekanan yang timbul akibat pembesaran uterus dan peningkatan volume darah.

Perubahan ini membuat pelvis dan ureter mampu menampung urine dalam volume yang lebih besar dan juga memperlambat laju aliran urine sehingga menyebabkan sering berkemih Menurut Saifuddin. pada akhir kehamilan kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul (PAP) dan kandung kemih tertekan sehingga menyebabkan sering kencing. (Herlinda & Widyaningsih, 2023)

g) Sistem Respirasi

Seorang wanita hamil pada kehamilan usia lanjut tidak jarang mengeluh tentang rasa sesak dan pendek nafas. Hal ini ditemukan pada kehamilan 32 minggu keatas oleh karena tertekan oleh uterus yang semakin membesar ke arah diafragma, sehingga diafragma kurang leluasa bergerak. Untuk memenuhi kebutuhan oksigen yang meningkat kira-kira 20%, seorang wanita hamil selalu bernafas lebih dalam sehingga tidak jarang ibu hamil yang terkadang mengeluhkan dispnea atau sesak napas saat masa kehamilannya. Dispnea fisiologis diperkirakan oleh peningkatan volume tidal yang sedikit menurunkan PCO₂ darah yang secara paradoks. (Herlinda & Widyaningsih, 2023)

h) Sistem Endokrin

Progesterone dihasilkan oleh corpus luteum dan setelah itu secara bertahap dihasilkan oleh plasenta. Kadar hormon ini meningkat selama kehamilan dan menjelang persalinan mengalami penurunan. Estrogen pada awal kehamilan sumber utama estrogen adalah ovarium. Selanjutnya estrone dan estradiol dihasilkan oleh plasenta dan kadarnya meningkat berates kali lipat, out put estrogen masimum 30-40 mg/hari. Kadar terus meningkat menjelang aterm. Kortisol pada awal kehamilan sumber utama adalah adreanal maternal dan pada Progesterone dihasilkan oleh corpus luteum dan setelah itu secara bertahap dihasilkan oleh plasenta. Kadar hormon

ini meningkat selama kehamilan dan menjelang persalinan mengalami penurunan. Estrogen pada awal kehamilan sumber utama estrogen adalah ovarium. Selanjutnya estrone dan estradiol dihasilkan oleh plasenta dan kadarnya meningkat berates kali lipat, output estrogen maksimum 30-40 mg/hari. Kadar terus meningkat menjelang aterm. Kortisol pada awal kehamilan sumber utama adalah adrenal maternal dan pada kehamilan lanjut sumber utamanya adalah plasenta. Produksi harian 25mg/hari. HCG diproduksi selama masa hamil. Pada hamil muda diproduksi oleh trofoblas dan selanjutnya dihasilkan oleh plasenta. Terjadi penurunan kadar FSH dan LH maternal selama kehamilan, namun kadar prolactin meningkat yang berfungsi untuk menghasilkan kolostrum. Dan dilatasi untuk memfasilitasi perubahan cardiac output, tetapi kontraktilitasnya tidak berubah. Sejak pertengahan kehamilan pembesaran uterus akan menekan vena kava inferior dan aorta bawah ketika berada dalam posisi terlentang, sehingga mengurangi aliran balik ke jantung. Akibatnya, terjadi penurunan preload dan cardiac output sehingga akan menyebabkan terjadinya hipotensi arterial yang dikenal dengan sindrom hipotensi supine dan pada keadaan yang cukup berat akan mengakibatkan ibu kehilangan kesadaran. Eritropoetin ginjal akan meningkatkan jumlah sel darah merah sebanyak 20%-30%, tetapi tidak sebanding dengan peningkatan plasma darah hingga mengakibatkan hemodilusi dan penurunan kadar hemoglobin mencapai 11 g/dL. (Yulizawati et al., 2017)

i) Sistem Pencernaan

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

mendesak organ-organ dalam perut khususnya saluran pencernaan, usus besar, ke arah atas dan lateral (Romauli, 2011)

j) Sistem Muskuloskeletal

Lordosis progresif merupakan gambaran khas pada kehamilan normal. Lordosis yang mengompensasi posisi uterus yang membesar di bagian depan, menggeser pusat gravitasi kembali ke atas ekstremitas bawah. Terjadi peningkatan mobilitas sendi-sendi yang diakibatkan oleh hormone. Mobilitas sendi ini yang merubah postur ibu sehingga menyebabkan rasa tidak nyaman di bagian bawah punggung terutama pada akhir kehamilan. Selama kehamilan tahap lanjut, ibu hamil terkadang merasakan nyeri, mati rasa dan kelemahan di ekstremitas atas. Hal ini disebabkan karena lordosis berlebihan dengan fleksi leher anterior dan melorotnya gelang bahu yang menyebabkan tarikan di saraf ulnaris dan medianus (Herlinda & Widyaningsih, 2023)

k) Sistem Kardiovaskuler

1) Perubahan pada darah Volume darah semakin meningkat karena jumlah serum lebih besar daripada pertumbuhan sel darah sehingga terjadi pengenceran darah (hemodilusi). Masa puncak terjadi pada umur kehamilan 32 minggu. Serum darah (volume darah bertambah 25-30%, sedangkan sel darah bertambah 20%. Curah jantung akan bertambah 30%. (Herlinda & Widyaningsih, 2023)

2) Perubahan pada jantung

Selama hamil jantung memompa untuk dua orang, yaitu untuk ibu dan janin. Bertambahnya cairan darah menambah volume darah, tetapi kepekatan darah berkurang dan pembuluh darah membesar oleh karena itu, kerja jantung bertambah berat (Herlinda & Widyaningsih, 2023)

3) Perubahan tekanan darah

Biasanya tekanan darah tidak tinggi meskipun volume darah bertambah, bahkan sedikit turun. Turunnya tekanan darah ini disebabkan oleh kepekatan darah berkurang (Herlinda & Widyaningsih, 2023)

4) Perubahan Payudara

Pada ibu hamil trimester tiga atau saat menginjak usia kehamilan 32 minggu terkadang keluar rembesan cairan yang kental, berwarna kuning dan banyak mengandung lemak. Cairan ini disebut dengan kolostrum (Saminem, 2009). Hal ini merupakan pertanda bahwa payudara sedang menyiapkan ASI untuk menyusui bayi nantinya. Progesteron menyebabkan puting. menjadi lebih menonjol dan dapat digerakkan. (Herlinda & Widyaningsih, 2023)

5) Pertambahan Berat Badan (BB)

Sebagian besar pertambahan berat badan selama kehamilan dihubungkan dengan bobot uterus dan isinya, payudara, dan bertambahnya volume darah serta cairan ekstraseluler ekstravaskuler. Penambahan BB dari mulai awal kehamilan sampai akhir kehamilan adalah 11-12 kg. Menurut klasifikasi Institute of Medicine rekomendasi penambahan berat badan pada ibu hamil berdasarkan IMT adalah sebagai berikut: (Herlinda & Widyaningsih, 2023)

Tabel 2.2 Peningkatan Berat Badan Selama Kehamila

| IMT (Kg/m ²) | Total kenaikan BB yang disarankan | Selama trimester 2 dan 3 |
|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Kurus (IMT <18,5) | 12,7-18,1 kg | 0,5 kg/mgg |
| Normal (IMT 18,5-22,9) | 13,3-15,9 kg | 0,4 kg/mgg |
| Overweight (IMT 23-29,9) | 6,8-11,3 kg | 0,3 kg/mgg |
| Obesitas (IMT >30) | | 0,2 kg/d |

(Herlinda & Widyaningsih, 2023)

6) Perubahan pada tungkai

Pada hamil tua, timbul varises sebelah atau kedua belah tungkai. Sering pula terjadi edema pada salah satu tungkai ataupun keduanya. Edema terjadi karena tekanan uterus yang membesar pada vena femoralis sebelah kanan atau kiri.

(Herlinda & Widyaningsih, 2023)

7) Perubahan pada paru

Paru juga bekerja lebih berat dari biasanya karena mengisap zat asam untuk kebutuhan ibu dan janin. Pada kehamilan tua, posisi paru terdesak keatas akibat uterus membesar. (Herlinda & Widyaningsih, 2023)

2) Perubahan Psikologi

Kehamilan trimester III seringkali disebut periode menunggu, waspada, dan saat persiapan aktif untuk kelahiran bagi bayi. Pada akhir trimester ini, ibu hamil cenderung memiliki perubahan dalam segi psikologis, di antaranya (Arfiyanti et al., 2022)

a) Perubahan Emosional

Perubahan emosional pada trimester III terutama saat mendekati persalinan, emosi yang dimiliki ibu semakin mudah berubah, tidak

jarang menjadi sulit untuk dikontrol. Perasaan tersebut berupa merasa gembira disertai dengan rasa takut karena mendekati persalinan. Perubahan pada emosi berakhir dengan munculnya rasa khawatir, takut, kebingungan, dan keraguan. (Arfiyanti et al., 2022)

b) Depresi

Penyebab timbulnya depresi ibu hamil adalah akibat perubahan hormonal yang berhubungan dengan otak, hubungan dengan suami atau anggota keluarga, kegagalan, dan komplikasi hamil serta kejadian berat. (Arfiyanti et al., 2022)

c) Stres

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

bahkan dapat mengakibatkan anak mengalami perilaku yang menyimpang di masa depan. Hormon dari ibu stres kronis ketika mengalir ke dalam plasenta akan mengganggu distribusi aliran darah janin dan mengakibatkan perubahan karakter psikis bagi bayi (Arfiyanti et al., 2022).

d) Kecemasan

Sejumlah ketakutan muncul dalam trimester ini yaitu merasa cemas dengan kehidupan bayinya dan dirinya sendiri, seperti: Apakah bayinya nanti akan lahir abnormal, terkait dengan persalinan dan kelahiran (nyeri, luka saat melahirkan, kehilangan kendali dan hal-hal lain yang tidak diketahui), apakah ia akan

bersalin normal atau tidak, atau bayinya tidak mampu keluar karena perutnya sudah luar biasa besar, atau apakah organ vitalnya akan mengalami cedera akibat tendangan bayi, bagaimana perubahan hubungan dengan suami, rasa khawatir serta cemas yang diakibatkan ibu yang merasa kurang mampu dalam menjalankan perannya sebagai seorang ibu setelah melahirkan bayinya. Rasa cemas dan takut terhadap proses persalinan dan kelahiran meningkat seiring semakin dekatnya hari taksiran persalinan. Ibu cenderung mengalami gangguan tidur karena beberapa hal yang menjadi beban pikiran. Seringkali ibu merasakan pergerakan janin dan pembesaran uterus dan hal tersebut menjadi sesuatu yang mengingatkan keberadaan bayi. (Arfiyanti et al., 2022)

e) Insomnia

Insomnia atau sulit tidur biasa dialami pada ibu hamil nulipara dan khawatir akan menjelang persalinan. Dampak yang ditimbulkan akibat kurang tidur adalah perasaan mudah lelah, tidak bergairah, mudah emosi, stres, dan denyut jantung tidak teratur. (Arfiyanti et al., 2022)

d. Ketidaknyamanan pada kehamilan

ketidaknyamanan trimester III dan cara mengatasi sebagai berikut :
Menurut (Romauli, 2011)

1) Sering buang air kecil

- a. Kurangi asupan karbohidrat murni dan makanan yang mengandung gula
- b. Batasi minum kopi,teh,dan soda

- 2) Hemoroid
 - a. Makan makanan yang berserat, buah dan sayuran serta banyak minum air putih dan sari buah
 - b. Lakukan senam hamil untuk mengatasi hemoroid
- 3) Keputihan leukorhea
 - a. Tingkatkan kebersihan dengan mandi tiap hari
 - b. Memakai pakaian dalam dari bahan katun dan mudah menyerap
 - c. Tingkatkan daya tahan tubuh dengan makan sayur dan buah
- 4) Sembelit
 - a. Minum 3 liter cairan setiap hari terutama air putih atau sari buah
 - b. Makan makanan yang kaya serat dan juga vitamin C
 - c. Lakukan senam hamil
- 5) Sesak napas karena adanya tekanan janin dibawah diafragma sehingga menekan paru-paru ibu.
 - a. Merentangkan tangan diatas kepala serta menarik napas panjang
 - b. Mendorong postur tubuh yang baik
- 6) Nyeri ligamentum rotundum
 - a. Berikan penjelasan mengenai penyebab nyeri
 - b. Tekuk lutut kearah abdomen
 - c. Mandi air hangat
 - d. Gunakan sebuah bantal untuk menopang uterus dan bantal lainnya letakkan diantara lutut sewaktu dalam posisi berbaring miring.
- 7) Perut kembung
 - a. Hindari makan makanan yang mengandung gas
 - b. Mengunyah makanan secara teratur
 - c. Lakukan senam secara teratur

- 8) Pusing/sakit kepala
 - a. Bangun secara perlahan dari posisi istirahat
 - b. Hindari berbaring dalam posisi terlentang
- 9) Sakit punggung atas dan bawah
 - a. Posisi atau sikap tubuh yang baik selama melakukan aktivitas
 - b. Hindari mengangkat barang yang berat
 - c. Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung
- 10) Varises pada kaki
 - a) Istirahat dengan menaikkan kaki setinggi mungkin untuk membalikan aktivitas
 - b) Jaga agar kaki tidak bersilangan
 - c) Hindari berdiri atau duduk terlalu lama
 - d) Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

e. Tanda bahaya kehamilan trimester III

- 1) Bengkak atau oedema pada muka dan tangan

Sebagian ibu hamil mengalami bengkak oedema yang normal pada kaki, biasanya muncul pada sore hari dan hilang setelah istirahat atau menaikkan kaki lebih tinggi. Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan diikuti dengan keluhan fisik lainnya. Hal ini bisa merupakan gejala anemia, gagal jantung atau preeklamsia. (Sutanto & Fitriana, 2019)

- 2) Berkurangnya gerakan janin

Ibu mulai merasakan gerakan bayinya mulai bulan ke-5 atau ke-6, kadang lebih awal. Pada saat bayi tidur, gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam 3 jam. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa bila ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan atau minum dengan baik. (Sutanto & Fitriana, 2019)

3) Perdarahan pervaginam

Perdarahan pervaginam dalam kehamilan cukup normal. Pada masa awal kehamilan, ibu mungkin akan mengalami perdarahan atau spotting. Perdarahan ini adalah perdarahan implantasi, dan merupakan keadaan normal. Pada waktu lain dalam kehamilan, perdarahan kecil mungkin tanda dari friable cervix'. Perdarahan semacam ini bisa normal atau mungkin suatu tanda adanya infeksi. Pada awal kehamilan, perdarahan yang tidak normal adalah yang merah, perdarahan yang banyak, atau perdarahan yang sangat menyakitkan. Perdarahan ini bisa karena aborsi, kehamilan molar, atau kehamilan ektopik. Pada akhir kehamilan, perdarahan yang tidak normal adalah merah, jumlahnya banyak dan kadang-kadang tetapi tidak selalu disertai dengan rasa nyeri. Perdarahan semacam ini bisa disebabkan karena plasenta previa atau abrupsio (Sutanto & Fitriana, 2019)

4) Penglihatan kabut

Karena pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah dalam kehamilan. Perubahan yang kecil adalah normal. Masalah penglihatan yang menunjukkan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan penglihatan mendadak, misalnya pandangan kabur atau berbayang/berbintik-bintik.

Perubahan penglihatan ini mungkin disertai dengan sakit kepala yang hebat. Perubahan penglihatan mendadak mungkin merupakan suatu tanda preeklamsia (Sutanto & Fitriana, 2019)

5) Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri abdomen yang tidak berhubungan dengan persalinan adalah tidak normal. Nyeri abdomen yang dapat mengancam jiwa adalah nyeri yang hebat, menetap, dan tidak hilang setelah istirahat. Hal ini bisa disebabkan karena appendicitis, kehamilan ektopik, aborsi, radang pelvic, persalinan pre-term, gastritis, penyakit kandung

empedu, iritasi uterus, abrupsia plasenta, STIs, infeksi saluran kemih atau infeksi lain. (Sutanto & Fitriana, 2019)

f. Deteksi Dini Faktor Kehamilan Trimester III Konsep Antenatal Care Dan Standar Pelayanan Antenatal

a) Pengertian

Asuhan Antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetri untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal, melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama ke (Arum et al., 2021). Antenatal Care merupakan pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil secara berkala untuk menjaga kesehatan ibu dan bayinya, yang meliputi upaya koreksi terhadap penyimpangan dan intervensi dasar yang dilakukan

b) Tujuan ANC

tujuan kunjungan awal kehamilan adalah sebagai berikut (R. C. L. Wulandari et al., 2021)

- 1) Memastikan tingkat kesehatan ibu dengan melakukan pengkajian riwayat lengkap dan uji skrining yang tepat
- 2) Memastikan catatan kesehatan tentang tekanan darah, urinalisis, nilai darah, serta pertumbuhan dan perkembangan janin dapat digunakan sebagai standar perbandingan sesuai kemajuan kehamilan
- 3) Memastikan faktor resiko dengan mengidentifikasi riwayat kebidanan masa lalu dan sekarang
- 4) Mendiskusikan tentang kekhawtiran ibu dan keluarga pada saat hamil, bersalin dan nifas, serta persiapan persalinan yang terencana

- 5) Memastikan kesehatan ibu baik fisik, mental dan perkembangan kesehatan bayinya, kebersihan diri dan status gizi
- 6) Membangun hubungan saling percaya antara ibu hamil dan bidan, agar mudah memberikan konseling dan tindakan yang diberikan
- 7) Mendeteksi dan penatalaksanaan komplikasi medis, bedah ataupun obstetric selama kehamilan
- 8) Membantu ibu dalam memberikan ASI eksklusif, menjaga puerperium normal, dan merawat anak secara fisik, psikologis dan social

g. Deteksi Dini Faktor Resiko Kehamilan Trimester III

deteksi dini faktor resiko kehamilan trimester III dan penanganan serta prinsip rujukan kasus yaitu

a) Menilai faktor resiko

1) Kehamilan Risiko Tinggi

Risiko adalah suatu ukuran statistik dari peluang atau kemungkinan untuk terjadinya suatu keadaan gawat-darurat yang tidak diinginkan pada masa mendatang, yaitu kemungkinan terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan yang dapat menyebabkan kematian, kesakitan, kecacatan, atau ketidak puasan pada ibu atau bayi.

Definisi yang erat hubungannya dengan risiko tinggi (*high risk*)

- a. Wanita risiko tinggi (*High Risk Women*) adalah wanita yang dalam lingkaran hidupnya dapat terancam kesehatan dan jiwanya oleh karena sesuatu penyakit atau oleh kehamilan, persalinan dan nifas

- b. Ibu risiko tinggi (*High Risk Mother*) adalah faktor ibu yang dapat mempertinggi risiko kematian neonatal atau maternal.
- c. Kehamilan risiko tinggi (*High Risk Pregnancies*) adalah keadaan yang dapat mempengaruhi optimalisasi ibu maupun janin pada kehamilan yang dihadapi.
- d. Risiko tinggi atau komplikasi kebidanan pada kehamilan merupakan keadaan penyimpangan dari normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi.

Untuk menurunkan angka kematian ibu secara bermakna maka deteksi dini dan penanganan ibu hamil berisiko atau komplikasi kebidanan perlu lebih ditingkatkan baik fasilitas pelayanan kesehatan ibu dan anak maupun di masyarakat

Skor Poedji Rochjati adalah alat untuk mengidentifikasi kehamilan dini yang memiliki risiko lebih tinggi dibandingkan kehamilan normal (bermanfaat bagi ibu dan anak), penyakit, atau kehamilan,

kematian sebelum dan sesudah kelahiran. Skor ini adalah representasi numerik dari ukuran risiko. Skor tersebut mewakili prediksi bobot risiko atau intensitas atau ringannya bahaya. Skor total memberikan gambaran tentang tingkat risiko yang dihadapi oleh wanita hamil (Ismayanty et al., 2024)

1. Tujuan sistem skor Poedji Rochjati

Membuat pengelompokkan dari ibu hamil (KRR, KRT, KRST) agar berkembang perilaku kebutuhan tempat dan penolong persalinan sesuai dengan kondisi dari ibu hamil. (Arum et al., 2021).)

- a) Membuat pengelompokan 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.
- c) KSPR masih relevan digunakan untuk deteksi dini faktor risiko ibu hamil. Pencegahan faktor empat terlambat penting untuk menurunkan angka kematian maternal.

2) Fungsi skor

Sebagai alat komunikasi informasi dan edukasi/KIE – bagi klien/ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat. Skor digunakan sebagai sarana KIE yang mudah diterima diingat, dimengerti sebagai ukuran kegawatan kondisi ibu hamil dan menunjukkan adanya kebutuhan pertolongan untuk rujukan. (Arum et al., 2021).

3) 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. (Arum et al., 2021).

Tabel 2.6
Skor Poedji Rochjati

| I | II | III | Skor | IV | | | |
|--------------|---------------------------|--|------|----------|---------------------|-------|-------|
| | | | | Tribulan | | | |
| Kel. F.R. | No | Masalah atau Faktor Resiko | | I | II | III.1 | III.2 |
| | | | | | Skor Awal Ibu Hamil | 2 | |
| I | 1 | Terlalu muda, hamil \leq 16 tahun | 4 | | | | |
| | 2 | Terlalu tua, hamil \geq 35 tahun | 4 | | | | |
| | 3 | Terlalu lambat hamil I, kawin \geq 4 tahun | 4 | | | | |
| | | Terlalu lama hamil lagi (\geq 10 tahun) | 4 | | | | |
| | 4 | Terlalu cepat hamil lagi ($<$ 2 tahun) | 4 | | | | |
| | 5 | Terlalu banyak anak, 4 / lebih | 4 | | | | |
| | 6 | Terlalu tua, umur \geq 35 tahun | 4 | | | | |
| | 7 | Terlalu pendek \leq 145 cm | 4 | | | | |
| | 8 | Pernah gagal kehamilan | 4 | | | | |
| | 9 | Pernah melahirkan dengan : Tarikan tang / vakum | 4 | | | | |
| | Uri dirogoh | 4 | | | | | |
| | Diberi infuse / transfuse | 4 | | | | | |
| 10 | Pernah Operasi Sesar | 8 | | | | | |
| II | 11 | Penyakit pada Ibu Hamil: Kurang darah | 4 | | | | |
| | | Malaria | | | | | |
| | | TBC paru | 4 | | | | |
| | | Payah jantung | 4 | | | | |
| | | Kencing manis (Diabetes) | 4 | | | | |
| | | Penyakit menular seksual | 4 | | | | |
| | 12 | Bengkak pada muka / tungkai dan Tekanan darah tinggi | 4 | | | | |
| | 13 | Hamil kembar 2 atau lebih | 4 | | | | |
| | 14 | Hamil kembar air (Hydramnion) | 4 | | | | |
| | 15 | Bayi mati dalam kandungan | 4 | | | | |
| 16 | Kehamilan lebih bulan | 4 | | | | | |
| 1 | Letak Sungsang | 4 | | | | | |

| | | | | | | |
|-------------|----|--------------------------------|---|--|--|--|
| | 7 | | | | | |
| | 18 | Letak Lintang | 8 | | | |
| | 19 | Perdarahan Dalam Kehamilan ini | 8 | | | |
| | 20 | Preeklamsi Berat/Kejang-kejang | 8 | | | |
| Jumlah Skor | | | | | | |

Keterangan:

- a. Ibu hamil dengan skor 6 atau lebih dianjurkan untuk bersalin ditolong oleh tenaga kesehatan.
 - b. Ibu hamil dengan skor 12 atau lebih dianjurkan bersalin di RS/DSOG.
- 1) Pencegahan kehamilan resiko 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 yaitu:

- (1) Pengawasan antenatal, memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan yang menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinannya.
- (2) Mengenal dan menangani sedini mungkin penyulit yang terdapat saat kehamilan, saat persalinan, dan nifas.
- (3) Mengenal dan menangani penyakit yang menyertai hamil, persalinan, dan kala nifas.
- (4) Memberikan nasihat dan petunjuk yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, kala nifas, laktasi, dan aspek keluarga berencana.
- (5) Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal (Arum et al., 2021).

2. Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan normal adalah persalinan yang terjadi pada kehamilan aterm (bukan premature atau postmatur), selesai setelah 4 jam dan sebelum 24 jam sejak saat waktunya, mempunyai janin tunggal dengan presentasi puncak kepala, terlaksanatanpa bantuan, tidak mencakup komplikasi, plasenta lahir normal. persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri), yang dapat di hidup di dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain. Persalinan normal disebut juga partus spontan adalah proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umunya berlangsung kurang dari 24 jam. Persalinan di mulai (inpartu) pada saat uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan

pada serviks (membuka atau menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta. (Diana et al., 2019)

b. Sebab Sebab Terjadinya Persalinan

Teori-teori yang menyebabkan terjadinya persalinan adalah sebagai berikut :

1. Teori penurunan kadar progesterone

Kadar hormon progesteron akan mulai menurun pada kira- kira 1-2 minggu sebelum persalinan dimulai .Progesterone bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim, jika kadar progesteron turun akan menyebabkan tegangnya pembuluh darah dan menimbulkan his. Terjadi (Amelia & Cholifah, 2019)

2. Teori Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Menurunnya konsentrasi progesterone karena matangnya usia kehamilan menyebabkan oksitosin meningkatkan aktivitasnya dalam merangsang otot rahim untuk berkontraksi, dan akhirnya persalinan dimulai.((Amelia & Cholifah, 2019)

3. Keregangan otot

Ukuran uterus yang makin membesar dan mengalami penegangan akan mengakibatkan otot-otot uterus mengalami iskemia sehingga mungkin dapat menjadi faktor yang mengganggu sirkulasi uteroplasenta.((Amelia & Cholifah, 2019)

4. Pengaruh janin

Hypofise dan kelenjar suprarenal janin memegang peranan karena pada anensephalus kehamilan sering lebih lama dari biasanya. (Amelia & Cholifah, 2019)

5. Teori prostagiandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua disangka sebagai salah satu penyebab permulaan persalinan. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2 atau E2 yang diberikan secara intravena menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap usia kehamilan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu hamil sebelum melahirkan atau selama proses persalinan. (Amelia & Cholifah, 2019)

c. Tanda tanda persalinan

1. Adanya kontraksi rahim

Secara umum, tanda awal bahwa ibu hamil untuk melahirkan adalah mengejangnya rahim atau dikenal dengan istilah kontraksi. Kontraksi berirama, teratur dan involuter, umunya kontraksi bertujuan untuk menyiapkan mulut lahir untuk membesar dan meningkatkan aliran darah didalam plasenta, setiap kontraksi uterus memiliki tiga fase yaitu:

- a) Increment, ketika intensitas terbentuk
- b) Acme, puncak atau maximum
- c) Decement, ketika otot relaksasi

Kontraksi sesungguhnya akan muncul dan hilang secara teratur dengan intensitas makin meningkatkan. Perut akan mengalami kontraksi dan relaksasi, diakhir kehamilan proses kontraksi akan lebih sering terjadi. Kontraksi uterus memiliki periode relaksasi yang memiliki fungsi penting untuk mengistirahatkan otot uterus, memberi kesempatan istirahat bagi wanita, dan mempertahankan kesejahteraan bayi, karena kontraksi uterus menyebabkan kontraksi pembuluh darah plasenta.

Ketika otot uterus berileksasi diantara kontraksi, uterus terasa lembut dan muda ditekan, karena uterus berkontraksi, ototnya menjadi

keras dan lebih keras, dan keseluruhan uterus terlihat naik keatas pada abdomen sampai keketinggian yang tertinggi. Setiap kali otot berkontraksi, rongga uterus menjadi lebih kecil dan bagian presentasi, rongga uterus menjadi lebih kecil dan bagian presentasi atau amnio didorongkan kebawah kedalam serviks pertama, tama menipis, mendatar, dan kemudian terbuka.

Durasi kontraksi uterus sangat bervariasi, tergantung pada kala persalinan wanita tersebut. Kontraksi pada persalinan aktif berlangsung dari 45 sampai 90 detik dengan durasi rata-rata 60 detik. Pada persalinan awal, kontraksi mungkin hanya berlangsung 15 sampai 20 detik. frekuensi kontraksi ditentukan dengan mengukur.

2. Keluarnya lendir bercampur darah

Lendir disekresi sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir servik pada awal kehamilan. Lendir mulanya menyumbat leher rahim, sumbatan yang tebal pada mulut rahim terlepas, sehingga menyebabkan keluarnya lendir yang berwarna kemerahan bercampur darah dan terdorong keluar oleh kontraksi yang membuka mulut rahim yang menandakan bahwa mulut rahim menjadi lunak dan membuka.

Lendir inilah yang dimaksud sebagai bloody slim. Blood slim paling sering terlihat sebagai rabas lendir bercampur darah, yang. (Elisabeth siwi walyani, 2017)

3. Keluarnya air-air (ketuban)

Proses penting menjelang persalinan adalah pecahnya air ketuban. Selama sembilan bulan masa gestasi bayi aman melayang dalam cairan amnion. Keluarnya air-air dan jumlahnya cukup banyak, berasal dari ketuban yang pecah akibat kontraksi yang makin sering terjadi. Ketuban mulai pecah sewaktu-waktu sampai pada saat persalinan. Kebocoran cairan amniotik bervariasi dari yang mengalir deras sampai yang

menetes sedikit demi sedikit, sehingga dapat ditahan dengan memakai pembalut yang bersih. Tidak ada rasa sakit yang menyertai pemecahan ketuban dan alirannya tergantung pada ukuran, dan kemungkinan kepala bayi telah memasuki rongga panggul ataupun belum. Jika ketuban yang menjadi tempat perlindungan bayi sudah pecah, maka sudah saatnya bayi harus keluar.. Bila ketuban pecah dini terjadi, terdapat bahaya infeksi terhadap bayi. Normalnya air ketuban ialah cairan yang bersih, jernih, dan tidak berbau. (Elisabeth & Endang, 2016)

4. Pembukaan Servik

Penipisan mendahului dilatasi servik, pertama-pertama aktivitas uterus dimulai untuk mencapai penipisan, setelah penipisan kemudian aktivitas uterus menghasilkan dilatasi servik yang cepat. Membukanya leher rahim sebagai respon terhadap kontraksi yang berkembang. Tanda ini tidak dirasakan oleh pasien tetapi dapat diketahui dengan pemeriksaan dalam, Petugas akan melakukan pemeriksaan untuk menentukan pematangan, penipisan, dan pembukaan leher rahim. Servik menjadi matang selama periode yang berbedabeda sebelum persalinan, kematangan servik mengindikasikan IkarjinaYa Mptuk persalinan. (Elisabeth & Endang, 2016)

d. Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

1. Passage atau jalan lahir (Elisabeth & Endang, 2016)

a. Bagian keras

a) Tulang Panggul

Os coxae (tulang pangkal), os ilium (tulang usus), osischium(tulpang duduk) os pubis (tulang kemaluan), Os sacrum = pro montorium (tulang kelangkang, Os ccoxigis (tulang tungging)

b) Artikulasi

Simfisis pubis, di depan pertemuan os pubis. Artikulasi sakroiliaka yang menghubungkan os sacrum & os ilium, artikulasi sakro – koksigium yang menghubungkan os sacrum dan koksigis.

c) Ruang Panggul

Pelvis mayor (False pelvis) Pelvis mayor terletak di atas linea terminalis yang di bawahnya disebut pelvis minor, Pelvis minor (True pelvis).

d) Pintu Panggul

Pintu atas panggul (PAP) = Inlet, dibatasi oleh linea terminalis (linea inominata). Ruang tengah panggul (RTP) kira-kira pada spina ischiadika, disebut midlet. Pintu bawah panggul (PBP) dibatasi simfisis dan arkus pubis, disebut outlet. Ruang panggul yang sebenarnya berada antara inlet dan outlet.

e) Sumbu Panggul adalah garis yang menghubungkan titik-titik tengah ruang panggul yang melengkung ke depan (sumbu carus).

f) Bidang-Bidang

1. Bidang Hodge I: I dan horizontal yang melalui PAP dan tepi atas symphisis.
2. Bidang Hodge II: sejajar dengan PAP, melewati pinggir bawah simfisis.
3. Bidang Hodge III: sejajar dengan PAP, melewati Spina ischiadika.
4. Bidang Hodge IV: sejajar dengan PAP, melewati ujung os, coccygeus. (Elisabeth & Endang, 2016)

g) Ukuran-Ukuran Panggul

Alat Pengukur Ukuran Panggul yaitu:

a) Alat ukuran panggul:

Pita meter Jangka panggul: martin, oseander, collin, dan baudelokue, Pelvimetri klinis dengan periksa dalam, Pelvimetri rongenologis

b) Ukuran-ukuran panggul:

Distansia spinarum: jarak antara kedua spina diaka anterior superior 24-26 cm, Distansia kristarum: jarak antara kedua Kriasa ilala kanan dan kiri 28-30 cm, Konjungata eksterna: 18-20 cm, Lingkaran panggul: 80-100 cm, Conjugate diagonalis: 12,5 cm, Distansia tuberum: 10,5 cm.

c) Jalan Lahir Lunak atau Otot-Otot Dasar Panggul

Jalan lahir lunak yang berperan dalam persalinan adalah SBR, serviks uteri, dan vagina. Di samping itu otot otot, jaringan ikat dan ligamen yang menyokong alat-alat urogenetal juga sangat berperan dalam persalinan.

2. Power/ Kontraksi

Kontraksi uterus dimulai dari fundus uteri dan menyebar ke depan dan ke bawah abdomen. Setelah kontraksi, terjadi retraksi sehingga rongga uterus mengecil dan janin terdorong ke bawah. Kontraksi paling kuat di fundus dan berangsur berkurang ke bawah (Yulizawati et al., 2019)

3. 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 (Yulizawati et al., 2019)

Bidang hodge antara lain sebagai berikut :

- 1) Hodge I : bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas symphysis dan *promontorium*.
- 2) Hodge II : sejajar dengan *hodge* I, terletak setinggi bagian bawah symphysis
- 3) Hodge III: sejajar dengan hodge I dan II, terletak setinggi spin ischiadika kanan dan kiri
- 4) HodgeIV: sejajar dengan *hodge* I, II, III, terletak setinggi oskoksigis.
- 5) Penolong
Penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin, dalam hal ini tergantung dari kemampuan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan
- 6) Dukungan Suami
Dukungan suami selama masa kehamilan, persalinan dan persalinan di perlukan. Kehadiran suami di samping istri membuat istri merasa lebih tenang dan kurangnya dukungan suami selama kehamilan, persalinan dan nifas dapat berbahaya (Bakoil et al., 2021)

e. Tanda-Tanda Persalinan

a. Kontraksi (His)

Ibu terasa kenceng-kenceng sering, teratur dengan nyeri dijalarkan dari pinggang ke paha. Hal ini disebabkan karena pengaruh hormon oksitosin yang secara fisiologis membantu dalam proses pengeluaran janin. Ada 2 macam kontraksi yang pertama kontraksi palsu (*Braxton hicks*) dan kontraksi yang sebenarnya.
(Yulizawati et al., 2019)

b. Pembukaan serviks, dimana primigravida >1,8 cm dan multigravida 2,2 cm. Biasanya pada bumil dengan kehamilan pertama, terjadinya pembukaan ini disertai nyeri perut. Sedangkan pada kehamilan anak kedua dan selanjutnya, pembukaan biasanya tanpa di iringi nyeri. Rasa nyeri terjadi karena adanya tekanan panggul saat kepala janin turun ke area tulang panggul sebagai akibat melunaknya rahim. Untuk memastikan telah terjadi pembukaan, tenaga medis biasanya akan melakukan pemeriksaan dalam (*vaginal toucher*)

c. Pecahnya ketuban dan keluarnya bloody show

Dalam bahasa medis disebut bloody show karena lendir ini bercampur darah. Itu terjadi karena pada saat menjelang persalinan terjadi pelunakan, pelebaran, dan penipisan mulut rahim.

Bloody show seperti lendir yang kental dan bercampur darah. Menjelang persalinan terlihat lendir bercampur darah yang ada di leher rahim tersebut akan keluar sebagai akibat terpisahnya membran selaput yang mengelilingi janin dan cairan ketuban mulai memisah dari dinding rahim.

Tanda selanjutnya pecahnya ketuban, di dalam selaput ketuban (korioamnion) yang membungkus janin, terdapat cairan ketuban sebagai bantalan bagi janin agar terlindungi, bisa bergerak bebas dan terhindar dari trauma luar. Terkadang ibu tidak sadar saat sudah mengeluarkan cairan ketuban dan terkadang menganggap bahwa yang keluar adalah air pipisnya. Terjadinya pecah ketuban merupakan tanda terhubungnya dengan dunia luar dan membuka potensi kuman untuk masuk. Karena itulah harus segera dilakukan penanganan dan dalam waktu kurang dari 24 jam bayi harus lahir apabila belum lahir dalam waktu kurang dari 24 jam maka dilakukan penanganan selanjutnya misalnya Caesar (Yulizawati et al., 2019)

1) Tanda Bahaya Persalinan

Pada saat memberikan asuhan bagi ibu bersalin, penolong harus waspada terhadap timbulnya penyulit atau masalah. Ingat bahwa menunda pemberian asuhan kegawatdaruratan akan meningkatkan resiko kematian dan kesakitan ibu dan bayi baru lahir.

a) Tanda bahaya dan komplikasi pada kala I

Tanda bahaya dan komplikasi pada kala I menurut (Setyarini et al., 2022) adalah:

- 1) Terdapat perdarahan pervaginam selain lendir bercampur darah.
- 2) Persalinan kurang dari 37 minggu (kurang bulan).
- 3) Ketuban pecah disertai dengan keluarnya mekonium kental.
- 4) Ketuban pecah dan air ketuban bercampur dengan sedikit mekonium, disertai tanda-tanda gawat janin.
- 5) Ketuban pecah pada kehamilan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu).
- 6) Infeksi (temperature > 38.0 C, menggigil, nyeri abdomen, cairan ketuban berbau).
- 7) Tekanan darah lebih dari 160/110 dan atau terdapat protein dalam urine (pre-eklampsia berat).
- 8) Tinggi fundus 40 cm atau lebih.
- 9) DJJ kurang dari 100 atau lebih dari 180 x/menit pada dua kali penilaian dengan jarak 5 menit (gawat janin).
- 10) Primipara dalam persalinan fase aktif dengan palpasi kepala janin masih 5/5.
- 11) Presentasi bukan belakang kepala (sungsang, letak lintang, dll).

- 12) Presentasi ganda (majemuk).
- 13) Tali pusat menumbung (jika tali pusat masih berdenyut).
- 14) Syok (nadi cepat lemah lebih dari 110x/menit, tekanan darah sistolik menurun, pucat, berkeringat dingin, napas cepat lebih dari 30x/menit, produksi urin kurang dari 30 ml/jam).
- 15) Fase laten berkepanjangan (pembukaan serviks kurang dari 4 cm setelah 8 jam, kontraksi teratur lebih dari 2 dalam 10 menit).
- 16) Partus lama (pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada, pembukaan serviks kurang dari 1 cm perjam, frekuensi kontraksi kurang dari 2 kali dalam 10 menit dan lamanya kurang dari 40 detik).

b) Tanda bahaya dan komplikasi kala II

Tanda bahaya dan komplikasi menurut (Setyarini et al., 2022) adalah:

- 1) Syok (Nadi cepat lemah atau lebih dari 100x/menit, tekanan darah sistolik kurang dari 90 mmHg, pucat pasi, berkeringat dingin, nafa cepat lebih dari 30x/menit, produksi urine sedikit kurang dari 30ml/jam).
- 2) Dehidrasi (perubahan nadi 100x/menit atau lebih, urine pekat, produksi urin sedikit 30 ml/jam).
- 3) Infeksi (Nadi cepat 110x/menit atau lebih, temperatur suhu $> 38^{\circ} \text{C}$, menggigil, cairan ketuban berbau).
- 4) Pre-eklampsia ringan (Tekanan darah diastolik 90-110 mmHg, proteinuria hingga 2+).
- 5) Pre-eklampsia berat atau Eklampsia (Tekanan darah sistolic 110 mmHg atau lebih, tekanan darah diastolik 90 mmHg

atau lebih dengan kejang, nyeri kepala, gangguan penglihatan, dan kejang).

- 6) Inersia uteri (kontraksi kurang dari 3x dalam waktu 10 menit lamanya kurang dari 40 detik).
 - 7) Gawat janin (DJJ kurang dari 120x/menit dan lebih dari 160x/menit).
 - 8) Distosia bahu (kepala bayi tidak melakukan putak paksi luar, kepala bayi keluar kemudian tertarik kembali ke dalam vagina, bahu bayi tidak lahir).
 - 9) Cairan ketuban bercampur mekonium ditandai dengan warna ketuban hijau.
 - 10) Tali pusat menubung (tali pusat teraba atau terlihat saat periksa dalam).
 - 11) Lilitan tali pusat (tali pusat melilit leher bayi).
- c) Tanda bahaya dan komplikasi pada kala III dan IV

Tanda bahaya dan komplikasi kala III dan IV menurut (Setyarini et al., 2022) adalah:

- 1) Retensio plasenta (normal jika plasenta lahir setelah 30 menit bayi lahir).
- 2) Avulsi tali pusat (tali pusat putus dan plasenta tidak lahir).
- 3) Bagian plasenta tertahan (bagian permukaan plasenta yang menempel pada ibu hilang, bagian selaput ketuban hilang/robek, perdarahan pasca persalinan, uterus berkontraksi).
- 4) Atoniauteri (uterus lembek tidak berkontraksi dalam waktu 5 detik setelah massage uterus, perdarahan pasca persalinan).
- 5) Robekan vagina, perineum atau serviks (perdarahan pascapersalinan, plasenta lengkap, uterus berkontraksi).

- 6) Syok (nadi cepat lemah atau lebih dari 100x/menit, tekanan darah sistolik kurang dari 90 mmHg, pucat, berkeringat dingin, nafas cepat lebih dari 30x/menit, produksi urine sedikit kurang dari 30ml/jam).
- 7) Dehidrasi (meningkatnya nadi lebih dari 100x/menit, temperature tubuh diatas 38°C, urine pekat, produksi urine sedikit 30ml/jam).
- 8) Infeksi (nadi cepat 110 x/menit atau lebih, temperatur suhu >38°C, kedinginan, cairan vagina yang berbau busuk).
- 9) Pre-eklampsia ringan (tekanan darah diastolik 90-110 mmHg, proteinuria).
- 10) Pre-eklampsia berat atau Eklampsia (tekanan darah diastolik 110mmHg atau lebih, tekanan diastolik 90 mmHg atau lebih dengankejang).
- 11) Kandung kemih penuh (bagian bawah uterus sulit di palpasi, TFU diatas pusat, uterus terdorong/condong kesatu sisi).

f. Tahapan Persalinan

Menurut (Syaiful & Fatmawati, 2020) bahwa tahapan persalinan di bagi menjadi 4 kala, yaitu:

a. Kala I : kala pembukaan

Waktu untuk pembukaan serviks sampai menjadi pembukaan lengkap (10 cm). Dalam kala pembukaan dibagi menjadi 2 fase:

1) Fase laten

Dimulai sejak awala kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.

a) Pembukaan kurang dari 4 cm

b) Biasanya berlangsung kurang dari 8 jam

2) Fase aktif

- a) Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi adekuat/3 kali atau lebih dalam 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).
- b) Serviks membuka dari 4 cm ke 10 cm (pembukaan lengkap), biasanya dengan kecepatan rata-rata 1 cm perjam (primipara), atau lebih dari 1 cm, hingga 2 cm perjam (multipara)
- c) Mengisi Partograf

Partograf adalah alat bantu untuk membuat keputusan klinik, memantau, mengevaluasi, dan menatalaksana persalinan (Legawati, 2018). Partograf dapat dipakai untuk memberikan peringatan awal bahwa suatu persalinan berlangsung lama, adanya gawat ibu dan janin, serta perlunya rujukan. Hal tersebut sangat penting khususnya untuk membuat keputusan klinis selama kala I persalinan (Legawati, 2018).

- d) Terjadi penurunan bagian terbawah

b. Kala II : kala pengeluaran janin

bersalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi. Tanda dan gejala kala dua persalinan adalah:

- 1) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- 2) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rectum dan/atau vaginanya.
- 3) Perineum menonjol.
- 4) Vulva-vagina dan sfingter ani membuka.
- 5) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

Lama pada kala II ini pada primi dan multipara berbeda yaitu:

- a) Primipara kala II berlangsung 1,5 jam-2 jam
- b) Multipara kala II berlangsung 0,5 jam-1 jam

Pimpinan persalinan, ada 2 cara mengejan pada kala II yaitu menurut dalam letak berbaring, merangkul kedua pahanya dengan kedua lengan sampai batas siku, kepala diangkat sedikit sehingga dagu mengenai dada, mulut dikatup dengan sikap seperti di atas tetapi miring kearah dimana punggung janin berada dan hanya satu kaki yang dirangkul yaitu yang sebelah atas. (Legawati, 2018).

c. Kala III : Kala uri

Yaitu waktu pelepasan dan pengeluaran uri (plasenta). Setelah bayi lahir kontraksi rahim berhenti sebentar, uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat dan berisi plasenta yang menjadi tebal 2 kali sebelumnya. Beberapa saat kemudian timbul his pengeluaran dan pelepasan uri, dalam waktu 1-5 menit plasenta terlepas terdorong ke dalam vagina dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan (brandandrow, seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir). Dan pada pengeluaran plasenta biasanya disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200cc.

Tanda-tanda pelepasan plasenta :

1) Perubahan bentuk dan tinggi Fundus

Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya di bawah pusat.

2) Tali pusat memanjang

Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vagina.

3) Semburan darah mendadak dan singkat

Darah yang terkumpul di belakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar di bantu oleh gaya gravitas. Apabila kumpulan darah (retroplasental pooling) dalam ruang di antara dinding uterus permukaan dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas tampungnya maka darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang terlepas. (Legawati,2018).

g. Asuhan Kebidanan Pada Persalinan

Menurut Buku Pedoman Asuhan Persalinan Normal prosedur persalinan normal adalah :

a. Mengenali tanda dan gejala kala II

- 1) Mendengarkan dan melihat adanya tanda-tanda persalinan kala dua. Ibu merasa dorongan kuat untuk meneran, ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum/vaginanya, perineum menonjol, vulva, vagina dan sfingter ani membuka.
- 2) Memastikan perlengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksanakan komplikasi ibu dan BBL..
- 3) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
- 4) Memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.

- 5) Masukkan oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi/steril. .
- 6) Membersihkan vulva, perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air desinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina perineum anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar, mengganti sarung tangan jika terkontaminasi.
- 7) Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa serviks sudah lengkap, bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap lakukan amniotomi.
- 8) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit, mencuci tangan.
- 9) Memeriksa DJJ setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam keadaan baik dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya dicatat pada partograf.
- 10) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya, menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan, menjelaskan kepada anggota bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.

- 11) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu meneran.
- 12) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan untuk meneran. Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif. Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai. Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuaipilihannya. Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi. Anjurkan keluarga untuk memberi semangat pada ibu. Berikan cukup asupan cairan. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai. Segera rujuk bila bayi tidak lahir setelah 2 jam meneran (primigravida) atau 1 jam meneran (multigravida).
- 13) Anjurkan pada ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman. Jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- 14) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- 15) Letakkan kain bersih yang diletakkan 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
- 16) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan.
- 17) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- 18) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal. Dengan lembut, menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.

- 19) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi.
- 20) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 21) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal, Menganjurkan ibu meneran saat kontraksi berikutnya dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkuspubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
- 22) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut.
- 23) Mengendalikan kelahiran dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan.
- 24) Setelah tubuh dan tangan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung dan kaki lahir memegang kedua mata kaki bayi, dengan hati-hati membantu kelahiran bayi.
- 25) Melakukan penilaian, apakah bayi menangis kuat atau bernafas tanpa kesulitan, apakah bayi bergerak kesulitan. Jika bayi tidak bernafas tidak menangis lakukan resusitasi.
- 26) Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk atau kain yang kering. Biarkan bayi di atas perut ibu.

- 27) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
- 28) Beritahu ibu bahwa dia akan disuntik oksitosin 10 unit agar uterus berkontraksi baik.
- 29) Dalam waktu satu menit setelah bayi lahir suntikkan oksitosin secara IM di 1/3 paha bagian distal lateral.
- 30) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama.
- 31) Memotong dan mengikat tali pusat, dengan satu tangan memegang tali pusat yang telah dijepit dan lakukan penjepitan tali pusat antara 2 klem tersebut atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan satu simpul kunci pada sisi lainnya. Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.
- 32) Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bayi sehingga bayi menempel di dada ibu/di perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari posisi puting payudara ibu.
- 33) Pindahkan klem pada tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva.
- 34) Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis untuk mendeteksi. Tangan lain meregangkan tali pusat.
- 35) Setelah uterus berkontraksi regangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah dorsokranial secara hati-hati. Untuk mencegah inversio uterus jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik,

- 36) hentikan peregangan tali pusat dan tunggu hingga kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas.
- 37) Lakukan peregangan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti proses jalan lahir. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit meregangkan tali pusat: Beri dosis ulang oksitosin 10 unit IM. Lakukan kateterisasi jika kandung kemih penuh. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan. Ulangi peregangan tali pusat 15 menit berikutnya. Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan segera lakukan plasenta manual.
- 38) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilih kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Dan jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.
- 39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir lakukan masase uterus, letakkan tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).
- 40) Periksa kedua sisa plasenta baik bagian ibu maupun janin dan pastikan selaput ketuban utuh dan lengkap, masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.

- 41) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penilaian bila laserasi menyebabkan perdarahan.
- 42) Pastikan uterus berkontraksi baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 43) Memastikan kandung kemih kosong
- 44) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%
- 45) Ajarkan ibu atau keluarga cara melakukan masase dan menilai kontraksi.
- 46) Memeriksa nadi ibu dan memastikan keadaan umum ibu baik
- 47) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- 48) Periksa kembali bayi untuk pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5 °C).
- 49) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah dekontaminasi.
- 50) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai.
- 51) Bersihkan ibu dengan menggunakan air Desinfektan Tingkat Tinggi (DTT). Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. 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 tidur dengan larutan klorin 0,5 %.

- 54) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%.
Balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin selama 10 menit.
- 55) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 56) Memakai sarung tangan untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi
- 57) Memberitahu ibu akan dilakukan penimbangan antropometri bayi, pemberian salep mata, oxytetracycline 1% dan vitamin k 1 mg (0,5 cc) secara IM di paha kiri dan pengukuran suhu tubuh setiap 15 menit dan isi partograf
- 58) Setelah 1 jam pemberian vit k, memberikan suntikan hepatitis B dipaha kanan bawah lateral dan meletakkan bayi dekat ibu agar di beri ASI.
- 59) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 60) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tisu atau handuk bersih
- 61) Lengkapi partograf.

3. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu, dan berat badannya 2500-4000 gram. Secara umum, bayi baru lahir dapat dilahirkan melalui dua cara, yakni melalui vagina atau operasi Caesar. Bayi baru lahir disebut neonatus, dimana yang memiliki arti sebagai individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstra uterin (Wahyuni Sari & Syukrianti, 2023)

b. Ciri-Ciri BBL Normal

a. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir Normal

- 1) Berat badan 2.500-4.000 gram
 - 2) Panjang badan 48-52cm
 - 3) Lingkar dada 30-35cm
 - 4) Lingkar kepala 33-35cm
 - 5) Frekuensi jantung 120-160x/menit
 - 6) Pernapasan \pm 40-60x/menit
 - 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup.
 - 8) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
 - 9) Kuku agak panjang dan lemas
 - 10) Genitalia: Pada perempuan, labia mayora sudah menutupi labia minora, pada laki-laki: testis sudah turun, skrotum sudah ada.
 - 11) Reflek isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
 - 12) Reflek moro atau gerak memeluk jika di kagetkan sudah baik.
 - 13) Reflek gresp atau menggenggam sudah baik
- Eliminasi baik, mekonium keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan. (Wahyuni Sari & Syukrianti, 2023)

c. Tanda bahaya bayi baru lahir

Tanda bahaya bayi baru lahir diantaranya tidak mau menyusu, lemah, kejang-kejang, sesak nafas (lebih besar atau sama dengan 60 kali/menit), tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam, bayi merintih atau menangis terus-menerus, tali pusar kemerahan sampai dinding perut, berbau dan bernanah, demam/panas tinggi, mata bayi bernanah, kulit dan mata bayi kuning, tinja bayi saat buang air besar berwarna pucat (Wahyuni Sari & Syukrianti, 2023)

d. Adaptasi fisiologi Pada Bayi Baru Lahir

Fisiologi/Adaptasi pada BBL (Bayi baru lahir) harus beradaptasi dari yang bergantung terhadap ibunya kemudian menyesuaikan dengan dunia luar, bayi harus mendapatkan oksigen dari bernafas sendiri, mendapatkan nutrisi peroral untuk mempertahankan kadar gula, mengatur suhu tubuh, melawan setiap penyakit atau infeksi, dimana fungsi ini sebelumnya dilakukan oleh plasenta. (Elisabeth siwi walyani, 2017)

1) Adaptasi Fisik

a) Perubahan pada Sistem Pernapasan Perkembangan Paru-Paru

Paru-paru berasal dari titik yang muncul dari pharynx kemudian bentuk bronkus sampai umur 8 bulan, sampai jumlah bronchialis untuk alveolus berkembang, awal adanya nafas karena terjadinya hypoksia pada akhir persalinan dan rangsangan fisik lingkungan luar rahim yang merangsang pusat pernafasan di otak, tekanan rongga dada menimbulkan kompresi paru-paru selama persalinan menyebabkan udara masuk paru-paru secara mekanis. Masa yang paling kritis pada bayi baru lahir adalah ketika harus mengatasi resistensi paru pada saat pernapasan yang pertama kali. Perkembangan sistem pulmoner terjadi sejak masa embrio, tepatnya pada umur kehamilan 24 hari. Bayi cukup bulan, mempunyai cairan didalam paru-paru dimana selama lahir 1/3 cairan ini diperas dari paru-paru, jika proses persalinan melalui section cesaria maka kehilangan keuntungan kompresi dada ini tidak terjadi maka dapat mengakibatkan paru-paru basah. Beberapa tarikan nafas pertama menyebabkan udara memenuhi ruangan trakhea untuk bronkus bayi baru lahir, paru-paru akan berkembang terisi udara sesuai dengan perjalanan waktu.

b) Rangsangan untuk Gerak Pertama

Dua faktor yang berperan pada rangsangan napas pertama bayi adalah: Hipoksia pada akhir persalinan dan rangsangan fisik lingkungan luar rahim, yang merangsang pusat pernapasan di otak dan tekanan terhadap rongga dada, yang terjadi karena kompresi paru-paru selama persalinan, merangsang masuknya udara paru-paru secara mekanis. Interaksi antara sistem pernapasan, kardiovaskuler, dan susunan saraf pusat menimbulkan pernapasan yang teratur dan berkesinambungan serta denyut yang diperlukan untuk kehidupan. Jadi, sistem-sistem harus berfungsi secara normal. Rangsangan untuk gerakan pernapasan pertama kali pada neonatus disebabkan karena adanya:

- (1) Tekanan mekanis pada torak sewaktu melalui jalan lahir
- (2) Penurunan tekanan oksigen dan kenaikan tekanan karbondioksida merangsang kemoreseptor pada sinus karotis (stimulasi kimiawi)
- (3) Rangsangan dingin di daerah muka dapat merangsang permulaan gerakan (stimulasi sensorik)

c) Upaya Pernapasan Bayi Pertama

Saat kepala bayi melewati jalan lahir, ia akan mengalami penekanan yang tinggi pada toraksnya, dan tekanan ini akan hilang dengan tiba-tiba setelah bayi lahir. Proses mekanis ini menyebabkan cairan yang ada di paru-paru hilang karena terdorong ke bagian perifer paru untuk kemudian diabsorpsi, karena terstimulus oleh sensor kimia dan suhu akhirnya bayi memulai aktivasi napas untuk yang pertama kali.

d) Perubahan pada Sistem Kardiovaskuler

Aliran darah dari plasenta berhenti saat tali pusat diklem dan karena tali pusat diklem, sistem bertekanan rendah yang berada pada unit janin plasenta terputus sehingga berubah menjadi sistem sirkulasi tertutup, bertekanan tinggi dan berdiri sendiri. Efek yang terjadi segera setelah tali pusat diklem adalah peningkatan tahanan pembuluh darah sistemik. Hal yang paling penting adalah peningkatan tahanan pembuluh darah dan tarikan napas pertama terjadi secara bersamaan. Oksigen dari napas pertama tersebut menyebabkan sistem pembuluh darah berelaksasi dan terbuka sehingga paru-paru menjadi sistem bertekanan rendah. Ketika janin dilahirkan segera bayi menghirup udara dan menangis kuat. Dengan demikian paru-paru berkembang. Tekanan paru-paru mengecil dan darah mengalir ke paru-paru. Pernafasan pertama menurunkan resistensi pembuluh darah paru-paru dan meningkatkan tekanan atrium 5 kanan, oksigen pada pernafasan pertama ini menimbulkan relaksasi dan terbukanya sistem pembuluh darah dan paru-paru akan menurunkan resistensi pembuluh darah paru-paru sehingga terjadi peningkatan volume darah dan tekanan pada atrium kanan menimbulkan penurunan tekanan pada atrium kiri menyebabkan foramen ovale menutup.

e) Perubahan pada Sistem Termoregulasi

Bayi baru lahir mempunyai kecenderungan untuk mengalami stres fisik akibat perubahan suhu di luar uterus. Fluktuasi (naik turunnya) suhu di dalam uterus minimal, rentang maksimal hanya 0.6°C sangat berbeda dengan kondisi diluar uterus.

Tiga faktor yang paling berperan dalam kehilangan panas tubuh bayi adalah luasnya permukaan tubuh bayi, pusat pengaturan suhu tubuh yang belum berfungsi secara sempurna, tubuh bayi terlalu kecil untuk memproduksi dan menyimpan panas. Suhu tubuh normal pada neonatus adalah $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$ melalui pengukuran di aksila dan rektum, jika suhu kurang dari $36,5^{\circ}\text{C}$ maka bayi disebut mengalami hipotermia. Gejala hipotermia:

- (1) Sejalan dengan menurunnya suhu tubuh, maka bayi menjadi kurang aktif, letargi, hipotonus, tidak kuat menghisap ASI dan menangis lemah
 - (2) Pernapasan megap-megap dan lambat, serta denyut jantung menurun
 - (3) Timbul sklerema: kulit megeras berwarna kemerahan terutama dibagian punggung, tungkai dan lengan
 - (4) Muka bayi berwarna merah terang
 - (5) Hipotermia menyebabkan terjadinya perubahan metabolisme tubuh yang akan berakhir dengan kegagalan fungsi jantung, perdarahan terutama pada paru-paru, ikterus dan kematian.
- (Elisabeth siwi walyani, 2017)

e. Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

Pengkajian setelah lahir

Pengkajian ini bertujuan untuk mengkaji adaptasi bayi baru lahir dari kehidupan dalam uterus ke kehidupan luar uterus yaitu dengan penilaian APGAR . (Elisabeth siwi walyani, 2017).

Menilai keadaan bayi segera setelah lahir yaitu menilai Warna kulit kemerahan, tonus otot, menangis kuat, detak jantung, pernapasan, respon refleksi. Tujuan pemeriksaan ini untuk mendeteksi kelainan sedini mungkin pada bayi baru lahir.

f. Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatal tiga kali yaitu pada umur 6 jam-48 jam, umur 3-7 hari, dan umur 8-28 hari. Kunjungan Neonatus (KN) dilakukan sejak bayi usia satu hari sampai usia 28 hari (Elisabeth siwi walyani, 2017)

a. KN 1 dilakukan pada umur 6 jam–48 jam

Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan pelayanan dapat dilakukan sebelum bayi pulang dari fasilitas kesehatan (> 24 jam). Asuhan yang diberikan yaitu perawatan tali pusat, pemberian ASI eksklusif, menjaga kehangatan bayi, konseling tanda-tanda bahaya pada BBL, imunisasi, dan pencegahan infeksi.

b. KN 2 dilakukan pada umur 3-7 hari

Asuhan yang diberikan adalah jaga kehangatan bayi, berikan ASI Eksklusif, konseling tanda-tanda bahaya pada BBL, pencegahan infeksi, dan perawatan tali pusat.

c. KN 3 dilakukan pada umur 8-28 hari

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

4. Konsep Dasar Masa Nifas

a. Pengertian

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan yang diperlukan untuk pulihnya kembali alat kandungan yang lamanya 6 minggu. Masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil dan berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Mirong & H 2021)

b. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Tujuan asuhan masa nifas menurut adalah : (Mirong & H 2021)

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun psikologis dimana dalam asuhan pada masa ini peranan keluarga sangat penting, dengan pemberian nutrisi, dukungan psikologi maka kesehatan ibu dan bayi selalu terjaga.
- b. Melaksanakan skrining yang komprehensif (menyeluruh) dimana bidan harus melakukan manajemen asuhan kebidanan pada ibu masa nifas secara sistematis yaitu mulai pengkajian, interpretasi data dan analisa masalah, perencanaan, penatalaksanaan dan evaluasi. Sehingga dengan asuhan kebidanan masa nifas dan menyusui dapat mendeteksi secara dini penyulit maupun komplikasi yang terjadi pada ibu dan bayi.
- c. Melakukan rujukan secara aman dan tepat waktu bila terjadi penyulit atau komplikasi pada ibu dan bayinya, ke fasilitas pelayanan rujukan

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 adalah (Mirong & H 2021)

c. Tahapan Masa Nifas

Menurut (Yuliana & Hakim, 2020b). Masa nifas terbagi menjadi tiga tahapan, yaitu:

- a. Puerperium dini
Suatu masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan.
- b. Puerperinum intermedial
Suatu masa dimana kepulihan dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih enam minggu.

c. Remote puerperium

Remote puerperium adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki penyulit atau komplikasi.

d. Kunjungan masa nifas

Pelayanan nifas ialah pelayanan kesehatan terpadu serta menyeluruh yang ditawarkan bagi ibu serta bayi selama enam jam hingga 42 hari setelah kelahiran. Layanan komprehensif disediakan di sini, termasuk pengumpulan riwayat, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang (termasuk laboratorium), KB pascapersalinan, manajemen kasus, KIE, serta rujukan jika diperlukan.

Kunjungan pascapersalinan digunakan sebagai sarana pengujian tindak lanjut pascapersalinan. Kunjungan nifas atau biasadisebut dengan istilah KF dilakukan minimal empat kali. Kunjungan ibu dan bayi baru lahir dilakukan pada waktu yang bersamaan. Kunjungan pertama dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan dan kunjungan kedua sampai dengan kunjungan keempat dapat dilakukan kunjungan rumah yang dilakukan oleh bidan. (Zakiyah et al., 2020)

Berikut akan diuraikan tujuan dari setiap kunjungan pada asuhan nifas:

- 1) Kunjungan kesatu (KF 1) 6jam – 2hari pasca melahirkan
 - a) Menghindari perdarahan yang diakibatkan oleh atonia uteri.
 - b) Periksa serta perawatan penyebab lain terjadinya perdarahan, dan lakukan rujukan apabila terus berlangsung perdarahannya.
 - c) Edukasi cara mengatasi perdarahan yang disebabkan oleh atonia.
 - d) Menyusui dini.
 - e) Ibu serta bayi dalam satu ruangan (rawat gabung).
 - f) Mencegah hipotermia dan pertahankan bayi agar terus dalam kondisi hangat.

- 2) Kunjungan Ke-2 (KF 2) 3-7 hari pasca melahirkan
 - a) Konfirmasi involusi uterus yang normal: kontraksi uterus keras, fundus di bawah pusar, perdarahan normal, serta tidak berbau.
 - b) Periksa ciri-ciri perdarahan yang tidak normal, demam, atau infeksi.
 - c) Pastikan ibu mempunyai makan, air serta istirahat cukup
 - d) Pastikan ibu dapat menyusui dengan baik dan tidak ada tanda komplikasi.
 - e) Beri nasihat kepada ibu tentang perawatan bayi, tali pusar, dan cara mempertahankan kehangatan pada bayi serta cara perawatan sehari-hari.
- 3) Kunjungan Ke-3 (KF 3) 8-28 hari pasca melahirkan
 - a) Konfirmasi involusi uterus yang normal: adanya kontraksi uterus yang keras, fundus di bawah pusar, perdarahan normal, serta tidak berbaunya lochia.
 - b) Periksa berbagai tanda dari infeksi, perdarahan tidak normal atau demam.
 - c) Pastikan bahwa ibu mendapatkan makanan yang baik dan istirahat yang cukup.
 - d) Pastikan ibu dalam keadaan sehat dan tidak ada berbagai tanda komplikasi.
 - e) Beri Nasihat kepada ibu tentang perawatan bayi, tali pusar, dan cara mempertahankan kehangatan pada bayi serta cara perawatan sehari-hari.
- 4) Kunjungan Ke-4 (KF 4) 29-42 hari pasca melahirkan
 - a) Menanyakan kepada ibu komplikasi yang dialami ibu dan anak.
 - b) Memberikan penyuluhan KB sejak dini
 - c) Konseling hubungan seksual
 - d) Perubahan lochia

Kunjungan nifas dapat dilakukan melalui kunjungan rumah oleh bidan. Kunjungan rumah harus direncanakan dan dijadwalkan dengan bekerja sama dengan keluarga. (Zakiyah et al., 2020)

e. Tanda bahaya dalam masa nifas

1) Pendarahan Pervaginam

Perdarahan pervaginam yang melebihi 500 ml setelah bersalin didefenisikan sebagai perdarahan pasca persalinan. (Zakiyah et al., 2020)

Terdapat beberapa masalah mengenai defenisi ini:

a) Perkiraan kehilangan darah biasanya tidak sebanyak yang sebenarnya, kadang-kadang hanya setengah dari biasanya. Darah tersebut bercampur dengan cairan amnion atau dengan urine, darah juga tersebar pada spon, handuk dan kain di dalam ember dan di lantai.

b) Volume darah yang hilang juga bervariasi akibatnya sesuai dengan kadar hamoglobin ibu.

Seorang ibu dengan kadar Hb normal akan dapat menyesuaikan diri terhadap kehilangan darah yang akan berakibat fatal pada anemia. Seorang ibu yang sehat dan tidak anemia pun dapat mengalami akibat fatal dari kehilangan darah.

c) Perdarahan dapat terjadi dengan lambat untuk jangka waktu beberapa jam dan kondisi ini dapat tidak dikenali sampai terjadi syok. Penilaian resiko pada saat antenatal tidak dapat memperkirakan akan terjadinya perdarahan pasca persalinan. Penanganan aktif kala III sebaiknya dilakukan pada semua wanita yang bersalin karena hal ini dapat menurunkan insiden perdarahan pasca persalinan akibat atonia uteri. Semua ibu pasca bersalin

harus dipantau dengan ketat untuk mendiagnosis perdarahan fase persalinan.

2) Infeksi Masa Nifas

Beberapa bakteri dapat menyebabkan infeksi setelah persalinan. Infeksi masa nifas masih merupakan penyebab tertinggi AKI. Infeksi alat genital merupakan komplikasi masa nifas. Infeksi yang meluas ke saluran urinaria, payudara dan pembedahan merupakan penyebab terjadinya AKI tinggi. Gejala umum infeksi dapat dilihat dari temperature atau suhu pembengkakan takikardi dan malaise. Sedangkan gejala lokal dapat berupa uterus lembek, kemerahan, dan rasa nyeri pada payudara atau adanya disuria.

Ibu beresiko terjadi infeksi post partum karena adanya luka pada bekas pelepasan plasenta, laserasi pada saluran genital termasuk episiotomi pada perineum, dinding vagina dan serviks, nfeksi post SC yang mungkin terjadi.

3) Sakit Kepala, Nyeri Epigastrik dan Penglihatan Kabur

Wanita yang baru melahirkan sering mengeluh sakit kepala hebat atau penglihatan kabur.

- a) Jika ibu sadar periksa nadi, tekanan aarah, pernafasan.
- b) Jika ibu tidak bernafas periksa lakukan ventilasi dengan masker dan baton. Lakukan intubasi jika perlu dan jika pernafasan dangkal periksa dan bebaskan jalan nafas dan beri oksigen 4-6 liter per menit.
- c) Jika pasien tidak sadar/ koma bebaskan jalan nafas, baringkan pada sisi kiri, ukur suhu, periksa apakah ada kaku tengkuk.

4) Pembengkakan di Wajah atau Ekstremitas

- a) Periksa adanya varises
- b) Periksa kemerahan pada betis

c) Periksa apakah tulang kering pergelangan kaki, kaki oedema (perhatikan adanya oedema pitting)

5) Demam, Muntah, Rasa Sakit Waktu Berkemih

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

6) Payudara yang Berubah Menjadi Merah, Panas, dan Terasa Sakit

Payudara bengkak yang tidak disusu secara adekuat dapat menyebabkan payudara menjadi merah, panas, terasa sakit, akhirnya terjadi mastitis.

Puting lecet akan memudahkan masuknya kuman dan terjadinya payudara bengkak. BH yang terlalu ketat, mengakibatkan segmental engorgement. Kalau tidak disusu dengan adekuat, bisa terjadi mastitis. Ibu yang diit jelek, kurang istirahat, anemia akan mudah terkena infeksi.

Gejala:

- a) Bengkak, nyeri seluruh payudara/ nyeri lokal.
- b) Kemerahan pada seluruh payudara atau hanya local
- c) Payudara keras dan berbenjol-benjol (merongkol)
- d) Panas badan dan rasa sakit umum.

Penatalaksanaan:

- a) Menyusui diteruskan. Pertama bayi disusukan pada payudara yang terkena edema dan sesering mungkin, agar payudara kosong kemudian pada payudara yang normal.
- b) Berilah kompres panas, bisa menggunakan shower hangat atau lap basah panas pada payudara yang terkena.
- c) Ubahlah posisi menyusui dari waktu ke waktu, yaitu dengan posisi tiduran, duduk atau posisi memegang bola (football position)
- d) Pakailah baju BH yang longgar.
- e) Istirahat yang cukup, makanan yang bergizi
- f) Banyak minum sekitar 2 liter per hari

Dengan cara-cara seperti tersebut di atas biasanya peradangan akan menghilang setelah 48 jam, jarang sekali yang menjadi abses. Tetapi apabila dengan cara-cara seperti tersebut di atas tidak dapat perbaikan setelah 12 jam, 5-10 hari dan analgesia.

7) Kehilangan Nafsu Makan

Sesudah anak lahir ibu akan merasa lelah mungkin juga lemas karena kehabisan tenaga. Hendaknya lekas berikan minuman hangat, susu, kopi atau teh yang bergula. Apabila ibu menghendaki makanan, berikanlah makanan yang sifatnya ringan walaupun dalam persalinan lambung dan alat pencernaan tidak langsung turut mengadakan proses persalinan, tetapi sedikit atau banyak pasti dipengaruhi proses persalinannya. Sehingga alat pencernaan perlu istirahat guna mengembalikan keadaannya kembali. Oleh karena itu tidak benar bila ibu diberikan makanan sebanyak banyaknya walaupun ibu menginginkannya. Tetapi biasanya disebabkan adanya kelelahan yang amat berat, nafsu makan pun terganggu sehingga ibu tidak ingin makan sampai kehilangan itu hilang.

8) Rasa Sakit, Merah, Lunak dan Pembengkakan di Kaki

Selama masa nifas dapat terbentuk trhombus sementara pada vena-vena manapun di pelvis yang mengalami dilatasi dan Merasa Sedih atau Tidak Mampu Mengasuh Sendiri Bayinya atau Dirinya Sendiri Pada minggu-minggu awal setelah persalinan kurang lebih 1 tahun ibu postpartum cenderung akan mengalami perasaan-perasaan yang tidak pada umumnya seperti merasa sedih, tidak mampu mengasuh dirinya sendiri dan bayinya (Zakiyah et al., 2020)

5. KB

a. Konsep dasar KB

Keluarga berencana merupakan usaha suami istri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Usaha yang dimaksud termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga.

Prinsip dasar metode kontrasepsi adalah mencegah sperma laki laki mencapai dan membuahi telur wanita (fertilisasi) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang didalam rahim (Rohmatin et al., 2022) Keluarga Berencana (KB) adalah merupakan salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan jalan memberikan nasehat perkawinan, pengobatan kemandulan dan penjarangan kelahiran. KB merupakan tindakan membantu individu atau pasangan suami istri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kelahiran. KB adalah proses yang disadari oleh pasangan untuk memutuskan jumlah dan jarak anak serta waktu kelahiran.

b. Tujuan KB

Tujuan dilaksanakan program KB yaitu untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan social ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan

sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. (Fauziah, 2020) Tujuan program KB lainnya yaitu untuk menurunkan angka kelahiran yang bermakna, untuk mencapai tujuan tersebut maka diadakan kebijakan yang dikategorikan dalam tiga fase (menjarangkan, menunda, dan menghentikan) maksud dari kebijakan tersebut yaitu untuk menyelamatkan ibu dan anak akibat melahirkan pada usia muda, jarak kelahiran yang terlalu dekat dan melahirkan pada usia tua.

c. Sasaran Keluarga Berencana

Menurut Sri Wahyuni dkk, (2022) sasaran program KB di bagi menjadi dua yaitu sasaran langsung dan tidak langsung. Sasaran langsung adalah PUS yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan.

Sasaran secara tidak langsung adalah pelaksana dan pengelola KB dengan bertujuan menurunkan tingkat kelahiran hidup melalui pendekatan kebijakan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas sejahtera.

d. Kontrasepsi Pasca Persalinan

a. Metode Amenorhea Laktasi

1) Pengertian

Metode Amenorhea Laktasi (MAL) adalah salah satu cara kontrasepsi yang didasari pada menurunnya kesuburan secara fisiologis yang dialami oleh ibu menyusui dengan mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI). (Bakoil, 2021)

2) Cara kerja

Mekanisme kerja kontrasepsi MAL adalah terjadinya penundaan/ penekanan ovulasi. Ada 2 refleks yang mempengaruhi penundaan/ penekanan ovulasi selama masa laktasi. Pertama, refleks oksitosin yang bekerja pada payudara untuk mensekresi ASI dan pada

ovarium, menekan ekstrogen sehingga tidak terjadi ovulasi kedua, refleksi prolaktin yang bekerja pada payudara untuk memproduksi ASI dan menekan hormone ekstrogen dan progesterone. Akibatnya sekresi LH akan menurun dan menyebabkan terjadinya anovulasi (Bakoil, 2021)

3) Keuntungan

a. Keuntungan kontrasepsi

Cukup efektif dalam mencegah kehamilan (1-2 kehamilan per 100 wanita di 6 bulan pertama penggunaan), bila segera menyusukan secara eksklusif maka efek kontraseptif akan segera pula bekerja efektif serta tidak mengganggu proses sanggama dan tidak ada efek samping sistemik dan tidak perlu dilakukan pengawasan medis, serta tidak perlu pasokan ulangan, cukup dengan selalu memberikan ASI secara eksklusif bagi bayinya serta tidak membutuhkan biaya apapun (Bakoil, 2021).

b. Keuntungan non-kontrasepsi

a. Bagi anak

Imunisasi pasif dan perlindungan terhadap berbagai penyakit infeksi lainnya. Dan sumber terbaik bagi bayi dan mengurangi terkenanya kontaminasi dalam air, susu atau formula lain, atau pada peralatan (Bakoil, 2021)

b. Untuk Ibu: Bagi Ibu

Mengurangi perdarahan postpartum serta mengeratkan hubungan psikologis ibu-anak dan mengurangi risiko anemia.

c. Keterbatasan

Sangat tergantung dengan motivasi pengguna bila memang ingin menggunakan MAL sebagai metode kontrasepsi

(Pemberian ASI Eksklusif), untuk kondisi atau alasan tertentu mungkin sulit untuk dilaksanakan serta tingkat efektivitasnya sangat tergantung tingkat eksklusifitas menyusukan bayi(hingga usia 6 bulan atau mulai mendapat menstruasi) dan tidak melindungi pengguna dari PMS Misalnya :HBV, HIV, AIDS) (Bakoil, 2021) .

6. KERANGKA PIKIR

