

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan suatu hal alamiah yang merupakan proses fisiologis, akan tetapi jika tidak dilakukan asuhan yang tepat atau deteksi dini komplikasi yang akurat maka akan berujung pada komplikasi kehamilan yang apabila tidak bisa diatasi akan berujung pada kematian ibu (Fuadi *et al.*, 2021).

Kehamilan dan persalinan bukanlah sebuah proses patologis melainkan proses alamiah (normal), tetapi kondisi normal tersebut dapat berubah menjadi abnormal. Menyadari hal tersebut, dalam melakukan asuhan tidak perlu melakukan intervensi-intervensi yang tidak perlu kecuali ada indikasi. Berdasarkan hal tersebut kehamilan didefinisikan sebagai berikut:

- a. Kehamilan merupakan masa yang dimulai dari konsepsi hingga lahirnya janin. Lama kehamilan ini berlangsung selama 280 hari (40 minggu atau sama dengan sembilan bulan tujuh hari) (Situmorang *et al.*, 2021).
- b. Kehamilan merupakan proses yang diawali dengan pertemuan sel ovum dan sel sperma di dalam uterus tepatnya di tuba falopi. Setelah itu terjadi proses konsepsi dan terjadi nidasi, kemudian terjadi implantasi pada dinding uterus, tepatnya pada lapisan endometrium yang terjadi pada hari keenam dan ketujuh setelah konsepsi (Rintho *et al.*, 2022).
- c. Kehamilan merupakan proses yang sangat luar biasa yang terjadi pada uterus seorang perempuan yang berlangsung 280 hari atau 40 minggu sejak hari pertama haid terakhir. Proses kehamilan berawal dari proses fertilisasi yang berlanjut pada proses nidasi atau implantasi kemudian bertumbuh hingga janin tersebut siap untuk hidup di luar uterus (Wulandari *et al.*, 2021).
- d. Dari ketiga pengertian di atas bahwa, kehamilan adalah suatu proses yang natural bagi perempuan, dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin

dengan rentang waktu 280 hari (40 minggu/ 9 bulan 7hari). Banyak perubahan fisiologis yang terjadi pada masa kehamilan yang sangat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin (Kasmiati *et al.*, 2022).

2. Diagnosa Kebidanan

Dalam menegakkan diagnosis kebidanan bidan perlu dengan teliti melakukan kegiatan secara sistematis mulai dari pengumpulan data, pengkajian secara subjektif dan objektif, pemeriksaan penunjang dilakukan untuk membantu memastikan diagnosis sehingga bidan dapat menyimpulkan diagnosa apa yang ditegakkan berdasarkan hasil kajian yang didapatkan.

Tabel 2. 1 Perbedaan Diagnosa Kehamilan Berdasarkan Gejala

No.	Tanda dan Gejala	Kemungkinan Diagnosa
1.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan umum ibu sehat 2. Kesadaran composmentis 3. Riwayat kehamilan persalinan normal tanpa komplikasi 4. TFU sesuai dengan tuanya kehamilan 5. Hasil pemeriksaan fisik normal 6. Hasil pemeriksaan penunjang dalam batas normal 	Ibu hamil normal
2.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan umum ibu baik sampai lemah 2. Riwayat dengan masalah psikososial kasus Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) 3. Ibu hamil dengan gagal kontrasepsi 4. Ibu hamil dengan masalah sosial ekonomi rendah 5. Ibu hamil dengan pemerkosaan 6. Ibu hamil dengan gangguan jiwa 7. Ibu hamil dengan kehamilan yang tidak diharapkan 	Ibu hamil dengan masalah khusus
3.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan umum ibu lemah 2. Ibu mempunyai riwayat kehamilan dengan masalah yang menyertai kehamilan 3. Mempunyai gejala anemia 	Ibu hamil dengan penyakit menyertai masa kehamilan perlu kolaborasi dengan dokter ahli untuk mencegah angka morbiditas

<ol style="list-style-type: none"> 4. Mempunyai gejala penyakit/gangguan kardiovaskuler 5. Mempunyai tanda-tanda kelainan tumbuh kembang janin 6. Mempunyai gejala penyakit infeksi masa hamil 	
---	--

<ol style="list-style-type: none"> 4. <ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan umum ibu lemah 2. Kesadaran menurun sampai koma 3. Terdapat gejala gangguan kardiovaskular seperti perdarahan banyak dari jalan lahir 4. Ibu ada tanda-tanda gangguan keracunan kehamilan mengarah pada kejang 5. Ibu ada tanda-tanda bahaya lainnya 	<p>Kehamilan dengan gejala kegawatdaruratan pada ibu dan bayi, perlu tindakan segera dan rujukan mencegah angka morbiditas dan mortalitas</p>
---	---

(Rahmah *et al.*, 2022)

Cara yang dapat dilakukan untuk menegakkan keadaan seseorang dalam kondisi hamil meliputi kehamilan, kondisi janin dan masalah yang menyertai kehamilannya adalah diagnosa kehamilan. Bidan dapat menegakkan diagnosa kehamilan dengan melihat tanda gejala kehamilan, pemeriksaan hormonal dan pemeriksaan penunjang lain. Diagnosa hamil dapat ditegakkan berdasarkan tanda dan gejala hamil yang ditemukan, yaitu:

a. Tanda tidak pasti hamil (*probable sign*)

Tanda tidak pasti adalah perubahan-perubahan fisiologis yang dapat dikenali dari pengakuan atau yang dirasakan oleh wanita hamil.

1) *Amenorhea*, didefinisikan sebagai kondisi berhentinya menstruasi akibat kenaikan hormon progesteron dan estrogen yang dihasilkan oleh *corpus luteum*. *Amenorhea* merupakan salah satu diagnosa kehamilan bila wanita mempunyai siklus menstruasi yang teratur.

2) Mual (*nausea*) dan muntah (*emesis*)

Pengaruh estrogen dan progesteron terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari.

3) Mengidam

Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian di sebut ngidam.

4) *Syncope* (pingsan)

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan pingsan.

5) Kelelahan

Kelelahan Sering terjadi pada trimester pertama, akibat dari penurunan kecepatan basal metabolisme pada kehamilan.

6) Payudara tegang

Estrogen meningkatkan perkembangan sistem duktus pada payudara, sedangkan progesteron menstimulasi perkembangan sistem alveolar payudara.

7) Sering miksi

Desakan rahim ke depan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi.

8) Pigmentasi kulit

Pigmentasi terjadi pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu. Terjadi akibat pengaruh hormon *kortikosteroid* plasenta yang merangsang *melanofor* dan kulit.

9) Varises

Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pelebaran pembuluh darah terutama bagi wanita yang mempunyai bakat (Yanti *et al.*, 2021).

b. Tanda Mungkin Hamil (*Possible sign*)

Tanda kemungkinan adalah perubahan fisiologis yang dapat diketahui oleh pemeriksa dengan melakukan pemeriksaan fisik kepada wanita hamil, yang terdiri sebagai berikut:

1) Perut Membesar

Pembesaran perut terjadi akibat pembesaran uterus. Hal ini terjadi pada bulan keempat kehamilan (Yanti, Juli S, 2021).

2) Tanda Hegar

Pelunakan dan dapat ditekan isthmus uteri. Sehingga serviks dan *corpus uteri* seolah-olah terpisah. Perubahan ini terjadi sekitar 4-8 minggu setelah pembuahan. Pemeriksaannya dapat dilakukan dengan cara palpasi ke arah *ismus uteri* dengan jari tangan kiri kemudian jari tengah dan jari telunjuk tangan meraba *fornik posterior* dan *ismus uteri*. Tanda hegar positif jika tangan kiri yang ada di luar dan jari tangan kanan yang ada di dalam seolah-olah bertemu (Wulandari *et al.*, 2021).

3) Tanda *Chadwick*

Tanda biru keunguan pada mukosa vagina. Tanda ini muncul adanya hiperpigmentasi dan peningkatan estrogen. Tanda Chadwick dapat dilakukan dengan pemeriksaan secara inspekulo.

4) Tanda *Piskacek*

Pembesaran uterus yang tidak merata sehingga dapat terlihat menonjol pada salah satu sisi terutama pada daerah implantasi.

5) Tanda *Goodhell*

Pelunakan serviks yang disebabkan oleh vaskularisasi leher rahim akibat hormon estrogen dan progesteron.

6) Teraba *Ballottement*

Ketukan yang mendadak pada uterus terus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat di rasakan oleh tangan pemeriksa (Yanti *et al.*, 2021).

7) *Braxton hiks*

Merupakan peregangan sel-sel otot uterus, akibat meningkatnya *actomysin* di dalam otot uterus (Yanti *et al.*, 2021).

c. Tanda Pasti Hamil (*Positive sign*) (Yanti *et al.*, 2021).

Tanda pasti adalah tanda yang menunjukkan langsung keberadaan Janin, yang dapat dilihat langsung oleh Pemeriksa, yang terdiri sebagai berikut:

- 1) Gerakan Janin dalam rahim gerakan janin ini harus dapat diraba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan janin baru dapat dirasakan pada usia sekitar 20 minggu.
- 2) Denyut Jantung Janin dapat di dengar pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat *fetal elektrokardiograf* (misalnya dopler). Dengan *stetoscop laenec*, DJJ baru dapat di dengar pada usia 18-20 minggu.
- 3) Bagian-bagian janin bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat di raba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (trimester terakhir). Bagian janin dapat di lihat dengan sempurna dengan menggunakan USG.
- 4) Kerangka Janin Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG. Tanda pasti hamil dapat di diagnosa setelah kehamilan lanjut, tetapi bisa terdiagnosa lebih dini menggunakan USG.

Teknik menghitung usia kehamilan berdasarkan Hari Pertama Haid terakhir(HPHT), adalah rumus *Naegale*. Rumus ini dapat menghitung Hari Perkiraan Lahir (HPL) yaitu, HPHT: Tanggal (+7), Bulan (-3), Tahun (+1), jika bulan tidak bisa dikurangi maka, HPHT: Tanggal (+7), Bulan (+9) (Elisabeth *et al*, 2023).

Setelah melakukan diagnosis kebidanan berdasarkan kondisi ibu dari hasil pengkajian dan pemeriksaan penunjang maka perlu dilakukan penulisan diagnosa kebidanan, yaitu diagnosa yang ditegakkan dalam praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur. Diagnosa kebidanan mengacu kepada nomenklatur, yang berarti bahwa diagnosa yang ditegakkan adalah diagnosa dari hasil anamnesis dan pemeriksaan kasus kebidanan, kasus yang menjadi kewajiban, hak, wewenang bidan untuk memberikan asuhan kebidanan (Wulandari *et al.*, 2021).

Sesuai dengan amanah Undang-undang Kebidanan No. 4 Tahun 2019 bidan memiliki wewenang dalam memberikan asuhan kebidanan dalam kehamilan normal. Standar nomenklatur diagnosa kebidanan harus memenuhi syarat-syarat sebagai berikut:

- a) Diakui dan telah disahkan oleh profesi.
- b) Berhubungan langsung dengan praktik kebidanan.
- c) Memiliki ciri khas kebidanan.
- d) Didukung oleh penilaian klinis dalam praktik kebidanan.
- e) Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan

Tata Nama Nomenklatur Diagnosa Kebidanan dalam Kehamilan Menurut Varney, mengemukakan tentang ketentuan dari penggunaan nomenklatur dalam kebidanan untuk menunjukkan status obstetri seorang Perempuan yaitu:

- (1) Gravida merujuk pada jumlah berapa kali wanita hamil. Tidak masalah pada titik apa selama kehamilan, kehamilan dihentikan. Juga tidak masalah berapa banyak bayi yang lahir dari kehamilan. Jika sekarang perempuan hamil maka ini juga termasuk di dalamnya.
 - (2) Para mengacu pada jumlah kehamilan yang diakhiri dalam kelahiran janin yang mencapai titik viabilitas atau mampu dalam kelangsungan hidup. Jika seorang wanita memiliki beberapa kehamilan, hal ini masih di hitung dalam kehamilan (Wariyaka, 2021).
- d. Klasifikasi usia kehamilan

Kehamilan menurut Prawirohardjo (2001) dalam (Wulandari *et al.*, 2021) diklasifikasikan dalam 3 trimester, yaitu:

- 1) Trimester I, dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan (1-12 minggu).

Trimester I 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, dimana 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 dimana organogenesis terjadi dan periode waktu dimana embrio paling sensitif terhadap teratogen. Akhir periode embrionik dan awal periode janin terjadi 8 minggu setelah pembuahan (usia

perkembangan) atau 10 minggu setelah dimulainya periode menstruasi terakhir. Pada minggu ke 12 denyut janin dapat terlihat jelas dengan ultrasound, gerakan pertama dimulai, jenis kelamin dapat diketahui, ginjal memproduksi urin.

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 dan patologis.

2) Trimester II dari bulan keempat sampai 6 bulan (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 berkualitas tinggi. Pada akhir trimester 2 janin dapat bernapas, menelan dan mengatur suhu, surfaktan terbentuk di dalam paru-paru, mata mulai membuka dan menutup, dan ukuran janin 2/3 pada saat lahir.

3) Trimester III dari bulan ke 7 sampai 9 bulan (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 di bawah kulit untuk persiapan pemisahan bayi setelah lahir, antibodi ibu ditransfer ke janin, janin mulai menyimpan zat besi, kalsium, dan fosfor. Sementara ibu merasakan ketidaknyamanan seperti sering buang air kecil, kaki bengkak, sakit punggung dan susah tidur. *Braxton hicks* meningkat karena serviks dan segmen bawah Rahim disiapkan untuk persalinan(Wulandari *et al.*, 2021).

3. Perubahan Fisiologis dan Psikologis Kehamilan Trimester III

Kehamilan dan persalinan merupakan masa yang berkelanjutan dalam proses reproduksi manusia. Ibu hamil akan mengalami perubahan fisiologis

dan psikologis selama kehamilan. Perubahan fisiologis dan psikologis dalam kehamilan merupakan ilmu yang berkaitan erat antara anatomi dan fisiologis serta fenomena psikologi dan perilaku yang terbentuk baik karena perubahan fisik maupun lingkungan. Perubahan dalam dimensi fisiologis tersebut meliputi perubahan sistem endokrin, sistem reproduksi, sistem kardiovaskular, sistem pernafasan, sistem muskuloskeletal, metabolisme.

Perubahan psikologi yang umum terjadi pada masa kehamilan adalah kecemasan. Kecemasan adalah salah satu proses penyesuaian diri terhadap perubahan fungsi fisiologis dan psikologis terutama primigravida. Kecemasan pada primigravida dapat timbul akibat kekhawatiran akan proses kelahiran yang aman untuk dirinya dan anaknya. Apabila kecemasan berlanjut sampai akhir kehamilan dan persalinan akan berdampak tidak saja pada ibu tapi juga terhadap bayinya. Kondisi tersebut yang mengakibatkan otot tubuh menegang, terutama otot-otot yang berada di rahim ikut menjadi kaku dan keras sehingga sulit mengembang. Tidak hanya itu, emosi yang tidak stabil dapat membuat rasa sakit meningkat (Sari, 2024).

a. Perubahan Fisiologi Kehamilan Trimester III.

Perubahan fisiologi selama kehamilan terjadi akibat adanya tumbuh kembang janin dan persiapan persalinan. Trimester III memerlukan perhatian karena banyaknya ketidaknyamanan yang dirasakan oleh ibu akibat tumbuh kembang janin.

1) Sistem Reproduksi

a) Vagina dan vulva

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hiperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot di perineum dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat berwarna keunguan yang dikenal dengan tanda *chadwick*. Perubahan ini meliputi penipisan mukosa dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan hipertrofi dari sel-sel otot polos. Peningkatan volume sekresi vagina juga terjadi, dimana sekresi akan berwarna keputihan, menebal dan Ph antara 3,5-6 yang merupakan hasil dari

peningkatan produksi asam laktat glikogen yang di hasilkan oleh epitel sebagai aksi dari *Lactobacillus acidophilus*.

Vagina pada trimester III, estrogen menyebabkan perubahan pada lapisan otot dan epitelium. Lapisan otot membesar, vagina lebih elastis yang memungkinkan turunnya bagian bawah janin (Handayani *et al.*, 2025).

b) Serviks Uteri

Pada saat kehamilan mendekati aterm, terjadi penurunan lebih lanjut dari konsentrasi kolagen. Konsentrasinya menurun secara nyata dari keadaan relatif dilusi dalam keadaan menyebar (dispersi).

Perubahan yang penting pada serviks dalam kehamilan adalah menjadi lunak. Sebab pelunakan ini adalah pembuluh darah dalam serviks bertambah dan karena timbulnya oedema dari serviks dan hiperplasia serviks. Pada akhir kehamilan, serviks menjadi sangat lunak dan portio menjadi pendek (lebih dari setengahnya mendatar) dan dapat dimasuki dengan mudah oleh satu jari.

Penurunan konsentrasi kolagen dengan melunaknya serviks. Proses remodelling sangat kompleks dan melibatkan proses kaskade biokimia, interaksi antara komponen selular dan matriks ekstraseluler, serta infiltrasi stroma serviks oleh sel-sel inflamasi seperti netrofil dan makrofologi.

c) Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat laktasi. Perkembangan payudara tidak dapat dilepaskan dari pengaruh hormon saat kehamilan, yaitu estrogen, progesteron dan *somatotropin*. Kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena di bawah kulit akan lebih terlihat, puting payudara akan membesar, berwarna kehitaman dan tegak (Suparyanto & Rosad, 2020).

Payudara konsentrasi tinggi estrogen dan progesteron yang dihasilkan oleh plasenta menimbulkan perubahan pada payudara

(tegang dan membesar). Adanya *chorionic somatotropin (Human Placental Lactogen/HPL)* dengan muatan laktogenik akan merangsang pertumbuhan kelenjar susu di dalam 8 payudara dan berbagai perubahan metabolik yang mengiringinya (Handayani *et al.*, 2025).

d) Uterus

Pembesaran uterus merupakan perubahan anatomi yang paling nyata pada ibu hamil. Peningkatan konsentrasi hormon estrogen dan progesteron pada awal kehamilan akan menyebabkan hipertrofi miometrium. Hipertrofi tersebut dibarengi dengan peningkatan yang nyata dari jaringan elastin dan akumulasi dari jaringan fibrosa sehingga struktur dinding uterus menjadi lebih kuat terhadap regangan dan distensi.

Pada akhir kehamilan uterus akan terus membesar dalam rongga pelvis dan seiring perkembangannya uterus akan menyentuh dinding abdomen, mendorong usus ke samping dan ke atas, terus tumbuh hingga menyentuh hati.

Tinggi Fundus Uteri diklasifikasikan sesuai tafsiran berat badan janin dan sesuai usia kehamilan Leopold menurut hitungan maka akan seperti tabel berikut:

Tabel 2. 2 Tinggi Fundus Uteri dan Tafsiran Berat Badan Janin

Umur Kehamilan	Tafsiran Berat Badan Janin
1 bulan	1 gram
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

(Sari, 2024)

Tabel 2. 3 Tinggi Fundus Uteri Menurut Leopold

Umur Kehamilan	TFU
Sebelum 12 Minggu	Fundus Uteri belum teraba
12 Minggu	Fundus Uteri berada pada pertengahan simfisis pusat
20 Minggu	Fundus uteri berada pada 3 jari di bawah pusat
24 Minggu	Fundus uteri berada pada setinggi pusat
28 Minggu	Fundus uteri berada pada 3-4 jari di atas
32 Minggu	Fundus uteri berada pada pertengahan pusat
36 Minggu	Fundus uteri berada pada 3-4 jari di bawah <i>prossessus</i>
40 Minggu	Fundus uteri berada pada pertengahan pusat <i>prossessus</i>

(Sari, 2024)

Tabel 2. 4 Tinggi Fundus Uteri Menurut Leopold

Umur Kehamilan	TFU
12 minggu	1-2 jari di atas simfisis
16 minggu	½ simfisis-pusat
20 minggu	3 jari di bawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	3 jari di atas pusat
32 minggu	½ pusat <i>prossessus xifoideus</i>
36 minggu	3 jari di bawah <i>processus xyphoideus</i>
40 minggu	½ pusat- <i>processus xyphoideus</i>

(Sari, 2024)

e) Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah yang relatif minimal. Ovarium tidak terjadi pembentukan folikel baru dan hanya terlihat perkembangan dari korpus luteum.

2) Sistem Respirasi

Kehamilan mempengaruhi sistem pernapasan pada volume paru-paru dan ventilasi. Perubahan fisiologi sistem pernapasan selama kehamilan diperlukan untuk memenuhi peningkatan metabolisme dan kebutuhan

oksigen bagi tubuh dan janin. Perubahan tersebut terjadi karena pengaruh hormonal dan biokimia. Relaksasi otot dan kartilago toraks menjadikan bentuk dada berubah.

3) Sistem Endokrin

Trimester III hormon oksitosin mulai meningkat sehingga menyebabkan ibu mengalami kontraksi. Oksitosin merupakan salah satu hormon yang sangat diperlukan dalam persalinan dan dapat merangsang kontraksi uterus Ibu. Selain hormon oksitosin ada hormon prolactin juga meningkat 10 kali lipat saat kehamilan aterm.

4) Sistem Muskuloskeletal

Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan, karena akibat pembesaran uterus ke posisi depan, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah tungkai. Hal ini menyebabkan tidak nyaman pada bagian punggung terutama pada akhir kehamilan sehingga perlu posisi relaksasi miring kiri.

5) Sistem Perkemihan (*urinaria*)

Hormon estrogen dan progesteron dapat menyebabkan ureter membesar, tonus otot saluran kemih menurun. Kencing lebih sering (*poliuria*), laju filtrasi glomerulus meningkat sampai 69%.

6) Sistem Kardiovaskuler

Volume darah akan bertambah banyak, kira-kira 25% dengan puncaknya pada kehamilan 32 minggu, diikuti curah jantung (*cardiac output*) yang meningkat sebanyak kurang lebih 30%. Tekanan darah arteri cenderung menurun terutama selama trimester kedua dan naik lagi seperti pada pra hamil.

7) Uterus

Perubahan uterus mulai menekan ke arah tulang belakang, menekan vena dan aorta sehingga aliran darah tertekan. Pada akhir kehamilan sering terjadi kontraksi uterus yang sering disebut korpis dan berkembang menjadi segmen bawah rahim yang lebih lebar dan tipis, serviks menjadi lunak sekali dan lebih mudah dimasuki dengan satu jari

pada akhir kehamilan. Uterus yang semula hanya berukuran sebesar jempol atau seberat 30 gram akan mengalami *hipertrofi* dan hiperplasia, sehingga menjadi seberat 1000 gram di akhir masa kehamilan. Otot dalam rahim mengalami hiperplasia dan hipertrofi sehingga dapat menjadi lebih besar, lunak dan dapat mengikuti pembesaran janin karena pertumbuhan janin.

8) Kenaikan Berat Badan

Peningkatan berat badan pada trimester III merupakan petunjuk penting perkembangan janin. Keperluan penambahan berat badan semua ibu hamil tidak sama tetapi harus melihat dari IMT sebelum hamil (Kemenkes RI, 2021).

Tabel 2. 5 Kategori Indeks Masa Tubuh pada Wanita

Klasifikasi Berat Badan (BB)	BMI	Penambahan Berat Badan
Berat Badan Kurang	<18,5	± 12 - 15 kg
Berat Badan Normal	18,5 – 24,9	9 - 12 kg
Berat Badan Lebih	≥ 25,0	6 - 9 kg
Perobes (sedikit gemuk)	25,0 - 29,9	± 6 kg
Obesitas	≥ 30,0	± 6 kg

(Handayani *et al.*, 2025)

b. Perubahan Psikologis Trimester III

Gangguan psikologis yang terjadi dapat berpengaruh buruk terhadap perkembangan janin dan mengakibatkan stres berkepanjangan yang dapat berefek pada terhambatnya perkembangan janin termasuk gangguan emosi setelah kelahiran, apabila tidak ditangani dengan baik meski dengan asupan nutrisi yang baik. Gangguan psikologis dapat meningkatkan risiko terjadinya komplikasi dalam persalinan, sehingga diperlukan pencegahan dengan beberapa metode untuk meringankan dan mempersiapkan ibu dalam menjaga kehamilan dan proses persalinan. Ibu hamil harus mendapat asuhan kehamilan agar dapat beradaptasi dengan perubahan yang terjadi baik fisik maupun psikologinya. Tujuan asuhan selama masa kehamilan untuk

mempersiapkan persalinan yang fisiologis dengan tujuan ibu dan janin yang akan dilahirkan dalam keadaan sehat (Yuliawardani *et al.*, 2023).

Perubahan psikologis pada masa kehamilan trimester III yaitu rasa tidak nyaman dan merasa tubuhnya tidak menarik, ibu juga akan merasa gelisah ketika bayi tidak lahir tepat waktu dan takut akan rasa sakit, bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan bayi yang dilahirkan dalam keadaan tidak normal serta khawatir akan keselamatannya.

Selain itu, ibu juga dapat merasa kehilangan perhatian, libido menurun karena apabila melakukan hubungan seksual ibu hamil mengkhawatirkan bisa membahayakan janin, keguguran, dan penurunan gairah seksual dapat membuat pasangan suami istri tidak berhubungan seksual di masa kehamilan. Perubahan dorongan seksual umumnya *berfluktuasi* selama masa kehamilan. Dorongan seksual biasanya menurun pada trimester I dan meningkat di trimester II, tetapi di sepanjang trimester III dorongan seksual dapat kembali menurun dengan semakin membesarnya perut dan semakin fokusnya perhatian untuk persiapan melahirkan serta sering timbul perasaan mudah tersinggung atau sensitif.

Trimester ketiga biasanya disebut dengan periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu tidak sabar menunggu kehadiran bayinya. Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan dua hal yang mengingatkan ibu akan lahir sewaktu-waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaannya akan timbulnya tanda dan gejala terjadinya persalinan pada ibu. Sering kali ibu merasa khawatir atau takut kalau bayi yang akan dilahirkannya tidak normal. Seorang ibu mungkin mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu melahirkan (Handayani *et al.*, 2025).

4. Kebutuhan Dasar Pada Ibu Hamil Trimester III

a. Kebutuhan fisik

Kebutuhan oksigen adalah kebutuhan yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Perlu dipenuhi supaya ibu dapat menjadi sehat sampai proses persalinan. Kebutuhan fisik pada ibu hamil trimester III antara lain, kebutuhan oksigenasi, nutrisi, *personal hygiene*, eliminasi, seksual, mobilisasi atau bodi mekanik, istirahat atau tidur. Kebutuhan fisik pada ibu hamil akan berpengaruh pada ibu atau janin selama masa kehamilan.

1) Oksigen

Pada saat kehamilan, ibu hamil biasanya sering mengeluh mengalami sesak nafas karena kebutuhan oksigen meningkat hal ini disebabkan karena diafragma yang tertekan akibat semakin membesarnya uterus sehingga produksi eritropitin di ginjal juga meningkat, akibatnya sel darah merah (*eritrosit*) meningkat sebanyak 20 - 30% (Sumarmi *et al.*, 2021).

2) Kebutuhan Nutrisi

Pada masa kehamilan, seorang ibu hamil sangat membutuhkan nutrisi yang baik, karena masa kehamilan tersebut merupakan masa dimana ibu hamil sangat perlu asupan makanan yang baik dan maksimal. Pada prinsipnya nutrisi selama kehamilan adalah makanan sehat dan seimbang, saat hamil seorang ibu memerlukan gizi seimbang lebih banyak, sehingga secara umum porsi makan saat hamil 1 porsi lebih banyak dibanding sebelum hamil. Makanan yang sehat pada ibu hamil dengan gizi seimbang sangat perlu bagi keseimbangan pertumbuhan dan perkembangan janin dalam kandungan ibu.

Pada ibu hamil kebiasaan pola makan juga dipengaruhi oleh beberapa hal antara lain budaya yang di anut, kesenangan ibu hamil, kebiasaan ibu sehari-hari, agama, sosial ekonomi. Dari beberapa

kebiasaan pola makan pada ibu hamil tersebut akan berpengaruh pada status gizi.

Asupan gizi tersebut meliputi sumber kalori (karbohidrat dan lemak), protein, asam folat, vitamin B12, zat besi, kalsium, vitamin C, vitamin A, vitamin B6, vitamin E, kalium, yodium, serat dan cairan. Selama kehamilan ibu tidak perlu berpantang makanan, namun Batasi asupan gula, garam dan lemak.

3) Kebutuhan *personal hygiene*

Ibu hamil dianjurkan untuk mandi dua kali sehari, menyikat gigi secara benar dan teratur minimal setelah sarapan dan sebelum tidur, membersihkan payudara dan daerah kemaluan, mengganti pakaian dan pakaian dalam setiap hari serta mencuci tangan dengan sabun dan air bersih sebelum makan, setelah buang air besar dan buang air kecil.

Personal Hygiene pada ibu hamil adalah kebersihan yang dilakukan oleh ibu hamil untuk mengurangi kemungkinan infeksi karena badan kotor yang banyak mengandung kuman –kuman. Tujuan dari *personal hygiene* adalah memelihara kebersihan diri ibu hamil, mencegah penyakit serta ibu akan merasa nyaman (Sunarsih *et al.*, 2020)

4) Kebutuhan Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan eliminasi adalah konstipasi dan sering buang air kecil. Sering buang air kecil merupakan keluhan umum dirasakan ibu hamil, terutama pada trimester I dan trimester III, hal tersebut adalah kondisi yang fisiologis, pada trimester III terjadi pembesaran janin yang juga menyebabkan desakan pada kantong kemih.

Konstipasi merupakan salah satu ketidaknyamanan yang sering dikeluhkan ibu hamil. Jika tidak dikelola dengan baik konstipasi dapat menyebabkan komplikasi serius.

Pada kehamilan trimester III, frekuensi kencing menjadi lebih sering, hal ini terjadi akibat adanya tekanan janin ke arah panggul, terjadi pula hipervolemia fisiologis. Peningkatan jumlah urin dan sistem metabolisme hal ini dapat menyebabkan ibu hamil mengalami kehilangan sejumlah air dalam tubuh. Selama hamil dianjurkan untuk mengonsumsi air putih serta memenuhi asupan cairan makanan yang mengandung banyak cairan.

5) Kebutuhan seksual

Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti, sering abortus dan kelahiran prematur, perdarahan pervaginam, koitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu terakhir kehamilan, bila ketuban sudah pecah koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intra uteri.

Kebanyakan ibu hamil kebutuhan seksual di trimester III minatnya menurun dikarenakan libido dapat turun kembali ketika kehamilan memasuki trimester III. Rasa nyaman sudah jauh berkurang, lebih sering pegel di punggung dan panggul, tubuh bertambah berat, nafas lebih sesak (karena besarnya janin mendesak dada dan lambung), kembali merasa mual.

6) Kebutuhan senam hamil

Latihan fisik selama hamil dapat dilakukan dengan senam hamil, ibu hamil yang melakukan latihan fisik dengan menggunakan senam dapat meningkatkan hormon endorfin. Gerakan senam hamil terdapat relaksasi, Latihan pernapasan panjang dan meditasi. Latihan fisik yang dilakukan secara berkala mampu mengeluarkan hormon endorfin dan enkefalin yang akan menghambat rangsang nyeri akibat ketidaknyamanan selama kehamilan dan persiapan persalinan. Senam hamil dapat menurunkan kecemasan ibu dalam menghadapi persalinan (Wulandari *et al.*, 2021).

5. Ketidaknyamanan Pada Ibu Hamil Trimester III

Ketidaknyamanan yang dirasakan oleh ibu hamil trimester III, seperti nyeri punggung, gangguan sistem perkemihan, keputihan, varises, dan hemoroid, namun ketidaknyamanan yang paling sering ibu rasakan yaitu nyeri punggung dimana ibu akan mengalami nyeri punggung yang timbul akibat peregangan yang berlebihan atau kelelahan serta berjalan berlebihan, nyeri punggung meningkat seiring usia kehamilan. Pada sebagian wanita dapat dibuktikan adanya gerakan simfisis pubis dan sendi lumbosakral, serta relaksasi umum ligamentum-ligamentum panggul (Putri *et al.*, 2023)

Ketidaknyamanan yang terjadi pada ibu hamil akan semakin bertambah pada trimester III, hal ini dikarenakan pada trimester III adalah merupakan masa janin berkembang semakin meningkat. Salah satunya adalah sering buang air kecil (BAK), rasa ketidaknyamanan yang sering dirasakan oleh ibu hamil adalah sering buang air kecil. Pada kehamilan ureter semakin membesar untuk menampung banyaknya pembentukan urine, keluhan ini timbul lagi karena kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul sehingga rahim yang tumbuh besar akan menekan kandung kemih (Wulandari *et al.*, 2021).

Tabel 2. 6 Ketidaknyamanan selama kehamilan

No.	Ketidaknyamanan	Fisiologi	Intervensi
a.	Konstipasi	Gerakan peristaltik usus melambat, uterus yang semakin membesar.	Melakukan senam hamil, minum air putih minimal 8 gelas per hari, minum air hangat atau dingin saat perut kosong, makan sayur, membiasakan bab secara teratur, dan hindari menahan bab
b.	Sering BAK (miksi)	Uterus semakin membesar dan menekan kandung kemih, serta perubahan fisiologis pada ginjal.	Menghindari menahan BAK/ segera BAK saat terasa ingin BAK, memperbanyak minum saat siang hari membatasi minum saat malam hari, mengurangi minum yang mengandung diuretik (teh, kopi, cola), saat tidur menggunakan posisi berbaring miring ke kiri dengan kaki ditinggikan.

c.	Insomnia	Rahim semakin membesar, masalah psikologis (perasaan takut, gelisah atau khawatir menghadapi persalinan), dan sering BAK pada malam hari	Mandi air hangat sebelum tidur, minum air hangat sebelum tidur, mengurangi aktivitas yang dapat membuat susah tidur, menghindari makan porsi besar 2-3 jam sebelum tidur, mengurangi kebisingan dan cahaya, dan tidur dengan posisi relaks.
d.	Keputihan	meningkatnya kadar hormon saat Kehamilan	Rajin membersihkan alat kelamin (cebok dari arah depan ke belakang) & keringkan setelah BAK dan BAB segera ganti jika cela dalam terasa basah, memakai celana dalam yang terbuat dari bahan katun.
e.	Keringat berlebih	bertambahnya umur kehamilan, perubahan hormon kehamilan, penambahan berat badan	Mandi teratur: memakai pakaian yang longgar, tipis, & terbuat dari katun; memperbanyak minum air putih.
f.	Kram pada kaki	kadar kalsium rendah dalam darah; uterus semakin membesar sehingga menekan pembuluh darah dipanggul, kelelahan, sirkulasi darah ke daerah kaki kurang	Memenuhi asupan kalsium (susu, sayuran warna hijau), melakukan senam hamil, menjaga kaki agar selalu dalam keadaan hangat, mandi air hangat sebelum tidur, duduk dengan meluruskan kaki tarik kaki ke arah lutut, memijat otot-otot yang kram, merendam kaki yang kram dengan air hangat.
g.	<i>Heartburn</i>	hormon, pergeseran lambung karena pembesaran uterus	Menghindari makanan yang berminyak dan bumbu yang merangsang; makan sedikit tapi sering, menghindari minum kopi dan merokok; minum air 6-8 gelas per hari.

(Amalia *et al.*, 2022)

6. Deteksi Dini Faktor Risiko dan Pengenalan Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

a. Pendarahan Pervaginam

Penyebab yang paling sering pada kasus perdarahan trimester III adalah plasenta *previa* dan *abruption plasenta* (solusio plasenta). Penyebab lain perdarahan pada kehamilan trimester akhir adalah pecahnya pembuluh

darah fetus yang terekspos, pada kondisi ini pembuluh darah yang berada pada membran ketuban yang melewati serviks robek.

1) Plasenta Previa

Tanda utama plasenta previa adalah perdarahan pervaginam yang terjadi tiba-tiba dan tanpa disertai rasa nyeri. Hal ini terjadi selama trimester ketiga dan kemungkinan disertai oleh iritabilitas uterus. Kondisi lain yang menandai adanya plasenta previa adalah mal presentasi (presentasi bokong, letak lintang, kepala tidak menancap), hal ini umum di temukan pada kasus plasenta previa karena bagian terbawah janin terhalang oleh plasenta untuk masuk ke segmen bawah rahim.

2) *Abruptio Plasenta*

Abruptio Plasenta adalah lepasnya plasenta dari tempat implantasi sebelum waktunya. Tanda dan gejala *abruptio plasenta* bergantung pada derajat lepasnya plasenta. Tanda yang khas pada *abruption plasenta* adalah perdarahan pervaginam yang disertai rasa nyeri perut, kontraksi uterus, ketegangan dan sering kali diikuti dengan denyut jantung janin abnormal atau kematian janin.

b. Sakit Kepala Hebat Yang Merupakan Gejala Preeklampsia

Sakit kepala selama kehamilan bisa bersifat sekunder dan primer. Sakit kepala yang bersifat sekunder bisa menjadi suatu gejala yang mengancam jiwa, seperti trombosis vena serebral, tumor hipofisis, *koriokarsinoma*, eklampsia, preeklampsia, hipertensi. Sedangkan primer seperti migrain dan masalah kardiovaskular.

Preeklampsia sebagai salah satu tiga penyebab utama kematian Ibu di Indonesia, salah satunya ditandai dengan munculnya gejala sakit kepala. Karakteristik sakit kepala pada preeklampsia adalah sakit kepala yang hebat yang disertai tanda lain yaitu adanya hipertensi, bersifat persisten dan lokasinya frontal.

c. Bengkak di Muka atau Tangan

Peningkatan berat badan yang berlebihan 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 pada tangan dan muka, bengkak ini terjadi akibat kebocoran pembuluh darah.

d. Berkurangnya Gerakan Janin

Gerakan janin harus selalu dipantau hingga akhir kehamilan dan saat persalinan.

e. Ketuban Pecah Dini

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, prematur bahkan kehamilan matur.

f. Kejang

Kewaspadaan terhadap tanda dan gejala ini adalah mencakup nyeri kepala, gangguan penglihatan, nyeri ulu hati dan kegelisahan ibu menjadi alarm bagi penolong terhadap munculnya kejang.

7. Faktor-faktor Risiko Ibu Hamil

Beberapa keadaan yang menambah risiko kematian ibu. Keadaan tersebut dinamakan faktor risiko. Semakin banyak ditemukan faktor risiko pada ibu hamil, semakin tinggi risiko kehamilannya. Beberapa peneliti menetapkan kehamilan dengan risiko tinggi sebagai berikut:

- a. Poedji Rochjati: primipara muda berusia <16 tahun, primipara tua berusia >35 tahun, primipara sekunder dengan anak terkecil di atas 5 tahun, tinggi badani <145 cm, Riwayat kehamilan yang buruk (pernah keguguran, pernah bersalin prematur, lahir mati, riwayat persalinan dengan tindakan (ekstraksi vakum, ekstraksi forsep, operasi sesar), preeklampsi-eklampsi, gravida serotinus, kehamilan dengan

perdarahan antepartum, kehamilan dengan kelainan letak kehamilan dengan penyakit ibu yang mempengaruhi kehamilan.

- b. Riwayat operasi (operasi plastik vagina-fistula atau tumor vagina, operasi persalinan atau operasi pada rahim).
 - c. Riwayat kehamilan (keguguran berulang, kematian intra uterin, sering mengalami perdarahan saat hamil, terjadi infeksi saat hamil, anak terkecil berusia >5 tahun, tanpa KB, riwayat molahidatidosa atau korio karsinoma).
 - d. Riwayat persalinan (persalinan prematur, persalinan dengan berat bayi rendah, persalinan lahir mati, persalinan dengan indikasi, persalinan dengan plasenta manual, persalinan dengan perdarahan postpartum, persalinan dengan tindakan (ekstraksi vakum, ekstraksi forsep, letak sungsang, ekstraksi versi operasi sesar).
8. 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 risiko dapat dituangkan dalam bentuk angka disebut skor. Skor merupakan bobot perkiraan dari berat atau ringannya risiko atau bahaya. Jumlah skor memberikan pengertian tingkat risiko yang dihadapi oleh ibu hamil. Menurut Rochjati (2003), berdasarkan jumlah skor, kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok yaitu:

- 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 >12

Adapun tujuan sistem skor Poedji Rochjati adalah sebagai berikut:

- 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.

Fungsi Skor Poedji Rochjati antara lain:

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 gawat kondisi ibu hamil dan menunjukkan adanya kebutuhan pertolongan untuk rujukan. Dengan demikian berkembang perilaku untuk kesiapan mental, biaya dan transportasi ke rumah sakit untuk mendapatkan penanganan yang adekuat.

Alat peringatan bagi petugas kesehatan agar lebih waspada. Lebih tinggi jumlah skor dibutuhkan lebih kritis penilaian/pertimbangan klinis pada ibu risiko tinggi dan lebih intensif penanganannya.

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 preeklampsia, berat/eklampsia 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.

Tabel 2. 7 Skor Poedji Rochjati

I KEL. F. R	II NO.	III Masalah/Faktor Risiko	IV SK OR	Tribulan			
				I	II	III. 1	III. 2
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Terlalu muda, hamil \leq 16 tahun	4				
	2	Terlalu tua, hamil I \geq 35 tahun	4				
	3	Terlalu lambat hamil I, kawin \geq 4 tahun	4				
	4	Terlalu lama hamil lagi \geq 10 tahun	4				
	5	Terlalu cepat hamil lagi $<$ 2 tahun	4				
	6	Terlalu banyak anak $>$ 4	4				
	7	Terlalu tua, umur \geq 35 tahun	4				
	8	Terlalu pendek \leq 145	4				
	9	Pernah gagal Kehamilan	4				
	10	Pernah melahirkan dengan: a. Tarikan tang b. uri dirogoh Diberi infus/transfusi	4 4 4				
	11	Pernah operasi sesar	8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil:	4				
		a. Kurang darah					
		b. Malaria					
		c. TBC Paru	4				
		d. Payah Jantung					
		e. Kencing manis/diabetes	4				
		f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka, tungkai/ tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	Hamil kembar air/hidramnion	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak sungsang	8				
	18	Letak lintang	8				
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Preeklampsia berat/kejang-kejang	8				
		JUMLAH SKOR					
a)	Ibu hamil dengan skor 2 adalah kehamilan tanpa masalah/ risiko, fisiologis dan kemungkinan besar diikuti oleh persalinan normal dengan ibu dan bayi hidup sehat.						
b)	Ibu hamil dengan skor 6 adalah kehamilan dengan 1 atau lebih faktor risiko, baik dari pihak ibu maupun janinnya yang memberi dampak kurang menguntungkan baik bagi ibu maupun janinnya, memiliki kegawatan tetapi tidak darurat dan lebih dianjurkan untuk bersalin ditolong oleh tenaga kesehatan.						
c)	Bila skor \geq 12 adalah kehamilan dengan risiko tinggi, memberi dampak gawat dan darurat bagi jiwa ibu dan bayinya, membutuhkan dirujuk tepat waktu dan tindakan segera serta dianjurkan bersalin di RS/DSOG.						

9. Konsep Antenatal Care Standar Pelayanan Kebidanan

a. Pengertian ANC

Pelayanan antenatal merupakan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilannya sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan dalam standar pelayanan kebidanan. Semua ibu hamil yang melakukan kunjungan pertama pelayanan antenatal selalu berkunjung ke pelayanan kesehatan sampai pada kunjungan ke dua trimester ketiga kehamilannya dengan kata lain seluruh ibu hamil telah mendapatkan pelayanan kehamilannya sesuai dengan standar. Hal ini dapat meminimalisir kematian ibu melahirkan.

Gangguan kesehatan yang dialami seseorang yang sedang hamil dapat mempengaruhi kesehatan janin dalam kandungannya hingga kelahiran dan masa pertumbuhan bayi dan anak. Pemeriksaan kehamilan sebaiknya di lakukan paling sedikit enam kali selama kehamilan, minimal satu kali pada kehamilan trimester I, minimal dua kali pada trimester II dan minimal tiga kali pada trimester III. Keberhasilan konsep pelayanan antenatal terpadu dan komprehensif adalah pengetahuan ibu (Citrawati *et al.*, 2021).

b. Standar Pelayanan Antenatal (10 T)

Pelaksanaan ANC rutin di Indonesia diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 yang menyatakan bahwa setiap ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar. Pada saat ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan, tenaga kesehatan memberikan pelayanan antenatal secara lengkap sesuai dengan standar yang terdiri dari 10T (Kurniasih *et al.*, 2020).

Pelayanan antenatal terpadu adalah pelayanan komprehensif dan berkualitas yang diberikan kepada semua ibu hamil. Setiap kehamilan dalam perkembangan mempunyai risiko mengalami penyulit atau komplikasi, oleh karena itu pelayanan antenatal harus di lakukan secara rutin, terpadu dan sesuai standar pelayanan antenatal yang berkualitas.

Pelayanan antenatal terpadu diberikan kepada semua ibu hamil yaitu (Nova, *et al* 2022).

1) Timbang berat badan dan tinggi badan

Pertambahan berat badan yang normal pada ibu hamil yaitu berdasarkan masa tubuh dimana metode ini untuk menentukan pertambahan berat badan yang optimal selama kehamilan, karena merupakan hasil yang penting mengetahui BMI wanita hamil. Total pertambahan berat badan pada kehamilan yang normal 11,5-16kg. Adapun tinggi badan menentukan ukuran pinggul ibu, ukuran normal tinggi badan yang baik untuk ibu hamil antara lain >145cm apabila hasil pengukuran <145cm maka ibu dikategorikan adanya risiko (Mardliyana *et al*, 2022).

2) Mengukur Tekanan darah

Tekanan darah perlu diukur untuk mengetahui perbandingan nilai dasar selama masa kehamilan, tekanan darah yang adekuat perlu untuk mempertahankan fungsi plasenta, tetapi tekanan darah sistolik 140 mmHg atau sistolik 90 mmHg pada saat awal pemeriksaan dapat mengidentifikasi potensi hipertensi (Mardliyana *et al*, 2022).

3) Tekanan Status Gizi

Pada ibu hamil pengukuran LILA merupakan suatu cara untuk mendeteksi dini adanya Kurang Energi Kronis (KEK) atau kekurangan gizi. Malnutrisi pada ibu hamil mengakibatkan transfer nutrisi ke janin berkurang, sehingga pertumbuhan janin terhambat dan berpotensi melahirkan bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). BBLR berkaitan dengan volume otak dan IQ seorang anak. Kurang Energi Kronis atau KEK (ukuran LILAI <23,5 cm) yang menggambarkan kekurangan pangan dalam jangka panjang baik dalam jumlah maupun kualitasnya (Mardliyana *et al*, 2022).

4) Pengukuran tinggi fundus uteri

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak

dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu (Mardliyana *et al*, 2022).

Tabel 2. 8 Tinggi Fundus Uteri Berdasarkan Usia Kehamilan

Usia Kehamilan (Minggu)	TFU dalam CM	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
12	-	1-2 jari di atas simfisis
16	-	Pertengahan antara simfisis -pusat
20	20 cm	3 jari di bawah pusat
24	24 cm	Setinggi pusat
28	28 cm	3 jari di atas pusat
32	32 cm	Pertengahan pusat- <i>processus xyphoideus</i>
36	36 cm	3 jari di bawah px
40		Pertengahan antara pusat-px

(Mardliyana *et al.*, 2022)

Cara menghitung TFU untuk menentukan usia kehamilan dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut: 1) $TFU \times 8/7 =$ Dalam minggu

2) $TFU: 3,5 =$ Dalam bulan

3) Rumus menghitung Taksiran Berat Janin: $TBJ = TFU - n \times 155$

Keterangan:

$n = 11$ (Presentasi sudah masuk PAP)

$n = 12$ (Presentasi belum masuk PAP)

5) Pemantauan Imunisasi Tetanus Toksoid dan Pemberian Imunisasi TT sesuai status Imunisasi.

Imunisasi Tetanus Toksoid diberikan sebagai bentuk upaya peningkatan kekebalan tubuh terhadap infeksi tetanus. Vaksin tetanus merupakan toksin kuman tetanus yang telah dilemahkan dan kemudian dimurnikan. Imunisasi merupakan salah satu tindakan preventif (pencegahan) yang dilakukan dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan mempertahankan status kesehatan masyarakat. Imunisasi tetanus toksoid pada Wanita Usia Subur

(WUS) termasuk ibu hamil merupakan upaya pencegahan WUS dan ibu hamil terhadap penyakit tetanus (Yakub, 2021).

Tabel 2. 9 Jadwal Imunisasi TT yang direkomendasikan

Perlindungan	Interval	Lama
Imunisasi TT 1	Suntikan pertama	4 Minggu
Imunisasi TT 2	Minimal 4 minggu setelah TT 1	6 bulan
Imunisasi TT 3	Minimal 6 bulan setelah TT 3	1 tahun
Imunisasi TT 4	Minimal 1 tahun setelah TT 3	5 tahun
Imunisasi TT 5	Minimal 1 tahun setelah TT 4	25 tahun

(Yakub, 2021)

6) Tentukan presentasi janin dan detak jantung janin

Tujuan pemantauan janin itu adalah untuk mendeteksi dari dini ada atau tidaknya faktor-faktor risiko kematian prenatal tersebut (hipoksia/asfiksia, gangguan pertumbuhan, cacat bawaan, dan infeksi). Pemeriksaan denyut jantung janin adalah salah satu cara untuk memantau janin. Pemeriksaan denyut jantung harus dilakukan pada ibu hamil. Denyut jantung janin baru dapat didengar pada usia kehamilan 16 minggu/4 bulan.

Takikardia berat : detak jantung di atas 180x/menit

Takikardia ringan : antara 160-180x/menit

Normal : antara 120-160x/menit

Bradikardia sedang : 80-100x/menit

Bradikardia berat : kurang dari 80x/menit

7) Pemberian Tablet Tambah Darah (Tablet Fe)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi dan asam folat) minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama. Tiap tablet mengandung 60 mg zat besi dan 0,5 mg asam folat.

8) Tes Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus. Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan laboratorium yang harus

dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemoglobin darah dan pemeriksaan spesifik daerah endemis/epidemi (malaria, HIV dan lain-lain). Sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan laboratorium lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal.

Pemeriksaan laboratorium dilakukan paidai saat antenatal tersebut meliputi:

- a) Pemeriksaan golongan darah
 - b) Pemeriksaan kadar Hemoglobin darah (Hb)
 - c) Pemeriksaan protein dalam Urine
 - d) Pemeriksaan kadar gula darah
 - e) Pemeriksaan darah malaria
 - f) Pemeriksaan tes Sifilis
 - g) Pemeriksaan tes Hepatitis B
 - h) Pemeriksaan HIV
- 9) Tata Laksana/ penanganan kasus
- Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas 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 sistem rujukan.
- 10) Temu wicara/konseling
- Temu wicara atau konseling dilakukan paidai setiap kunjungan antenatal yang meliputi: kesehatan ibu, perilaku hidup bersih dan sehat, peran suami dan keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesepian menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif, KB pasca persalinan, dan imunisasi (Oka *et al.*, 2022).

Continuity Of Care (COC) adalah suatu proses di mana pasien dan tenaga kesehatan yang kooperatif terlibat dalam manajemen pelayanan kesehatan secara terus menerus menuju pelayanan yang berkualitas tinggi, biaya perawatan medis yang efektif. COC pada awalnya merupakan ciri dan tujuan utama pengobatan keluarga yang lebih menitikberatkan kepada kualitas pelayanan kepada pasien (keluarga). COC dapat membantu bidan (tenaga kesehatan), keluarga mendapatkan kepercayaan dan memungkinkan untuk menjadi advokasi pasien. Kontinuitas perawatan berakar dari kemitraan pasien dan bidan dalam jangka panjang di mana bidan tahu riwayat pasien dari pengalamannya dan dapat mengintegrasikan informasi baru dan dapat mengambil tindakan yang efisien tanpa penyelidikan mendalam atau review catatan. Kontinuitas perawatan dipimpin oleh bidan dan dalam pendekatannya bidan bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya.

B. Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah suatu proses fisiologis yang memungkinkan serangkaian perubahan yang besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir (Namangdjabar *et al.*, 2023).

Persalinan merupakan proses untuk mendorong keluar (*ekspulsi*) hasil pembuahan dari dalam keluar uterus. Normalnya, proses berlangsung ketika uterus sudah tidak dapat tumbuh lebih besar lagi, ketika janin sudah cukup matur untuk hidup di luar rahim.

Persalinan 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 ibu maupun janin menurut Prawirohardjo, 2005 dalam (Subiastutik *et al.*, 2022).

2. Jenis Persalinan

Berikut adalah bentuk persalinan menurut Manuaba, 2009 dalam (Subiastutik *et al.*, 2022) yaitu:

- a. Persalinan spontan yaitu proses lahirnya bayi dengan tenaga ibu sendiri tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam.
- b. Persalinan dengan bantuan yaitu proses persalinan yang dibantu dengan tenaga dari luar misalnya ekstraksi vakum atau dilakukan *Seksio Caesaria*.
- c. Persalinan anjuran yaitu persalinan yang terjadi bila sudah cukup besar untuk hidup di luar tetapi tidak sedemikian besarnya sehingga menimbulkan kesulitan dalam persalinan. Kadang-kadang persalinan tidak mulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitoksin/prostaglandin.

3. Tahapan dalam persalinan

a. Kala I

Proses dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Terdiri atas 2 fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

1) Fase laten pada kala I persalinan

- a) Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- b) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm.
- c) Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.

2) Fase aktif pada kala I persalinan

Fase aktif terdiri dari 3 periode yaitu, fase akselerasi (berlangsung 2 jam) pembukaan menjadi 4 cm, fase dilatasi maksimal (berlangsung 2 jam) pembukaan 4-9 cm, fase diselerasi (berlangsung 2 jam) pembukaan 10 cm (Namangdjabar *et al.*, 2023).

- a) Frekuensi dan lama kontraksi uterus meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung lebih 40 detik).

- b) Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).
- c) Terjadi penurunan bagian terbawah janin.

b. Kala II

Dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap 10 cm dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua disebut kala pengeluaran bayi. Gejala dan tanda kala dua persalinan adalah:

- 1) Ibu merasakan dorongan meneran kuat bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- 2) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan/ atau vagina
- 3) Perineum menonjol
- 4) Vulva vagina membuka
- 5) Meningkatkan pengeluaran lendir bercampur darah.

Tanda pasti kala II juga ditentukan melalui pemeriksaan dalam (informasi obyektif) yang hasilnya adalah:

- a) Pembukaan serviks telah lengkap
- b) Bagian terendah janin sudah di dasar panggul

c. Kala III

Dimulai setelah bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban.

- 1) Fisiologi kala III persalinan

Otot uterus berkontraksi mengikuti penyusutan rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta dapat terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina.

- 2) Tanda-tanda lepasnya plasenta
 - a) Perubahan bentuk dan tinggi uterus
 - b) Tali pusat memanjang
 - c) Semburan darah mendadak dan singkat

- 3) Manajemen aktif kala III

Tujuannya untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah perdarahan dan mengurangi kehilangan darah. Manajemen aktif kala III terdiri dari:

- a) Pemberian suntikkan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir.
- b) Melakukan penegangan tali pusat terkendali
- c) Masase fundus uteri

- d. Kala IV

Dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu. Kala ini merupakan masa transisi, dimana kondisi ibu masa labil. Pada masa penting untuk menilai, tanda-tanda vital, banyaknya perdarahan, kontraksi uterus dan kandung kemih. Monitoring dilakukan:

- a) 1 jam pertama: setiap 15 menit sekali
- b) 1 jam kedua: setiap 30 menit sekali

4. Sebab-sebab yang Menyebabkan Persalinan

- a. Teori Estrogen-Progesteron

Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antar kadar progesteron dan estrogen di dalam darah tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun hingga menimbulkan his.

- b. Teori Oksitosin

Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron menyebabkan oksitosin yang dikeluarkan oleh hipofisis part posterior dapat menimbulkan kontraksi dalam bentuk *Braxton Hicks*.

c. Teori Distensi Rahim

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi uteri plasenta.

d. Teori Prostaglandin

Salah satu penyebab terjadinya persalinan adalah hormon prostaglandin. Prostaglandin yang berada di cairan ketuban maupun darah perifer ibu merangsang miometrium berkontraksi (Widyaastuti, 2021).

e. Teori Plasenta

Plasenta yang tua akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah. Hal ini menyebabkan kontraksi rahim.

f. Teori Berkurangnya Nutrisi

Berkurangnya nutrisi pada janin dikemukakan oleh Hipokrates untuk pertama kalinya. Bila nutrisi pada janin berkurang maka hasil konsepsi akan segera dikeluarkan (Adolph, 2024).

g. Induksi Persalinan

Berikut ini adalah partus yang ditimbulkan dengan jalan:

- 1) Amniotomi: Pemecahan ketuban akan mengurangi keregangannya otot rahim, sehingga kontraksi segera dapat dimulai.
- 2) Induksi persalinan secara hormonal/kimiawi: dengan pemberian oksitosin drip/prostaglandin dapat menyebabkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan.
- 3) Induksi persalinan dengan mekanis: dengan menggunakan beberapa gagang laminaria yang dimasukkan dalam kanalis servikal dengan tujuan merangsang pleksus frankenhauser.
- 4) Induksi persalinan dengan tindakan operasi: dengan cara Seksio Caesaria.

h. Teori Plasenta

Plasenta yang tua akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah hal ini menyebabkan kontraksi rahim (Subiastutik *et al.*, 2022).

5. Perubahan Fisiologis dan Psikologis Dalam Persalinan

a. Perubahan Fisiologis Persalinan

Menurut Sulistyawati (2010) dalam (Parwatiningsih *et al.*, 2021) mengungkapkan bahwa serangkaian proses persalinan yang normal dapat menimbulkan adaptasi fisiologis pada ibu bersalin. Adapun adaptasi atau perubahan fisiologi ibu bersalin tersebut adalah sebagai berikut:

1) Uterus

Saat mulai persalinan, jaringan dari miometrium berkontraksi dan berelaksasi seperti otot pada umumnya. Pada saat otot retraksi, tidak akan kembali ke ukuran semula tapi berubah ke ukuran yang lebih pendek secara progresif.

Dengan perubahan bentuk otot uterus pada proses kontraksi, relaksasi dan retraksi maka kavum uteri lama kelamaan akan menjadi semakin mengecil. Proses ini merupakan salah satu faktor yang menyebabkan janin turun ke pelvis.

2) Serviks

Sebelum persalinan, serviks mempersiapkan kelahiran dengan berubah menjadi lembut. Saat persalinan mendekat, serviks mulai menipis dan membuka.

Penipisan serviks (*effacement*), berhubungan dengan kemajuan pemendekan dan penipisan serviks. Semakin bertambahnya kontraksi, serviks mengalami perubahan bentuk menjadi lebih tipis.

Dilatasi, proses ini merupakan kelanjutan dari *effacement*. Setelah serviks dalam kondisi menipis penuh, maka tahap berikut adalah pembukaan. Pada primigravida berlangsung ± 13 jam dan berdasarkan diameter pembukaan serviks, proses ini terbagi menjadi 2 fase yaitu: fase laten dan fase aktif. Fase laten, berlangsung selama kurang lebih

8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai 3 cm. Fase aktif, di bagi dalam 3 fase yaitu: Fase akselerasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm kini menjadi 4 cm. Fase dilatasi maksimal, dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm. Fase deselerasi, pembukaan melambat kembali dalam 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap (10 cm).

3) Ketuban

Ketuban akan pecah dengan sendirinya ketika pembukaan hampir atau sudah lengkap. Bila ketuban telah pecah sebelum pembukaan 5 cm disebut Ketuban Pecah Dini (KPD).

4) Tekanan Darah

Tekanan darah akan meningkat selama kontraksi, disertai peningkatan sistol rata-rata 15-20 mmHg dan diastole rata-rata 5-10 mmHg.

Pada waktu-waktu tertentu di antara kontraksi, tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan. Lakukan pemeriksaan tekanan darah selama interval kontraksi. Dengan posisi pasien dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama persalinan dapat dihindari. Nyeri, rasa takut dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah.

5) Metabolisme

Selama persalinan metabolisme karbohidrat, suhu, denyut nadi, pernapasan, curah jantung akan mengalami peningkatan.

6) Suhu Tubuh

Suhu tubuh meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5-1° dianggap normal, nilai tersebut mencerminkan peningkatan metabolisme persalinan.

Peningkatan suhu tubuh sedikit adalah normal dalam persalinan, namun bila persalinan berlangsung lebih lama peningkatan suhu tubuh

dapat mengindikasikan dehidrasi, begitu pula pada kasus ketuban pecah dini dianggap normal dalam keadaan ini.

7) Detak Jantung

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi yang lebih rendah daripada frekuensi di antara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim di antara kontraksi.

Frekuensi denyut nadi di antara kontraksi sedikit lebih tinggi di banding selama periode menjelang persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan.

8) Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan dianggap normal selama persalinan, hal tersebut mencerminkan peningkatan metabolisme. Karena sangat dipengaruhi oleh rasa senang, nyeri, rasa takut dan teknik pernapasan.

9) Kandung Kemih

Kandung kemih harus sering di evaluasi setiap 2 jam untuk mengetahui adanya distensi, juga harus dikosongkan untuk mencegah obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh.

10) Gastrointestinal

Motilitas dan absorpsi lambung terhadap makanan menurun, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan menjadi lebih lama. Lambung yang penuh dapat menimbulkan ketidaknyamanan selama masa transisi.

11) Tekanan Darah

Meningkat selama kontraksi uterus, (sistolik meningkat 10-20 mmHg dan diastolik meningkat 5-10 mmHg). Di antara kontraksi tekanan darah kembali normal seperti sebelum persalinan. Berhubungan dengan peningkatan metabolisme, detak jantung dramatis naik selama

kontraksi. Antara kontraksi, detak jantung meningkat dibandingkan sebelum persalinan.

b. Psikologis Ibu Bersalin

Dukungan psikologis dari orang-orang terdekat akan membantu memperlancar proses persalinan yang sedang berlangsung. Tindakan mengupayakan rasa nyaman dengan menciptakan suasana yang nyaman dalam kamar bersalin, memberi sentuhan, memberi penenangan nyeri non farmakologi, memberi analgesik jika diperlukan dan yang paling penting berada disisi pasien adalah bentuk-bentuk dukungan psikologi.

Dengan kondisi psikologi yang positif proses persalinan akan berjalan dengan mudah. Dukungan psikologi dari orang-orang terdekat akan membantu memperlancar proses persalinan yang sedang berlangsung, karena dengan adanya dukungan psikologi ibu akan merasa tenang dan nyaman dalam menjalani proses persalinan (Heriani, 2016) dalam (Sandhi *et al.*, 2021)

Menurut Sulisdian 2019 dalam (Sandhi *et al.*, 2021) Dukungan suami atau kerabat, diharapkan dapat memberikan rasa tenang dan aman selama proses persalinan berlangsung. Pendampingan ini diharapkan dapat mendukung kelancaran proses persalinan, menjalin kebersamaan, berbagi tanggung jawab antara penolong dan keluarga klien.

Psikologis ibu sangat berpengaruh terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan. Keadaan psikologis ibu yang baik akan menghasilkan persalinan yang aman dan lancar. Salah satu faktor yang mempengaruhi proses persalinan adalah pendamping persalinan. Ibu bersalin yang didampingi oleh orang terdekat, keluarga, penolong, cenderung mengalami proses persalinan yang lebih lancar dibanding dengan ibu bersalin tanpa pendamping. Hal ini menunjukkan bahwa dukungan mental berdampak positif bagi keadaan psikis ibu. Sebagian ibu hamil yang memasuki masa persalinan akan merasa cemas apalagi pada ibu primigravida. Oleh karena itu penolong persalinan harus dapat dipercaya dan dapat memberikan bimbingan dan informasi mengenai

keadaan ibu saat bersalin (Widiastini, 2014) dalam jurnal (Sandhi *et al.*, 2021).

6. Tanda-tanda Persalinan

Tanda persalinan sudah dekat yaitu:

a) Terjadinya *lightening*

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

- 1) Kontraksi Braxton Hicks
- 2) Ketegangan dinding perut
- 3) Ketegangan *ligamentum rotundum*
- 4) 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.

b) 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 palsu adalah sebagai berikut:

- 1) Rasanya nyeri ringan di bagian bawah
- 2) Datangnya tidak teratur
- 3) Tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda
- 4) Durasinya pendek
- 5) Tidak bertambah bila beraktivitas

c) Energi Sport

Beberapa ibu akan mengalami peningkatan energi kira-kira 24-28 jam sebelum persalinan mulai. Setelah beberapa hari sebelumnya merasa kelelahan fisik karena tuanya kehamilan maka ibu mendapati satu hari sebelum persalinan dengan energi yang penuh. Peningkatan energi ibu

ini tampak dari aktivitas yang dilakukannya seperti membersihkan rumah, mengepel, mencuci perabot rumah, dan pekerjaan rumah lainnya sehingga ibu akan kehabisan tenaga menjelang kelahiran bayi, sehingga persalinan menjadi panjang dan sulit.

d) Tanda pasti persalinan

- 1) Terjadinya his persalinan seperti, pinggang terasa sakit yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks, makin beraktivitas kekuatan makin bertambah.
- 2) Pengeluaran lendir dan darah, dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan, pendataran dan pembukaan, pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas, terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.
- 3) Pengeluaran cairan, pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.
- 4) Penipisan dan pembukaan serviks. Penipisan dan pembukaan serviks ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula (Namangdjabar *et al.*, 2023).

7. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Proses Persalinan (Lestari *et al.*, 2024)

a. *Power* (Kekuatan Ibu)

Energi yang mendorong janin melalui proses persalinan terdiri dari kontraksi rahim (his), kontraksi otot perut, kontraksi diafragma, dan pergerakan ligamen. Daya utama yang diperlukan dalam persalinan adalah his, sedangkan daya sekundernya adalah usaha meneran yang dilakukan oleh ibu. His (kontraksi uterus) adalah kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominan, terkoordinasi dan relaksasi. Pembagian his dan sifat-sifatnya:

- 1) His palsu atau his pendahuluan: tidak kuat, tidak teratur, tidak menyebabkan pembukaan serviks, lebih ringan, lebih pendek serta dapat hilang dibawa istirahat dan perubahan posisi.
- 2) His pembukaan (kala I): menyebabkan pembukaan serviks, semakin kuat, teratur dan sakit.
- 3) His pengeluaran (kala II): sangat kuat, simetris, teratur, dan koordinatif, digunakan untuk mengeluarkan janin.
- 4) His pelepasan uri (kala III): terkoordinasi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
- 5) His pengiring (kala IV), kontraksi lemah yang terasa seperti meriang dan berlangsung beberapa jam atau hari setelah persalinan.

Tenaga mengejan adalah usaha aktif yang dilakukan oleh ibu selama proses persalinan untuk membantu mendorong bayi keluar dari rahim dan melalui jalan lahir. Ini merupakan fase terakhir dari proses persalinan, yang dikenal sebagai fase pengeluaran. Selama fase ini, ibu merasakan dorongan kuat untuk mengejan ketika kontraksi rahim mencapai puncaknya. Tujuan dari tenaga mengejan adalah untuk membantu mendorong bayi melalui jalan lahir dan memfasilitasi kelahirannya. Ini adalah fase aktif di mana ibu berpartisipasi secara aktif dalam proses persalinan.

Tenaga mengejan biasanya dimulai setelah serviks terbuka sepenuhnya (10 sentimeter) dan ibu merasakan dorongan yang kuat untuk mengejan selama kontraksi rahim. Tenaga mengejan dilakukan selama kontraksi rahim dan ibu diminta untuk menahan napas dan mengejan sebanyak mungkin selama kontraksi.

Tenaga mengejan sering kali diarahkan oleh tenaga medis yang memantau kemajuan persalinan. Mereka akan memberi instruksi kepada ibu tentang kapan harus mengejan, seberapa lama mengejan, dan bagaimana melakukan teknik mengejan yang efektif. Teknik mengejan yang efektif melibatkan mengambil napas dalam, menahan napas, dan

mengejan dengan menggunakan otot-otot perut yang dalam. Ibu mungkin diberi arahan untuk mengejan seperti berusaha untuk buang air besar.

Selama fase pengeluaran dan tenaga mengejan, penting untuk diingat bahwa ini adalah fase yang sangat melelahkan. Ibu mungkin merasa sangat lelah setelah mengejan, oleh karena itu istirahat antara kontraksi sangat penting untuk memulihkan energi. Dukungan emosional dan fisik dari pasangan, anggota keluarga, atau tenaga medis sangat penting selama fase pengeluaran dan tenaga mengejan. Dukungan ini membantu memotivasi ibu, memberikan dorongan positif, dan membantu mengurangi kecemasan atau ketakutan yang mungkin dirasakannya.

b. *Passage* (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, bagian panggul yang keras, dasar panggul, vagina, dan introitus. Janin harus mampu menyesuaikan diri dengan jalan lahir yang relatif kaku ini, sehingga bentuk dan ukuran panggul harus diidentifikasi sebelum persalinan dimulai. Struktur panggul ibu dan jalan lahir harus cukup luas dan fleksibel untuk memungkinkan bayi melewati dengan lancar. Panggul yang sempit atau penyempitan jalan lahir dapat memperlambat proses persalinan. Serviks (leher rahim) harus menjadi lunak dan terbuka secara progresif agar bayi dapat melalui jalan lahir dengan lancar. Kontraksi uterus membantu dalam proses ini dengan merangsang pematangan dan pembukaan serviks. Adanya obstruksi seperti fibroid atau kelainan lainnya dalam jalan lahir dapat menghambat kemajuan persalinan. Kondisi lapisan jalan lahir, seperti kelembapan dan elastisitas lendir serviks, juga mempengaruhi kemampuan jalan lahir untuk merenggang dan memungkinkan bayi untuk melaluinya dengan lancar.

Bidang hodge adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan yaitu, seberapa penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam/*Vagina Toucher* (VT). Berikut adalah bidang-bidang hodge (Pekabanda *et al.*, 2023):

- 1) Hodge I: Pintu Atas Panggul yaitu bagian datar yang melalui bagian atas simfisis dan promontorium.

- 2) Hodge II: Sejajar dengan bidang hodge I, terletak setinggi bagian bawah simfisis.
- 3) Hodge III: Sejajar dengan bidang hodge I dan hodge II, terletak setinggi spina isciadika kanan dan kiri.
- 4) Hodge IV: Sejajar dengan bidang hodge I, II, dan III, terletak setinggi *os coccygis*.

c. *Passanger*

Pada faktor *passanger* terdapat 3 bagian, meliputi:

1) Janin

Kepala janin merupakan bagian paling keras dan besar, hal tersebut dapat mempengaruhi proses keluarnya janin. Cara janin bergerak melalui jalan lahir dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin.

2) Ketuban

Ketuban adalah untuk melindungi janin dalam kandungan. Saat proses melahirkan tiba, salah satu fungsi dari ketuban ialah untuk mendorong serviks sehingga serviks membuka. Jumlah rata-rata kandungan air ketuban dapat berubah-ubah.

3) Plasenta

Plasenta merupakan bagian terpenting pada janin karena plasenta merupakan saluran atau jalan masuknya nutrisi dari ibu ke janin yang ada di dalam kandungan. Dikarenakan plasenta merupakan organ terpenting pada janin, plasenta yang abnormal pun dapat mempengaruhi tumbuh kembang janin di dalam kandungan.

d. Psikis

Kesejahteraan mental dan emosional ibu dapat memengaruhi jalannya persalinan secara langsung dan tidak langsung. Tingkat stres dan kecemasan yang tinggi dapat mengganggu produksi hormon-hormon yang diperlukan untuk memfasilitasi persalinan, seperti oksitosin. Oksitosin adalah hormon yang merangsang kontraksi rahim, dan ketika produksinya

terganggu oleh stres, proses persalinan dapat menjadi lebih lambat atau tidak efektif.

Pengalaman traumatis atau kecemasan terkait dengan persalinan sebelumnya atau faktor-faktor lain dalam kehidupan ibu dapat memicu reaksi stres yang berlebihan selama persalinan yang sedang berlangsung. Ini dapat menyebabkan kesulitan dalam menghadapi kontraksi dan mengganggu proses persalinan. Dukungan sosial dan emosional yang cukup dari pasangan, keluarga, dan tenaga medis dapat membantu mengurangi stres dan kecemasan ibu selama persalinan. Ketika ibu merasa didukung dan dipercayai, mereka cenderung merasa lebih tenang dan mampu mengatasi tantangan yang muncul selama persalinan.

Pengetahuan tentang proses persalinan dan keyakinan dalam kemampuan tubuh untuk melahirkan secara alami dapat meningkatkan rasa percaya diri ibu dan membantu mengurangi kecemasan. Persiapan yang memadai sebelumnya dan pemahaman tentang apa yang diharapkan selama persalinan dapat membantu mengurangi ketakutan yang tidak perlu. Perasaan kontrol dan otonomi selama persalinan juga dapat memengaruhi pengalaman persalinan. Ketika ibu merasa memiliki kontrol atas keputusan yang dibuat selama persalinan dan merasa didukung dalam keinginannya, mereka cenderung merasa lebih tenang dan percaya diri. Pengalaman pribadi dan harapan tentang bagaimana persalinan harus berlangsung dapat mempengaruhi persepsi ibu terhadap proses persalinan dan emosi yang mereka alami selama persalinan.

e. Penolong

Faktor penolong persalinan merujuk pada segala sesuatu yang membantu atau memfasilitasi proses persalinan, baik secara fisik maupun emosional. Praktisi kesehatan, seperti bidan atau dokter, memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk memantau dan mengelola persalinan dengan aman. Mereka membantu dalam menilai kemajuan persalinan, memberikan bantuan medis jika diperlukan, dan memfasilitasi persalinan yang lancar.

Dukungan emosional dari pasangan, keluarga, atau tenaga medis juga memainkan peran penting dalam membantu ibu mengatasi tantangan dan ketidaknyamanan selama persalinan. Dukungan ini dapat meningkatkan rasa percaya diri dan kenyamanan ibu selama proses persalinan.

Pelatihan tentang teknik pernapasan dan relaksasi dapat membantu ibu mengelola rasa sakit dan ketegangan selama persalinan. Teknik-teknik ini membantu mengurangi stres dan memungkinkan ibu untuk fokus pada proses persalinan dengan lebih baik. Berbagai posisi tubuh selama persalinan dapat memengaruhi kemajuan persalinan. Mengubah posisi tubuh secara berkala dapat membantu membuka panggul, meredakan ketidaknyamanan, dan memfasilitasi pergerakan bayi melalui jalan lahir.

8. Asuhan Pada Kala I Persalinan (Pekabanda *et al.*, 2023)

a. Anamnesis pada ibu bersalin

Anamnesis pada ibu bersalin bertujuan untuk mengumpulkan informasi yang akan digunakan untuk membuat keputusan klinik untuk menentukan diagnosis dan membuat rencana asuhan sesuai dengan yang dibutuhkan oleh ibu. Pada saat anamnesis selain mencatat hasil anamnesis, tenaga kesehatan juga agar memperhatikan respon nonverbal dari pasien, selain itu, perhatikan adanya tanda-tanda penyulit ataupun kegawatdaruratan.

b. Pemeriksaan fisik pada ibu bersalin

Pemeriksaan fisik meliputi:

1) Keadaan umum

Amati dan Periksa keadaan umum ibu terkait kesadaran, kestabilan emosi, tingkat kegelisahan, dan atau tingkat nyeri.

2) Tanda-tanda vital

Pemeriksaan *head to toe* pada ibu bersalin dilakukan dengan hati-hati dan dilakukan dengan tepat:

a) Kepala

Periksa atau lihat keadaan rambut ibu seperti kebersihan rambut.

b) Wajah

Periksa apakah terdapat oedema pada wajah, konjungtiva (anemia/tidak), sklera (ikterik/tidak), keadaan hidung (apakah terdapat polip atau keadaan lainnya), mulut (apakah ada tanda dehidrasi pada bibir) dan gigi (kebersihan mulut, karies dan plak pada gigi, perdarahan pada gusi dan lainnya)

c) Leher

Periksa apakah ada pembesaran kelenjar limfa, kelenjar tiroid dan vena jugularis.

d) Dada dan payudara

Dengarkan bunyi jantung dan paru-paru untuk mengidentifikasi jika terdapat kelainan.

e) Perut (*abdomen*)

Pemeriksaan abdomen pada ibu bersalin:

- (1) Menentukan tinggi fundus uteri
- (2) Memantau kontraksi uterus
- (3) Memantau Denyut Jantung Janin (DJJ)
- (4) Menentukan presentasi
- (5) Menentukan penurunan bagian terbawah

Pada palpasi abdomen, penentuan penurunan bagian terbawah janin dilakukan dengan metode lima jari (perlimaanan). Penilaian ini dilakukan dengan menghitung proporsi janin bagian terbawah janin yang masih berada di atas simfisis. Hasil pemeriksaan dengan perlimaanan yaitu:

- (a) 5/5 jika bagian terendah janin masih seluruhnya teraba di atas simfisis.
- (b) 4/5 jika sebagian 1/5 bagian telah memasuki rongga panggul (hanya 4 jari pemeriksa yang dapat mengakomodasi bagian terendah di simfisis pubis).
- (c) 3/5 jika sebagian 2/5 bagian telah memasuki rongga panggul (hanya 3 jari pemeriksa yang dapat mengakomodasi bagian terendah di simfisis pubis).

(d) 2/5 jika 4/5 bagian telah memasuki rongga panggul (hanya 1 jari pemeriksa yang dapat mengakomodasi bagian terendah di simfisis pubis).

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

f) Ekstremitas (tangan dan kaki)

Periksa adanya oedema, varises dan kebersihan kuku.

g) Genetalia

Periksa apakah ada luka atau massa (benjolan) pada daerah genetalia, apakah ada lendir darah yang keluar pervaginam, apakah ada cairan yang keluar pervaginam. Lakukan periksa dalam untuk menentukan pembukaan dan penipisan serviks. Jika terdapat perdarahan pervaginam, maka jangan lakukan periksa dalam.

9. Asuhan Sayang Ibu pada Kala I Persalinan (Pekabanda *et al.*, 2023)

Persalinan adalah sebuah proses yang emosional bagi ibu dan keluarganya. Tenaga kesehatan diharapkan dapat membantu menjadikan proses ini sebagai pengalaman yang menyenangkan bagi ibu dan keluarga. Asuhan sayang ibu selama proses persalinan yang dapat diberikan kepada ibu adalah:

- a. Menyapa ibu dengan ramah dan sopan, bertindak tenang.
- b. Menjawab pertanyaan ibu dan keluarganya.
- c. Memberikan dukungan emosional.
- d. Membantu pengaturan posisi ibu.
- e. Memberikan ibu keleluasaan untuk penggunaan kamar mandi.
- f. Memberikan cairan dan nutrisi
- g. Bekerja sama dengan keluarga untuk memberikan kenyamanan bagi ibu seperti mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati ibu, memberikan sentuhan dan pijatan yang membuat ibu lebih rileks, menciptakan suasana ruang persalinan yang nyaman.
- h. Melakukan pencegahan infeksi.

10. Asuhan pada Kala II Persalinan

Menolong persalinan sesuai 60 langkah APN:

- 1) Melihat tanda dan gejala kala II Persalinan.
 - a) Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran
 - b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina
 - c) Perineum tampak menonjol
 - d) Vulva dan sfingter ani 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) 3 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 bayiUntuk ibu:
 - a) Kain, handuk, dan baju ibu
 - b) Menyiapkan oksitosin 10 unit
 - c) 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
 - b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
 - c) Bantu ibu mengambil posisi nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
 - d) Anjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.
 - e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu
 - f) Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum).
 - g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
 - h) Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran ≥ 120 menit (2 jam) pada primigravida atau ≥ 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 penggantungan 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.
 - a) Selimuti ibu dan bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi.
 - b) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.

- c) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara.
 - d) Biarkan bayi 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 terpinil 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 (Adolph, 2024).

11. Asuhan Sayang Ibu Kala II

Asuhan sayang ibu merupakan asuhan yang didasarkan pada prinsip saling menghormati budaya, kepercayaan dan keinginan ibu. Oleh karena itu, sangat penting untuk diperhatikan saat ibu akan melahirkan. Kala II adalah kala dimana dimulai dari pembukaan lengkap serviks sampai keluarnya bayi. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu bersalin adalah:

- a. Pendampingan ibu selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya oleh suami dan anggota keluarga yang lain.
- b. Keterlibatan anggota keluarga dalam memberikan asuhan antara lain:
 - 1) Membantu ibu untuk berganti posisi.
 - 2) Melakukan rangsangan taktil.
 - 3) Memberikan makanan dan minuman.
 - 4) Menjadi teman bicara/pendengar yang baik.
 - 5) Memberikan dukungan dan semangat selama persalinan sampai kelahiran bayinya.
- c. Keterlibatan penolong persalinan selama proses persalinan & kelahiran dengan:
 - 1) Memberikan dukungan dan semangat kepada ibu dan keluarga.
 - 2) Menjelaskan tahapan dan kemajuan persalinan.
 - 3) Melakukan pendampingan selama proses persalinan dan kelahiran.

- d. Membuat hati ibu merasa tenteram selama kala II persalinan dengan cara memberikan bimbingan dan menawarkan bantuan kepada ibu.
- e. Menganjurkan ibu meneran bila ada dorongan kuat dan spontan untuk meneran dengan cara memberikan kesempatan istirahat sewaktu tidak ada his.
- f. Mencukupi asupan makan dan minum selama kala II.
- g. Memberikan rasa aman dan nyaman dengan cara:
 - 1) Mengurangi perasaan tegang.
 - 2) Membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi
 - 3) Memberikan penjelasan tentang cara dan tujuan setiap tindakan penolong.
 - 4) Menjawab pertanyaan ibu.
 - 5) Menjelaskan apa yang dialami ibu dan bayinya.
 - 6) Memberitahu hasil pemeriksaan.
- h. Pencegahan infeksi pada kala II dengan membersihkan vulva dan perineum ibu.
- i. Membantu ibu mengosongkan kandung kemih secara spontan (Pekabanda *et al.*, 2023).

12. Partograf

Partograf merupakan alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik. Tujuan utama dari penggunaan partograf untuk mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui periksa dalam, mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal.

Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama. Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan 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 dengan tepat dan konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan untuk, mencatat kemajuan persalinan, mencatat kondisi ibu dan janinnya, mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran, menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan, menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu.

Partograf harus digunakan untuk semua ibu dalam fase aktif kala I persalinan dan merupakan elemen penting dari asuhan persalinan. Partograf harus digunakan untuk semua persalinan, baik normal maupun patologis. Partograf sangat membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi dan membuat keputusan klinik, baik persalinan dengan penyulit maupun yang tidak disertai penyulit.

a. Pencatatan kala I fase laten

Selama fase laten, semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat. Hal ini dapat dicatat secara terpisah, baik dicatat kemajuan persalinan maupun di buku KIA Ibu hamil. Tanggal dan waktu harus dituliskan setiap kali membuat catatan selama fase laten persalinan. Semua asuhan dan intervensi juga harus dicatatkan. Kondisi ibu dan bayi juga harus dinilai dan dicatat dengan seksama yaitu:

- 1) Denyut jantung janin: setiap $\frac{1}{2}$ jam.
- 2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus: setiap $\frac{1}{2}$ jam.
- 3) Nadi: setiap $\frac{1}{2}$ jam
- 4) Pembukaan serviks: setiap 4 jam.
- 5) Penurunan bagian bawah janin: setiap 4 jam.
- 6) Tekanan darah dan temperatur tubuh: setiap 4 jam.
- 7) Produksi urin, aseton dan protein: setiap 2 jam sampai 4 jam.

b. Pencatatan partograf kala I fase aktif

Halaman depan partograf menginstruksikan observasi dimulai pada fase aktif persalinan dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan. Informasi tentang Ibu: Nama, umur, gravida, para, abortus (keguguran), nomor catatan

medik/nomor puskesmas, tanggal dan waktu mulai dirawat (atau jika di rumah, tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu), waktu pecahnya selaput ketuban.

Hal-hal yang perlu dicatat dalam partograf:

- 1) Kondisi janin: DJJ, warna dan adanya air ketuban, penyusupan (molase) tulang kranium janin.
- 2) Kemajuan persalinan: pembukaan serviks, penurunan bagian bawah atau presentasi janin, garis waspada dan garis bertindak.
- 3) Jam dan waktu: waktu mulainya fase aktif persalinan, waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian.
- 4) Kontraksi uterus: frekuensi kontraksi dalam waktu 10 menit, lama kontraksi (dalam detik).
- 5) Obat-obatan dan cairan yang diberikan
- 6) Oksitosin.
- 7) Obat-obatan lainnya dan cairan yang diberikan.
- 8) Kondisi ibu: nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh, urin (volume, aseton, atau protein).

c. Mencatat temuan pada partograf

1) Informasi Tentang Ibu

Lengkapi bagian awal (atas) partograf secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai: “jam atau pukul” pada partograf) dan perhatikan kemungkinan ibu datang pada fase laten. Catat waktu pecahnya selaput ketuban. Kondisi janin, bagian di atas grafik pada partograf adalah untuk pencatatan denyut jantung janin (DJJ), air ketuban dan penyusupan (kepala janin).

2) Denyut Jantung Janin

Dengan menggunakan metode seperti pemeriksaan fisik, nilai dan catat denyut jantung setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf di antara garis tebal pada angka 180 dan 100. Sebaiknya penolong harus waspada bila DJJ mengarah hingga di bawah 120 atau di atas 160.

3) Warna dan Adanya Air Ketuban Nilai

Nilai air kondisi ketuban setiap kali melakukan pemeriksaan dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Catat temuan-temuan dalam kotak yang sesuai di bawah lajur DJJ. Gunakan lambang-lambang berikut ini:

U : selaput ketuban masih utuh (belum pecah)

J : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih

M : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur dengan mekonium

D : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah

K : selaput ketuban sudah pecah tapi air ketuban tidak mengalir lagi (kering).

Mekonium dalam cairan ketuban tidak selalu menunjukkan adanya gawat janin. Jika terdapat mekonium, pantau DJJ dengan seksama untuk mengenali tanda-tanda gawat janin selama proses persalinan. Jika ada tanda-tanda gawat janin (denyut jantung janin < 100 atau > 180 kali per menit) maka ibu harus segera dirujuk.

4) Penyusupan (Molase) Tulang Kepala Janin

Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri terhadap bagian keras (tulang) panggul ibu. Semakin besar derajat penyusupan atau tumpang tindih antar tulang kepala semakin menunjukkan risiko di proporsi kepala-panggul (CPD). Setiap kali melakukan periksa dalam, nilai penyusupan antar tulang (molase) kepala janin. Catat temuan yang ada di kotak yang sesuai (gambar 2-6) di bawah lajur air ketuban. Gunakan lambang-lambang berikut ini:

0 : Tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat di palpasi.

1 : Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan

2 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan.

3 : Tulang-tulang janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

5) Kemajuan Persalinan

Kolom dan laju kedua pada partograf adalah untuk pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0 - 10 yang tertera di kolom paling kiri adalah ukuran dilatasi serviks. Nilai setiap angka sesuai dengan besarnya dilatasi serviks dalam satuan centimeter dan menempati jalur dan kotak tersendiri. Perubahan nilai atau perpindahan lajur saat angka lajur yang lain menunjukkan penambahan dilatasi serviks sebesar 1 cm. Nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam (lebih sering dilakukan jika ada tanda-tanda penyulit).

Pilih angka pada tepi kiri luar kolom pembukaan serviks yang sesuai dengan besarnya pembukaan serviks pada fase aktif persalinan yang diperoleh dari hasil pemeriksaan dalam. Untuk pemeriksaan pertama pada fase aktif persalinan, temuan (pembukaan serviks) dari hasil pemeriksaan dalam harus dicantumkan pada garis waspada. Pilih angka yang sesuai dengan pembukaan serviks (hasil pemeriksaan dalam) dan cantumkan tanda "X" pada ordinat atau titik silang garis dilatasi serviks dan garis waspada.

Hubungkan tanda "X" dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh (tidak terputus). Pada pukul 17.00 pembukaan serviks 5 cm dan ibu ada dalam fase aktif. Pembukaan serviks dicatat di "garis waspada" dan waktu pemeriksaan ditulis di bawahnya.

6) Pembukaan Serviks

Pembukaan serviks, nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam (lebih sering dilakukan jika ada tanda-tanda penyulit).

7) Penurunan Bagian Terbawah Janin

Tuliskan "turunnya kepala" dan garis tidak terputus dari 0-5, tertera di sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda "0" yang ditulis pada garis waktu yang sesuai. Sebagai contoh jika hasil pemeriksaan palpasi kepala di atas simfisis pubis adalah 4/5 maka

tuliskan tanda “0” di garis angka 4. Hubungkan tanda “0” dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

8) Garis Waspada dan Garis Bertindak

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan adalah 1 cm/ jam. Garis bertindak tertera sejajar dan di sebelah kanan (berjarak 4 jam) garis waspada. Jika pembukaan serviks telah melampaui dan berada di sebelah kanan garis bertindak maka hal ini menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan. Sebaiknya, ibu harus sudah berada di tempat rujukan sebelum garis bertindak terlampaui.

9) Kontraksi Uterus

Kontraksi per 10 menit di sebelah luar kolom paling kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi per 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik. Nyatakan jumlah kontraksi yang terjadi dalam waktu 10 menit dengan cara mengisi kotak kontraksi yang tersedia dan disesuaikan dengan angka yang mencerminkan temuan dari hasil pemeriksaan kontraksi. Sebagai contoh jika ibu mengalami 3 kontraksi dalam waktu satu kali 10 menit, maka lakukan pengisian pada 3 kotak kontraksi. Catat frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap 30 menit selama kala I fase aktif.

Nyatakan lamanya dengan:

- a) Beri titik-titik di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang 20 detik.
- b) Beri garis-garis di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.
- c) Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik.

d. Obat-obatan dan cairan yang diberikan

- 1) Oksitosin jika tetesan (drip) oksitosin sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan IV dan dalam satuan tetesan per menit.
- 2) Obat-obatan Lain dan Cairan IV Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan/atau cairan IV dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya.

e. Kondisi Ibu

a) Nadi, Tekanan Darah dan Suhu Tubuh

Angka sebelah kiri bagian partograf ini berkaitan dengan nadi dan tekanan darah ibu. Nilai dan catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan (lebih sering jika diduga adanya penyulit). Beri tanda titik (.) pada kolom waktu yang sesuai. Nilai dan catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan. Beri tanda panah pada partograf pada kolom waktu yang sesuai nilai dan catat temperatur tubuh ibu (lebih sering jika terjadi peningkatan mendadak atau diduga adanya infeksi) setiap 2 jam dan catat temperatur tubuh pada kotak yang sesuai.

b) Volume Urin, Protein dan Aseton

Ukur dan catat jumlah produksi urin ibu sedikitnya setiap 2 jam (setiap kali ibu berkemih), jika memungkinkan, setiap kali ibu berkemih, lakukan pemeriksaan aseton dan proteinuria.

f. Pencatatan pada halaman belakang partograf

Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran bayi, serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak kala I hingga kala IV dan bayi baru lahir. Itulah sebabnya bagian ini disebut sebagai catatan persalinan (Adolph, 2024).

C. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

1. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir atau disebut juga dengan neonatus adalah bayi yang berusia 0-28 hari. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari usia kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dengan berat badan lahir 2500 sampai 4000 gram, dan menangis spontan kurang dari 30 detik setelah lahir dengan nilai APGAR antara 7-10 (Mumtihan *et al.*, 2023)

Asuhan bayi baru lahir merupakan asuhan kebidanan yang dilakukan segera bayi lahir, pada saat melahirkan fokus perawatan ditujukan pada dua hal yaitu kondisi ibu dan kondisi bayi, dalam kondisi optimal, memberikan perawatan segera, aman dan bersih untuk bayi baru lahir merupakan bagian penting asuhan bayi baru lahir (Suryaningsih *et al.*, 2022).

Penurunan Angka Kematian Bayi (AKB) memerlukan penerapan asuhan esensial yang optimal bagi bayi baru lahir. Beberapa layanan penting dalam perawatan neonatal meliputi pemotongan serta perawatan tali pusat, inisiasi menyusu dini (IMD), pemberian salep atau tetes mata antibiotik, suplai vitamin K1, dan imunisasi hepatitis B dosis pertama (HB0). Selain itu, pemantauan kesehatan bayi dilakukan melalui serangkaian kunjungan neonatal (KN1-KN3), yang mencakup KN1 dalam rentang waktu 6-48 jam setelah lahir, KN2 pada usia 3-7 hari, serta KN3 pada usia 8-28 hari. Pemantauan ini dapat dilakukan di fasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan rumah untuk memastikan bayi mendapatkan perawatan yang optimal setelah bayi lahir (Ardyana *et al.*, 2025).

2. Tanda-tanda Bayi Lahir Normal

Setelah lahir, letakkan bayi pada kain yang bersih dan kering yang telah diletakkan di atas perut ibu. Jika tali pusat pendek, tempatkan bayi di antara kaki ibu, pastikan tempat itu bersih dan kering. Segera lakukan penilaian awal pada bayi, antara lain:

- a. Apakah anak bernapas atau menangis dengan mudah?

b. Apakah anak itu aktif bergerak?

Pada saat menyusu bayi menghisap kuat, tidak mengantuk berlebihan, tidak memuntahkan. Tidak ada indikasi adanya infeksi pada tali pusar, misalnya, garis umbilikalis merah, membesar, keluar cairan, aroma busuk, mengeluarkan darah, bisa kencing selama 24 jam, tinja lunak, hijau tua, tidak ada lendir atau darah dalam tinja, anak tidak menggigil, menangis kuat, tidak ada tanda: lemas, terlalu lesu, lunglai, kejang tidak bisa tenang, menangis terus-menerus (Rukiyah & Yulianti, 2010) dalam buku (Suryaningsih *et al.*, 2022). Ciri-ciri bayi normal adalah sebagai berikut:

- 1) Mempunyai berat badan lahir 2500-4000 gram.
- 2) Panjang badan lahir 48 – 52 cm.
- 3) Lingkar dada 30 – 38 cm.
- 4) Lingkar kepala 33 – 35 cm.
- 5) Denyut jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180x/menit, kemudian menurun sampai 120 x/menit atau 140x/menit.
- 6) Pernafasan pada menit-menit pertama cepat kira-kira 180x/menit, kemudian menurun setelah tenang kira-kira 40x/menit.
- 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan diliputi verniks caseosa.
- 8) Rambut lanugo setelah tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- 9) Kuku agak panjang dan lemah.
- 10) Genitalia labia mayora telah menutupi labia minora (pada perempuan) testis sudah turun (pada anak laki-laki).
- 11) Refleks isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- 12) Refleks moro sudah baik, apabila bayi dikagetkan akan memperlihatkan gerakan seperti memeluk.
- 13) Gerak refleks sudah baik, apabila diletakan sesuatu benda di atas telapak tangan bayi akan menggenggam.

14) Eliminasi baik, urine dan mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna kuning kecokelatan.

3. Perubahan-perubahan yang terjadi pada Bayi Baru Lahir

a. Perubahan metabolisme karbohidrat

Dalam \pm 24 jam setelah lahir, akan ada penurunan kadar glukosa, untuk meningkatkan energi pada jam-jam pertama setelah lahir, diambil dari efek samping pencernaan lemak tak jenuh tidak dapat mengatasi masalah anak-anak, maka pada saat itu, tidak diragukan lagi anak pada titik mana pun akan mengalami hipoglikemik, misal pada bayi BBLR, anak-anak dari ibu yang mengalami DM dan lain-lain.

b. Perubahan suhu

Ketika bayi baru lahir berada pada suhu sekitar yang lebih rendah dan suhu di dalam rahim ibu, jika bayi lahir dengan suhu kamar 25°C , maka bayi akan kehilangan panas melalui konveksi, radiasi dan evaporasi, sebanyak 200 kal/Kg. Sementara produksi panas yang dihasilkan oleh tubuh bayi hanya 1/10, kondisi ini menyebabkan penurunan suhu tubuh sebanyak 2°C dalam waktu 15 menit karena suhu rendah meningkatkan metabolisme jaringan dan peningkatan kebutuhan oksigen.

c. Perubahan pernafasan

Selama dalam uterus janin mendapat O_2 dari pertukaran gas melalui plasenta setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi. Rangsangan untuk gerakan pernafasan pertama adalah:

- 1) Ketegangan mekanik dari dada sewaktu melewati jalan lahir.
- 2) Penurunan PA O_2 dan kenaikan PA CO_2 Merangsang kemoreseptor yang setelah di sinus karotis.
- 3) Rangsangan dingin di daerah wajah dapat merangsang area permukaan gerakan pernafasan.
- 4) Refleks *deflasi hering breur*.

d. Perubahan sirkulasi

Perubahan sirkulasi pada bayi baru lahir dari sirkulasi yang berasal dari suplai oksigen dari plasenta menjadi pernafasan paru-paru. Pengembangan paru-paru akibat pernafasan pertama mengakibatkan tekanan O₂ meningkat dan berkurangnya tekanan CO₂. Hal ini mengakibatkan penurunan tahanan pada pembuluh darah di paru sehingga aliran darah ke otak meningkat. Hal ini membuat darah dari saluran arteri pulmonalis masuk ke paru-paru dan menyebabkan duktus arteriosus menutup. Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, aliran darah tali pusat berhenti sehingga menyebabkan tekanan pada atrium kanan turun pada saat darah di duktus venosus berhenti mengalir dan sfingter dengan vena umbilikalis menyempit. Saat paru-paru mengembang, resistensi vaskular paru turun dan darah mengalir ke paru-paru yang kemudian menjadi organ untuk pertukaran gas/pernafasan.

e. Perubahan alat pencernaan

Pada bayi baru lahir aterm yang mengalami keberhasilan dalam proses transisi dari kehidupan intra uterin menjadi kehidupan ekstra uteri, sistem pencernaannya sudah siap untuk menerima dan mencerna Air Susu Ibu (ASI). Sebagian besar bayi baru lahir mengeluarkan mekonium dalam 24 jam pertama setelah kelahiran dan ini biasanya terjadi di jam-jam pertama setelah kelahiran. Hal ini menunjukkan pencernaan bayi baik dan menyingkirkan adanya kemungkinan atresia ani. Bayi baru lahir juga akan segera mengeluarkan urine di jam-jam pertama setelah kelahiran. Hal ini harus di observasi dan dilakukan pencatatan.

f. Hati, ginjal dan alat lainnya mulai berfungsi

Berikut merupakan tanda bayi mengalami masa transisi yang normal yaitu bayi menangis atau terengah-engah dalam beberapa detik, kulit bayi segera berubah warna menjadi kemerahan, meskipun dilahirkan

dengan sedikit kebiruan, denyut jantung 120-150 kali per menit, pernafasan adekuat dalam 90 detik (Suryaningsih *et al.*, 2022).

4. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir (Nasution *et al.*, 2023)
 - a. Tidak mau menyusu atau memuntahkan semua yang diminum
 - b. Kejang
 - c. Bayi lemah, bergerak jika dipegang
 - d. Sesak Nafas
 - e. Bayi merintih
 - f. Pusing kemerahan sampai dinding perut
 - g. Demam suhu tubuh bayi lebih dari 37,5 atau teraba dingin (suhu tubuh kurang dari 36.5)
 - h. Mata bayi bernanah banyak dan dapat menyebabkan bayi buta
 - i. Bayi diare, mata cekung, tidak sadar, jika kulit perut di cubit akan kembali lambat
 - j. Kulit terlihat kuning Asuhan Bayi Baru Lahir

5. Asuhan Bayi Baru Lahir

Perawatan segera pada bayi baru lahir penting untuk mencegah terjadinya kehilangan panas pada bayi sehingga dapat mengganggu proses adaptasi intra uteri ke ekstra uteri. Segera keringkan bayi menggunakan kain bersih dan kering sambil penolong bisa melakukan stimulasi/rangsang taktil untuk merangsang pernafasan bayi apabila bayi belum menangis. Untuk pemantauan selanjutnya, penolong dapat menggunakan Apgar Score, sebuah catatan penilaian standar untuk mengidentifikasi bayi apakah dia bisa melewati masa transisinya dengan baik. Penilaian Apgar Score dilakukan pada menit ke 1 dan 5 pada bayi sehat. Apabila bayi berwarna kemerahan, bergerak aktif atau menangis kuat, maka dapat dilanjutkan dengan *Skin To Skin* kontak (IMD) sebagai upaya untuk mencegah kehilangan panas serta menstabilkan pernafasan.

- a. Minum bayi Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

segera dapat dilakukan setelah bayi lahir dan kondisi bayi stabil (kulit berwarna kemerahan dan menangis kuat). Inisiasi Menyusui Dini

(IMD) dilakukan dengan meletakkan bayi di atas dada ibu dan membiarkan bayi mencari sendiri puting susu sampai dengan 60 menit dan tindakan ini juga akan membuat kenyamanan kepada bayi dan meningkatkan *bounding*.

b. Asi eksklusif

Pemberian ASI dini dianjurkan dilakukan pada bayi (dalam 30 menit-1 jam setelah lahir) dan eksklusif. ASI mengandung zat gizi yang diperlukan untuk tumbuh kembang bayi, mudah dicerna dan efisien, mencegah berbagai penyakit infeksi karena ASI banyak mengandung antibodi yang sangat baik untuk tubuh bayi. Berikan ASI sedini mungkin. Jika ASI belum keluar, bayi tidak usah diberi apa-apa, biarkan bayi mengisap payudara ibu sebagai stimulasi keluarnya ASI. Kandungan ASI sangat dibutuhkan oleh bayi, dimana bayi usia 0–6 bulan telah terpenuhi kebutuhan gizinya bila hanya mengkonsumsi ASI saja. Selain itu tubuh bayi hanya mampu mengolah atau mencerna gizi yang ada di dalam ASI. Selain ASI bayi akan mengalami kesulitan dalam mencerna gizi. Komposisi ASI menunjukkan bahwa betapa lengkapnya ASI dan semua keutuhan bayi ada di dalam ASI. Dengan ASI saja kebutuhan energi bayi sudah cukup sampai usia 6 bulan. Setelah usia 6 bulan baru bayi memerlukan makanan pendamping ASI (MP-ASI) dengan maksud bahwa tetap ASI yang menjadi utama. Kandungan yang terdapat dalam ASI:

1) Protein

Protein merupakan zat yang berfungsi sebagai zat pembangun, yang menggantikan sel tubuh yang rusak, memberi kekebalan pada tubuh terhadap penyakit, mengatur kerja tubuh dan memberikan energi bagi tubuh. Kandungan protein pada ASI kompleks, dimana ada 0,9 gram protein dalam 100 mL ASI. Protein yang terpenting pada ASI antara lain kasein, alfa-laktalbumin dan laktoferin. Di samping itu ASI juga mengandung protein yang disebut dengan asam amino yaitu sistin dan taurin.

2) Air

ASI sebagian besar terdiri dari air, dimana 88,1% merupakan air dan sisanya adalah zat lain yang dibutuhkan bayi.

3) Karbohidrat

Karbohidrat merupakan sumber energi bagi tubuh bayi. Dalam ASI terdapat laktosa, dimana laktosa ini adalah karbohidrat yang mudah sekali dicerna tubuh bayi. karbohidrat dalam ASI sebanyak 7gr dalam 100 ml ASI. Laktosa dalam ASI merupakan zat penting yang berfungsi membantu tubuh menyerap kalsium dan merangsang pertumbuhan mikroorganisme yang disebut dengan *laktobassilus bifidu*. Selain laktosa ASI juga mengandung karbohidrat jenis oligosakarida.

4) Lemak

Lemak di dalam ASI merupakan lemak baik yang membantu pertumbuhan bayi. Pada ASI terdapat 3,5 gr lemak dalam 100 mL ASI. Lemak yang ada di dalam ASI yaitu lemak esensial, asam linoleat (Omega 6) dan asam linoleat (Omega 3).

5) Vitamin

Vitamin merupakan zat yang berfungsi mengatur, membantu fungsi tubuh kita sekaligus membantu perkembangan sel. Dalam ASI mengandung vitamin yang kompleks yaitu vitamin D, E dan K. Vitamin E ditemukan banyak pada kolostrum (ASI yang berwarna bening atau kekuning-kuningan yang pertama kami keluar), vitamin K digunakan untuk membantu memproduksi sel darah yang membekukan perdarahan sehingga pada bayi baru lahir yang terdapat luka pada tali pusat, maka perdarahan bisa berhenti.

6) Garam

Garam merupakan zat yang dibutuhkan bayi. Garam alamiah atau organik yang ada di dalam ASI adalah kalsium, kalium dan natrium dari asam klorida dan fosfat. Kalium merupakan zat

terbanyak, sedangkan kadar Cu, Fe dan Mn yang berguna untuk bahan pembuat darah relatif sedikit. Ca dan P merupakan bahan pembentuk tulang dan kadarnya dalam ASI cukup.

7) Enzim

Enzim merupakan bahan yang membantu proses kimia dalam tubuh. ASI mengandung 20 enzim aktif, dimana yang penting untuk anti mikroba atau mencegah infeksi adalah *lyzosome* ASI juga mengandung enzim yang membantu pencernaan.

c. Buang Air Besar (BAB)

Kotoran yang dikeluarkan oleh bayi baru lahir pada hari-hari pertama kehidupannya adalah berupa mekonium. Mekonium adalah ekskresi gastrointestinal bayi baru lahir yang diakumulasi dalam usus sejak masa janin, yaitu pada usia kehamilan 16 minggu. Warna mekonium adalah hijau kehitam-hitaman, lembut, terdiri atas mucus sel epitel, cairan amnion yang tertelan, asam lemak dan pigmen empedu. Mekonium ini keluar pertama kali dalam waktu 24 jam setelah lahir. Mekonium dikeluarkan seluruhnya 2-3 hari setelah lahir. Mekonium yang telah keluar 24 jam menandakan anus bayi baru lahir telah berfungsi (Kurniawati *et al.*, 2020).

d. Buang Air Kecil (BAK)

Bayi baru lahir harus sudah BAK dalam waktu 24 jam setelah lahir. Hari selanjutnya bayi akan BAK sebanyak 6-8 kali/hari. Pada awalnya volume urine bayi sebanyak 20-30 ml/hari, meningkat menjadi 100-200 ml/hari pada akhir minggu pertama. Warna urine keruh/merah muda dan berangsur-angsur jernih karena *intake* cairan meningkat.

e. Kebersihan kulit

Kulit bayi masih sangat sensitif terhadap kemungkinan terjadinya infeksi. Untuk mencegah terjadinya infeksi pada kulit bayi, keutuhan kulit harus senantiasa dijaga. Verniks caseosa bermanfaat untuk melindungi kulit bayi, sehingga jangan dibersihkan pada saat memandikan bayi. Memandikan bayi terlalu awal (dalam waktu 24

jam pertama) cenderung meningkatkan kejadian hipotermia. Untuk menghindari terjadinya hipotermia, sebaiknya memandikan bayi setelah suhu tubuh bayi stabil (setelah 24 jam).

f. Perawatan tali pusat

Tali pusat sangat perlu dijaga untuk mencegah terjadinya infeksi yang bisa mendatangkan masalah baru, tali pusat harus selalu kering dan bersih. Tali pusat merupakan tempat koloni bakteri, pintu masuk kuman dan biasa terjadi infeksi lokal. Perlu perawatan tali pusat sejak manajemen aktif kala III pada saat menolong kelahiran bayi (Suryaningsih *et al.*, 2022).

6. Kunjungan Neonatus

Pelayanan kesehatan neonatus mulai 6 jam-28 hari oleh tenaga kesehatan minimal 3 kali kunjungan. Kunjungan pertama 6-48 jam setelah kelahiran, kunjungan kedua 3-7 hari dan kunjungan ketiga 8-28 hari setelah kelahiran. Capaian KN 1 di Indonesia pada tahun 2020 sebesar 82,0%, lebih kecil dari tahun 2019 yaitu sebesar 94,9%. Namun capaian ini belum memenuhi target Restra tahun 2020 yaitu sebesar 86 (Profil Kesehatan Indonesia, 2020) dalam (Raskita *et al.*, 2022).

Pada bayi baru lahir kunjungan ke-3 adalah pemeriksaan nafas, pemeriksaan warna kulit, pemeriksaan kemungkinan kejang, pemeriksaan aktivitas dan perilaku bayi, pemeriksaan bayi kuat menyusui atau tidak, pemeriksaan kekuatan hisap bayi, pemeriksaan pola BAK/BAB pada bayi, pemeriksaan suhu tubuh, pemeriksaan tali pusat, pemeriksaan mata pada bayi, dan pemeriksaan bercak putih di mulut (Azhari *et al.*, 2024).

7. Imunisasi

a. Pengertian Imunisasi

Imunisasi merupakan suatu usaha untuk meningkatkan kekebalan tubuh secara aktif terhadap suatu penyakit tertentu. Jika seseorang terjangkit suatu penyakit tersebut maka tubuh telah memiliki kekebalan tubuh sehingga hanya akan mengalami gejala ringan.

Imunisasi akan memberikan kekebalan tubuh pada suatu penyakit tertentu saja sehingga diperlukan imunisasi lainnya untuk terhindar dari penyakit lainnya.

b. Jenis dan Tujuan Imunisasi

Jenis imunisasi berdasarkan penyelenggaraannya yaitu imunisasi program. Imunisasi program merupakan imunisasi yang diberikan sesuai dengan jadwal pemberian dan jenis vaksin yang telah ditetapkan pada pedoman penyelenggaraan imunisasi.

Imunisasi rutin adalah imunisasi yang dilakukan secara rutin dan berkesinambungan. Berikut adalah jenis-jenis imunisasi rutin dan dasar:

1) Vaksin BCG

Vaksin yang mengandung *Mycrobacterium bovis* hidup yang dilemahkan (*Bacillus Calmette Guerin*) sebesar 50.000–1.000.000 partikel/ dosis. Berbentuk vaksin beku kering. Tujuan, Memberikan kekebalan aktif terhadap penyakit Tuberkulosis.

2) Vaksin DPT-HB-Hib

Vaksin yang berfungsi untuk mencegah penyakit difteri, pertusis (batuk rejan), tetanus (DPT), Hepatitis B (HB), dan infeksi *Haemophilus influenzae* tipe b (Hib) secara simultan. Tujuan, Memberikan kekebalan terhadap penyakit Difteri, Pertusis (batuk rejan), dan Tetanus (DPT), Hepatitis B (HB), Infeksi *Haemophilus influenzae* tipe b (Hib).

3) Vaksin Hepatitis B

Vaksin rekombinan yang berasal dari virus HbsAg yang telah diinaktivasikan dan bersifat non infeksius. Diberikan segera setelah bayi lahir karena sekitar 3,9% ibu hamil mengidap Hepatitis B dengan risiko transmisi maternal sebesar 45%. Tujuan, memberikan kekebalan tubuh terhadap virus Hepatitis B.

4) *Vaksin Oral Polio Vaccine (OPV)*

Vaksin polio *trivalent* yang terdiri dari suspensi virus *poliomyelitis* tipe 1,2 dan 3 , yang sudah dilemahkan. Tujuan, Memberikan kekebalan aktif pada *poliomieltitis*.

5) *Vaksin Inactive Polio Vaccine (IPV)*

Mencegah *poliomyelitis* pada bayi dan anak kontak di keluarga dan berikan jika vaksin polio, menjadi kontra indikasi pada orang tertentu.

6) *Vaksin Campak*

Vaksin dari virus hidup (*CAM 70*) *chorioallanionik membrane*) yang di lemahkan kanamisin sulvat dan eritromisin. Bentuknya beku kering, dilarutkan dalam 5cc pelarut aquades. Tujuan, Memberikan kekebalan aktif terhadap penyakit campak. (Azhari *et al.*, 2024)

D. Konsep Dasar Nifas

1. *Pengertian Masa Nifas*

Menurut Bennet, V.R dan Bron L.K, masa nifas adalah masa dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat – alat kandungan seperti semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung kira – kira 6 minggu. Perubahan besar pada periode transisi dari melahirkan untuk menerima kebahagiaan dan tanggung jawab.

Masa persalinan selama dan segera setelah melahirkan meliputi waktu kembalinya alat reproduksi ke keadaan semula (Williams).

Masa waktu antara setelah kelahiran plasenta dan membran yang menandai berakhirnya periode intrapartum sampai waktu menuju kembalinya sistem reproduksi wanita tersebut ke kondisi tidak hamil (Varney H) (Mahagiyani *et al.*, 2024).

2. *Tujuan Asuhan Masa Nifas (Wijaya et al., 2023)*

Berikut ini adalah tujuan asuhan masa nifas, antara lain sebagai berikut:

- 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.
- d. 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.

3. Tahapan Masa Nifas

Berikut ini adalah tahapan pada masa nifas antara lain sebagai berikut:

a. Periode *Immediate Postpartum*

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini merupakan fase kritis, sering terjadi insiden perdarahan postpartum karena atonia uteri. Oleh karena itu, perlu melakukan pemantauan secara kontinu, yang meliputi kontraksi uterus, pengeluaran lochea, kandung kemih, tekanan darah dan suhu.

b. Periode *Early Post Partum* (> 24 jam - 1 Minggu)

Pada fase ini pastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

c. Periode *Late Post Partum* (> 1 Minggu-6 Minggu)

Pada periode ini dilakukan asuhan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling perencanaan KB.

d. *Remote Puerperium*

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

4. Perubahan Fisiologi Reproduksi pada Masa Nifas

a. Involusi Uterus Sangat Dinamis

Terjadi kontraksi uterus yang meningkat setelah bayi keluar. Kali ini disebabkan iskemia pada lokasi perlekatan plasenta (*plasenta site*) sehingga jaringan perlekatan antara plasenta dan dinding uterus, mengalami nekrosis dan lepas. Ukuran uterus mengecil kembali (setelah 2 hari pasca persalinan, setinggi sekitar umbilikus, setelah 2 minggu masuk panggul, setelah 4 minggu kembali pada ukuran sebelum hamil). Jika sampai 2 minggu postpartum, uterus belum masuk panggul, curiga ada sub involusi. Proses involusi uterus:

- 1) Autolisis
- 2) Terdapat *polymorph phagolitik* dan *macrophages* di dalam sistem vaskuler dan sistem limfatik
- 3) Efek oksitosin

Tinggi fundus uteri masa postpartum:

- 1) TFU hari 1 postpartum 1 jari di bawah pusat
- 2) TFU hari 2 postpartum 2-3 jari di bawah pusat
- 3) TFU 4-5 postpartum pertengahan simfisis dan pusat
- 4) TFU hari 7 postpartum 2-3 jari di atas simfisis
- 5) TFU hari 10-12 postpartum tidak teraba lagi

b. Serviks dan Vagina

Perbaikan serviks selama masa nifas sangat penting untuk menghentikan infeksi dan perdarahan. Renovasi dan kembalinya ke keadaan tidak hamil yang kaku dari keadaan pasca melahirkan yang lembek, sangat penting untuk kehamilan jangka panjang, dan

melibatkan perubahan fisiologis, biokimia dan biofisik. OS internal serviks seharusnya sudah ditutup pada minggu kedua pasca persalinan. OS eksternal mungkin tetap agak terbuka selama berminggu-minggu.

c. Lochea (Hutabarat *et al.*, 2022)

Lokea merupakan cairan yang keluar dari uterus dan keluar melalui vagina dan terjadi pada ibu pada masa nifas, dimana cairan yang keluar ini adalah cairan yang berasal dari bekas menempelnya/melekatnya plasenta. Lokea ini sendiri terbagi menjadi lokea yang keluar secara normal atau alami yang disebut dengan lokea fisiologis dan lokea yang tidak normal atau sering disebut dengan lokea patologis. Adapun klasifikasi lokea ini dibagi menjadi beberapa jenis, yaitu sebagai berikut:

a. Lochea Rubra

Lochea ini terdiri dari darah segar dan berasal dari sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks caseosa, lanugo, mekonium (feses pertama) dan cairan lochea ini keluar selama 3 hari pasca persalinan.

b. Lochea Sanguinolenta

Lochea ini terdiri dari darah yang berwarna kekuningan yang berisi lendir dan darah Lochea ini keluar pada hari 4-7 hari pasca persalinan.

c. Lochea Serosa

Lokea ini terdiri dari darah yang berwarna kuning dan lochea ini keluar dari hari ke 7-14.

d. Lochea Alba

Lochea ini terdiri dari cairan putih dan keluar setelah 14 hari.

e. Lochea Purulenta

Lochea ini terjadi karena adanya infeksi dan cairan yang keluar adalah nanah yang berbau.

f. Lochea Lochiostatis

Lokea yang keluarnya tidak lancar atau tidak teratur.

5. Tanda Bahaya Nifas

Tanda bahaya ibu nifas adalah suatu tanda yang abnormal yang mengindikasikan adanya bahaya atau komplikasi yang dapat terjadi selama masa nifas, apabila tidak dilaporkan atau tidak terdeteksi bisa menyebabkan kematian ibu. Tanda-tanda bahaya postpartum, adalah sebagai berikut:

- a. Perdarahan postpartum dibedakan menjadi sebagai berikut:
 - 1) Perdarahan postpartum primer (*early postpartum hemorrhage*) adalah perdarahan lebih dari 500- 600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir.
 - 2) Perdarahan postpartum sekunder (*late postpartum hemorrhage*) adalah perdarahan dengan konsep pengertian yang sama seperti perdarahan postpartum primer namun terjadi setelah 24 jam postpartum hingga masa nifas selesai.
- b. Sakit kepala merupakan tanda-tanda bahaya pada nifas, pusing bisa disebabkan oleh tekanan darah tinggi (sistol ≥ 140 mmHg dan distolnya ≥ 90 mmHg). Pusing yang berlebihan juga perlu diwaspadai adanya keadaan preeklamsi/eklamsia postpartum, atau keadaan hipertensi.
- c. Nyeri bagian bawah abdomen bias menjadi indikasi terjadinya sub involusi uterus atau pengecilan rahim yang terganggu.
- d. Pembengkakan di wajah dan ekstremitas. Selama masa nifas dapat terbentuk trombotis sementara pada vena-vena di pelvis maupun tungkai yang mengalami dilatasi. Keadaan ini secara klinis dapat menyebabkan peradangan pada vena-vena pelvis maupun tungkai yang disebut *tromboplebitis pelvica* (pada panggul) dan *tromboplebitis femoralis* (pada tungkai).
- e. Demam, muntah, rasa nyeri waktu berkemih. Pada masa nifas awal sensitifitas kandung kemih terhadap tegangan air kemih di dalam vesika sering menurun akibat trauma persalinan serta analgesik epidural atau spinal. Sensasi peregangan kandung kemih juga

mungkin berkurang akibat rasa tidak nyaman, yang ditimbulkan oleh episiotomi yang lebar, laserasi, hematoma dinding vagina.

- f. Payudara kemerahan, terasa panas dan sakit. Keadaan ini dapat disebabkan oleh payudara yang tidak disusu secara adekuat, puting susu yang lecet, BH yang terlalu ketat, ibu dengan diet yang kurang baik, kurang istirahat, serta anemia.
- g. Sakit/nyeri, kemerahan, panas, disertai dengan area yang keras pada betis. *Tromboflebitis* merupakan inflamasi pembuluh darah disertai pembentukan pembekuan darah
- h. Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama. Kelelahan yang amat berat setelah persalinan dapat mempengaruhi nafsu makan, sehingga terkadang ibu tidak ingin makan sampai kelelahan itu hilang
- i. Merasa sedih atau tidak mampu mengurus bayi dan dirinya sendiri. (Mahagiyani *et al.*, 2024)

6. Kunjungan Nifas

Kunjungan pasca persalinan digunakan sebagai sarana pengujian tindak lanjut pasca persalinan. Kunjungan nifas atau biasa disebut dengan istilah KF dilakukan minimal empat kali. Kunjungan ibu dan bayi baru lahir dilakukan pada waktu yang bersamaan (Savita *et al.*, 2022).

- a) Kunjungan kesatu (KF 1) dilaksanakan pada enam jam hingga 2 hari (48 jam) pasca melahirkan. Tujuan kunjungan kesatu (KF 1) 6-48 jam pasca melahirkan:
 - (1) Menghindari perdarahan yang diakibatkan oleh atonia uteri.
 - (2) Periksa serta perawatan penyebab lain terjadinya perdarahan, dan lakukan rujukan apabila terus berlangsung perdarahannya.
 - (3) Edukasi cara mengatasi perdarahan yang disebabkan oleh atonia.
 - (4) Menyusui dini.
 - (5) Ibu serta bayi dalam satu ruangan (rawat gabung).
 - (6) Mencegah hipotermia dan pertahankan bayi agar terus dalam kondisi hangat.

- b) Kunjungan kedua (KF 2) dilaksanakan 3 sampai 7 hari pasca melahirkan. Tujuan, Kunjungan Ke-2 (KF 2) 3-7 hari pasca melahirkan:
- (1) Konfirmasi involusi uterus yang normal kontraksi uterus keras, fundus di bawah pusar, perdarahan normal, serta tidak berbau.
 - (2) Periksa ciri-ciri perdarahan yang tidak normal, demam, atau infeksi.
 - (3) Pastikan ibu mempunyai makan, air serta istirahat cukup
 - (4) Pastikan ibu dapat menyusui dengan baik dan tidak ada tanda komplikasi.
 - (5) Beri nasihat kepada ibu tentang perawatan bayi, tali pusar, dan cara mempertahankan kehangatan pada bayi serta cara perawatan sehari-hari.
- c) Kunjungan ketiga (KF 3) dilakukan dari 8 hingga 28 hari pasca melahirkan. Tujuan kunjungan ke-3 (KF 3) 8-28 hari pasca melahirkan:
- (1) Konfirmasi involusi uterus yang normal, adanya kontraksi uterus yang keras, fundus di bawah pusar, perdarahan normal, serta tidak berbaunya lokea.
 - (2) Periksa berbagai tanda dari infeksi, perdarahan tidak normal atau demam.
 - (3) Pastikan bahwa ibu mendapatkan makanan yang baik dan istirahat yang cukup.
 - (4) Pastikan ibu dalam keadaan sehat dan tidak ada berbagai tanda komplikasi.
 - (5) Beri nasihat kepada ibu tentang perawatan bayi, tali pusar dan cara mempertahankan kehangatan pada bayi serta cara perawatan sehari-hari (Savita *et al.*, 2022).
- d) Kunjungan keempat (KF 4) dilakukan dari 29 hingga 42 hari pasca melahirkan. Tujuan kunjungan ke-4 (KF 4) 29-42 hari pasca melahirkan

- (1) Menanyakan kepada ibu komplikasi yang dialami ibu dan anak.
- (2) Memberikan penyuluhan KB sejak dini
- (3) Konseling hubungan seksual
- (4) Perubahan loka (Savita *et al.*, 2022)

7. Perawatan Payudara

Perawatan buah dada dilakukan sebagai kelanjutan perawatan pada masa hamil sampai hari ke 3 setelah melahirkan. Terbukti adanya efek prolaktin pada payudara yang menyebabkan payudara menjadi bengkak karena pembuluh darah membesar, serta meningkatnya suhu tubuh atau rasa sakit. Sel-sel acini menghasilkan air susu dan mulai berfungsi. ASI mulai mencapai ampulla mammae ini air susu disimpan sementara, sebelum dihisap oleh bayi, oleh sebab itu dengan perawatan payudara yang baik maka kesulitan dapat dihindari. Perawatan payudara tidak hanya dilakukan sebelum melahirkan, tetapi juga dilakukan setelah melahirkan. Perawatan yang dilakukan terhadap payudara bertujuan untuk melancarkan sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya saluran susu sehingga memperlancar pengeluaran ASI. Agar tujuan perawatan ini dapat tercapai, perlu diperhatikan hal-hal berikut ini:

- a. Lakukan perawatan payudara secara teratur
- b. Pelihara kebersihan sehari-hari
- c. Pemasukan gizi ibu harus lebih baik dan lebih banyak untuk mencukupi produksi ASI
- d. Ibu harus percaya diri akan kemampuan menyusui bayinya
- e. Ibu harus merasa nyaman dan santai
- f. Hindari rasa cemas dan stres karena akan menghambat oksitosin
- g. Pelaksanaan perawatan payudara hendaknya dimulai sedini mungkin, yaitu 1-2 hari setelah bayi lahir dan lakukan dua kali sehari (Kurniati *et al.*, 2023).

E. Konsep Keluarga Berencana

1. Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga berencana juga merupakan suatu upaya untuk mencapai kesejahteraan anggota keluarga dengan cara memberi edukasi terkait pernikahan, infertilitas (kemandulan) dan menjarangkan persalinan. Program keluarga berencana juga dapat menjadi wadah untuk membantu pasangan suami istri untuk menghindari kehamilan yang tidak direncanakan, mendapatkan kelahiran yang dinantikan dan mengatur interval kelahiran. Program keluarga berencana juga menjadi upaya pemerintah untuk mengendalikan pertumbuhan penduduk di Indonesia. Sehingga diharapkan melalui program keluarga berencana maka akan menghasilkan penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang lebih bermutu dan meningkatkan kesejahteraan setiap keluarga (Fatonah *et al.*, 2023).

2. Tujuan Keluarga Berencana

Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pengembangan Keluarga, Keluarga Berencana dan Sistem Informasi Keluarga, tujuan program keluarga berencana (BKKBN, 2017) dalam (Fatonah *et al.*, 2023), yaitu:

- a. Mengatur kehamilan yang diinginkan.
- b. Menjaga kesehatan dan menurunkan angka kematian ibu (AKI), angka kematian bayi atau balita (AKB) dan anak.
- c. Meningkatkan kualitas dan akses informasi, konseling, pendidikan dan pelayanan keluarga berencana serta kesehatan reproduksi.
- d. Meningkatkan peran serta partisipasi pria dalam program keluarga berencana.
- e. Mensosialisasikan dan mempromosikan pemberian air susu ibu (ASI) sebagai upaya untuk menjarangkan kehamilan.

3. Akseptor Keluarga Berencana

Akseptor keluarga berencana merupakan seseorang yang menyadari bahwa pasangan suami istri memutuskan untuk menjarangkan atau menunda kehamilan (Septianingrum, 2018) dalam (Fatonah *et al.*, 2023). Adapun jenis-jenis akseptor keluarga berencana, yaitu (Fatonah *et al.*, 2023):

a. Akseptor aktif

Akseptor KB aktif merupakan akseptor yang ada pada saat ini yang menggunakan cara atau alat kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan atau mengakhiri kesuburan.

b. Akseptor aktif kembali

Akseptor KB aktif Kembali merupakan pasangan usia subur (PUS) yang telah menggunakan alat kontrasepsi selama tiga bulan atau lebih yang tidak diselingi suatu kehamilan dan kembali menggunakan alat kontrasepsi baik dengan metode yang sama atau berbeda setelah berhenti atau istirahat kurang lebih tiga bulan berturut-turut dan bukan karena hamil.

c. Akseptor KB baru

Akseptor KB baru merupakan akseptor yang baru pertama kali menggunakan alat kontrasepsi atau Pasangan Usia Subur (PUS) yang kembali menggunakan alat kontrasepsi dalam waktu 2 minggu setelah melahirkan atau keguguran (abortus).

d. Akseptor KB dini

Akseptor KB dini merupakan wanita atau ibu yang menerima salah satu metode kontrasepsi dalam waktu 2 minggu setelah melahirkan atau abortus.

e. Akseptor KB langsung

Akseptor KB langsung merupakan wanita atau ibu yang memakai salah satu metode kontrasepsi dalam waktu 40 hari setelah melahirkan atau keguguran.

f. Akseptor KB *drop out*

Akseptor KB *drop out* merupakan akseptor yang menghentikan pemakaian kontrasepsi lebih dari 3 bulan.

4. Macam-macam KB

a. Pil KB

Pil KB merupakan alat kontrasepsi untuk mencegah kehamilan atau mencegah konsepsi yang digunakan dengan cara per oral atau kontrasepsi oral. Pil KB merupakan salah satu jenis kontrasepsi yang banyak digunakan. Pil KB banyak disukai karena relatif mudah didapat dan digunakan serta harganya murah.

b. Kondom

Kondom adalah selubung atau sarung karet yang terdiri dari berbagai bahan di antaranya lateks (karet), plastik (vinil) atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan.

c. Implant

Implant adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga sampai lima tahun.

d. AKDR Hormonal Dan Non Hormonal

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) adalah plastik berbentuk T seukuran uang logam yang ditempatkan di dalam Rahim untuk mencegah kehamilan.

e. Suntikkan Kombinasi

Kontrasepsi suntik kombinasi mengandung 2 hormon yaitu progestin dan estrogen, seperti hormon progesteron dan estrogen alami yang terdapat pada tubuh perempuan. Jenis-jenis suntik kombinasi:

- 1) Suntik 1 bulan sekali mengandung 25 mg depo *medroksiprogesteron* asetat dan 5 mg *estradiol sipionat* (*Cyclofem/Lunelle*) diberikan secara Intra Muskular (IM).

- 2) Suntik 1 bulan sekali mengandung 25 mg depo medroksiprogesteron asetat dan 5 mg estradiol sipionat (Cyclofem/Lunelle) diberikan secara Intra Muskular (IM).
- 3) Suntik 3 bulan sekali mengandung *medroxyprogesteron acetat* 120 mg/ml dan *estradiol cypionate* 10 mg/ml. Mekanisme cara kerja dapat terjadi penekanan Ovulasi sehingga mengentalkan lendir serviks sehingga penetrasi sperma menjadi terganggu, atrofi pada endometrium menyebabkan implantasi terganggu dan menghambat transportasi gaet oleh tuba.

Keuntungan KB suntik kombinasi:

- 1) Tidak perlu dipakai setiap hari
- 2) Dapat berhenti kapan saja
- 3) Risiko terhadap kesehatan sangat kecil
- 4) Tidak ada pengaruh pada hubungan suami istri
- 5) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
- 6) Jangka pemakaian jangka panjang
- 7) Tidak perlu menyimpan obat suntik.

Kerugian KB suntik kombinasi:

- 1) Harus kembali ke tenaga kesehatan untuk suntik ulang.

f. Suntik Progestin

Kontrasepsi suntik yang mengandung progestin saja seperti hormon progesteron alami dalam tubuh perempuan. Jenis suntikan progestin:

- 1) Suntikkan 3 bulan sekali mengandung Depo medroksiprogesteron asetat (DMPA), mengandung 150 mg DMPA, dengan cara Intra Muskular (IM).
- 2) Suntikkan 2 bulan sekali mengandung Depo norestisteron enantat (Depo Noristerat) mengandung 200 mg noretindron enantat, dengan cara Intra Muskular.

Mekanisme cara kerja: Dapat mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga saat penetrasi sperma terganggu, menjadikan

selaput rahim tipis dan atrofi dan menghambat transportasi gamet oleh tuba.

Keuntungan KB suntik progestin:

- 1) Suntik 2-3 bulan
- 2) Tidak perlu penggunaan setiap hari
- 3) Tidak mengganggu hubungan seksual
- 4) Dapat digunakan oleh ibu yang sedang menyusui
- 5) Dapat digunakan pada perempuan usia > 35 tahun sampai perimenopause
- 6) Dapat mengurangi risiko kanker endometrium
- 7) Dapat mengurangi risiko penyakit radang panggul

Kekurangan KB suntik progestin:

- 1) Pasien sangat bergantung pada tempat pelayanan kesehatan untuk suntik ulang
- 2) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu
- 3) Terlambat kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian biasanya rata-rata 4 bulan
- 4) Pada pemakaian jangka panjang dapat menurunkan densitas atau kepadatan tulang.

Waktu yang tepat menggunakan kontrasepsi progestin:

- 1) Siklus menstruasi normal
Apabila pasien memulai dengan suntik progestin dalam 7 hari pertama siklus menstruasi tidak perlu menggunakan kontrasepsi tambahan. Pasien dapat menerima suntikan pertama kapan pun selama dipastikan pasien sedang tidak hamil.
- 2) Amenore
Pasien dapat memulai suntikan pertama kapan pun selama tidak hamil dan menggunakan kontrasepsi tambahan selama 7 hari berikutnya.

3) Pasca persalinan

Apabila pasien berada diantara masa pasca persalinan 6 minggu dan 6 bulan pasien dapat menerima suntikan pertama kapan pun, apabila pasien menyusui secara eksklusif maka pasien tidak perlu menggunakan kontrasepsi tambahan.

F. Standar Asuhan Kebidanan

Standar asuhan kebidanan adalah acuan yang digunakan dalam pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktik berdasarkan ilmu dan kiat belajar. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan.

1. Standar I: Pengkajian

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

- a. Data tepat, akurat dan lengkap.
- b. Terdiri dari data subjektif (hasil anamnesis, biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budayanya).
- c. Data objektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologi dan pemeriksaan penunjang).

2. Standar II: Perumusan Diagnosa dan Masalah Kebidanan

a. Pernyataan Standar

Bidan menganalisis data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasi secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

b. Kriteria Pengkajian

- 1) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- 2) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
- 3) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

3. Standar III: Perencanaan

a. Pernyataan standar

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

b. Kriteria perencanaan

- 1) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif.
- 2) Melibatkan pasien, klien dan atau keluarga
- 3) Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya atau keluarga.
- 4) Memiliki tindakan yang aman sesuai kondisi yang dibutuhkan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- 5) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

4. Standar IV: Implementasi

a. Pernyataan standar

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

b. Kriteria implementasi

- 1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio psikosial kultural.
- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarga (*inform consent*).
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based.
- 4) Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan
- 5) Menjaga privasi klien atau pasien

- 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- 7) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- 8) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang sesuai.
- 9) Melakukan tindakan sesuai standar
- 10) Mencatat semua tindakan yang dilakukan

5. Standar V: Evaluasi

a. Pernyataan standar

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

b. Kriteria evaluasi

- 1) Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- 2) Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan dengan pasien atau keluarga.
- 3) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
- 4) Hasil evaluasi ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien atau pasien.

6. Standar VI: Pencatatan Asuhan Kebidanan

a. Pernyataan standar

Melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

b. Kriteria pencatatan asuhan kebidanan

- 1) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien dan buku KIA).
- 2) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
- 3) S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesis.

- 4) O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.
- 5) A adalah data *assessment*, mencatat hasil diagnosa
- 6) P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

G. Kewenangan Bidan

Teori hukum kewenangan bidan dalam berjalannya waktu kewenangan bidan Indonesia dari tahun ke tahun terus berkembang. Kewenangan bidan sesuai Peraturan Menteri Kesehatan menurut Permenkes RI No. 1464/2010, tentang perizinan dan penyelenggaraan praktek bidan mandiri dalam melakukan asuhan kebidanan meliputi:

1. Pasal 2 yang berbunyi:
 - a. Bidan dapat melakukan praktek mandiri dan atau bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan.
 - b. Bidan menjalankan praktek mandiri harus berpendidikan minimal Diploma III Kebidanan. Bidan menjalankan praktek harus mempunyai SIPB.
2. Pada pasal 9, yang berbunyi:

Bidan dalam menjalankan praktek berwenang untuk memberikan pelayanan meliputi:

 - a. Pelayanan kesehatan ibu.
 - b. Pelayanan kesehatan anak.
 - c. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.
3. Pada pasal 10, yang berbunyi:

Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 huruf a diberikan pada masa pra hamil, kehamilan, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui dan masa antara dua kehamilan.

 - a. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - 1) Pelayanan konseling pada masa pra hamil.

- 2) Pelayanan antenatal pada kehamilan normal.
 - 3) Pelayanan persalinan normal..
 - 4) Pelayanan ibu nifas normal.
 - 5) Pelayanan ibu menyusui.
 - 6) Pelayanan konseling pada masa antara dua kehamilan.
- b. Bidan memberikan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berwenang untuk:
- 1) Episiotomi.
 - 2) Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II.
 - 3) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan.
 - 4) Pemberian tablet Fe pada ibu hamil.
 - 5) Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas.
 - 6) Fasilitas/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif.
 - 7) Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala III dan postpartum.
 - 8) Bimbingan pada kelompok ibu hamil.
 - 9) Pemberian surat keterangan kematian
 - 10) Pemberian surat keterangan cuti bersalin.
4. Pada pasal 11, yang berbunyi:
- a. Bidan memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berwenang untuk:
- 1) Melakukan asuhan bayi baru lahir normal termasuk resusitasi, pencegahan hipotermi, inisiasi menyusui dini, injeksi vitamin K₁, perawatan bayi baru lahir pada masa neonatal (0-28 hari) dan perawatan tali pusat.
 - 2) Penanganan hipotermi pada bayi baru lahir dan segera merujuk.
 - 3) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan.
 - 4) Pemberian imunisasi rutin sesuai dengan program pemerintah.
 - 5) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita dan anak prasekolah.

- 6) Pemberian konseling dan penyuluhan.
 - 7) Pemberian surat keterangan kematian.
 - b. Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 huruf b diberikan pada bayi baru lahir, anak balita dan anak pra sekolah.
5. Pada pasal 12, yang berbunyi:
- Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 huruf c, berwenang untuk:
- a. Memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.
 - b. Memberikan alat kontrasepsi oral dan kondom.

H. Kerangka Pikir/Pendekatan Masalah

Gambar 2. 1 Kerangka Pikir

