

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kasus

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan suatu proses yang fisiologis dan alamiah, dimana setiap perempuan yang memiliki organ reproduksi sehat, telah mengalami menstruasi, dan melakukan hubungan seksual dengan seorang pria yang sehat maka besar kemungkinan akan mengalami kehamilan Nugrawati and Amriani, (2021)

Kehamilan juga dikenal sebagai *gravida* atau *gestasi* adalah waktu dimana satu atau lebih bayi berkembang di dalam diri seorang wanita. Kehamilan adalah suatu proses pertumbuhan dan perkembangan janin di dalam Rahim yang dimulai sejak terjadinya konsepsi dan berakhir saat dimulainya persalinan. masa kehamilan normal berlangsung selama kurang lebih 280 hari (40 minggu), dan tidak lebih dari 300 hari (43 minggu). Kehamilan dibagi menjadi tiga kategori berdasarkan usia kehamilan :

- a) Kehamilan prematur atau kurang bulan (usia kehamilan 28-36 minggu)
 - b) Kehamilan cukup bulan atau matur (usia kehamilan 37-40 minggu)
 - Kehamilan postmatur : usia kehamilan lebih dari 43 minggu
- Nugrawati and Amriani, (2021)

2. Tanda-Tanda Kehamilan

1) Terasa gerakan janin

Gerakan janin pertama kali biasa dirasakan oleh ibu usia kehamilan 18-20 minggu untuk primigravida, dan bisa lebih awal (sekitar 16 minggu) pada *multigravida*. Namun agar menjadi tanda pasti kehamilan Gerakan janin harus dilakukan melalui pemeriksaan palpasi leopold. Gerakan ini menunjukkan bahwa janin hidup dan aktif di dalam Rahim Septiasari, Diana and Mayasari, (2023)

2) Terdengar Denyut Jantung Janin

Denyut Jantung Janin dapat diteksi dengan alat Doppler pada usia kehamilan sekitar 10-12 minggu dan dengan *fetoskop* (alat pendengar sederhana) pada usia kehamilan 18-20 minggu. Djj normal berkisar antara 110-160 kali per menit. Terdengar djj menjadi bukti kuat bahwa terdapat janin yang hidup di dalam Rahim Septiasari, Diana and Mayasari, (2023)

3) Bagian-bagian janin yang dilihat dengan USG

Pada trimester terakhir kehamilan bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin dapat terlihat lebih jelas dengan menggunakan USG Septiasari, Diana and Mayasari, (2023)

4) Kerangka Janin yang Dilihat dengan Foto *Rontgen*

Untuk memastikan adanya kehamilan atau tidak, kerangka janin dapat dilihat dengan foto *rontgen*. (Septiasari, Diana and Mayasari, 2023)

3. Pembagian Usia Kehamilan Berdasarkan Trimester

1) Trimester I

Trimester pertama merupakan periode pertama diukur mulai dari konsepsi hingga minggu ke-12 kehamilan. Trimester pertama disebut sebagai periode pembentukan karena pada akhir periode ini semua sistem organ janin sudah terbentuk dan berfungsi. Trimester pertama dimulai pada 0-12 minggu kehamilan, pada trimester ini juga disebut sebagai tahap penyesuaian kehamilan.

2) Trimester II

Trimester kedua dimulai dari usia kehamilan 13-27 minggu. Pada trimester ini disebut tahap nyaman karena ibu sudah mampu menyesuaikan diri dan juga dapat merasakan gerakan janin pada trimester ini.

3) Trimester III

Trimester ketiga adalah usia kehamilan 3 bulan terakhir atau trimester terakhir kehamilan. Pada trimester ketiga dari usia kehamilan pada

minggu ke 28 hingga ke-40 kehamilan keluhan yang dirasakan mulai timbul karena perut yang semakin membesar sehingga menyebabkan sering kencing, sesak napas dan bengkak pada kaki.

4. Perubahan Fisiologis dan Psikologi Pada Ibu Hamil Trimester III

Perubahan fisiologi dan psikologi pada ibu hamil trimester III yaitu :

1) Perubahan fisiologi pada ibu hamil trimester III

a) Uterus

Perubahan uterus mulai menekan ke arah tulang belakang, menekan vena kava dan aorta sehingga aliran darah tertekan. Pada akhir kehamilan sering terjadi kontraksi uterus yang disebut his palsu (*braxton hicks*). Isthmus uteri menjadi bagian korpus 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 Pohan,(2022).

Tabel 2.1 Perkiraan TFU Berdasarkan Umur Kehamilan

umur Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
12 minggu	diatas simfisis atau 3 jari di atas simfisis
16 minggu	Pertengahan simfisis-pusat
20 minggu	di atas simfisis atau 3 jari di bawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	1/3 di atas pusat atau 3 jari di atas pusat
32 minggu	Pertengahan pusat- <i>proccesus xypoideus</i> (px)
36 minggu	Dua jari (4 cm) di bawah <i>proccesus xypoideus</i> (px)
38 minggu	Setinggi <i>proccesus xypoideus</i> (px)
40 minggu	Satu jari (2 cm) di bawah <i>proccesus xypoideus</i> (px)

Sumber : (Lestari, Muflinah and Amalia, 2023)

b) Sistem 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 Pohan, (2022)

c) 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. Selama hormon oksitosin ada hormon prolaktin juga meningkat 10 kali lipat saat kehamilan aterm.

d) Sistem Perkemihan

Pada akhir kehamilan keluhan sering kencing sering dirasakan oleh ibu hamil karena kepala janin mulai masuk atau turun ke PAP yang menekan kandung kemih.

e) Sistem Pencernaan

Pada perubahan ini, masalah hemoroid cukup sering terjadi pada kehamilan, sebagian besar disebabkan oleh konstipasi dan naiknya tekanan vena dibawah uterus Reflex asam lambung (*heartburn*) disebabkan oleh regurgitasi isi lambung esophagus bagian bawah

f) Sistem *Muskuloskeletal*

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

g) Sistem Kardiovaskuler

Volume darah akan bertambah banyak, kira-kira 25% dengan puncaknya pada kehamilan 32 minggu, diikuti curah jantung (*cardiac output*) yang meningkat kurang lebih 30% nadi dan tekanan darah. Tekanan darah arteri cenderung menurun terutama selama trimester kedua dan naik lagi seperti pada pra hamil. Tekanan vena dalam batas-batas normal. Pada ekstremitas atas dan bawah 30% cenderung naik setelah akhir trimester pertama. Nadi biasanya naik nilai rata-ratanya 84 kali permenit.

h) Sistem Integumen

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan *hiperpigmentasi* karena pengaruh *Melanophore Stimulating Hormon* (MSH) *lobus lupofisi anterior* dan pengaruh kelenjar suprarenalis. Hiperpigmentasi ini terjadi pada *striae gravidarum*, *livide*, atau alba, aerola mammae, papilla mammae, linea nigra, chloasma gravidarum setelah persalinan hiperpigmentasi akan menghilang pada daerah kulit tertentu, terjadi hiperpigmentasi yaitu:

- (1) Muka disebut masker kehamilan (*chloasma gravidarum*)
- (2) Payudara, puting susu, dan areola payudara
- (3) Perut, linea nigra, *striae*

i) Sistem Kardiovaskuler

Wanita hamil biasanya basal metabolic rate (BMR) meningkat BMR meningkat hingga 15-20 persen yang umumnya terjadi pada trimester III. Akan tetapi bila dibutuhkan dipakailah lemak ibu untuk mendapatkan kalori dalam pekerjaan sehari-hari. BMR kembali setelah hari ke 5 atau ke 6 pasca partum. Kenaikan berat badan sekitar 5,5 kg dan sampai akhir kehamilan 11-12 kg. Cara yang dipakai untuk menentukan berat badan menurut tinggi badan adalah dengan menggunakan indeks masa tubuh yaitu dengan rumus berat badan dibagi tinggi badan pangkat dua.

Peningkatan berat badan pada trimester III merupakan petunjuk penting tentang perkembangan janin. Keperluan penambahan berat badan semua ibu hamil tidak sama tetapi harus melihat dari BMI atau IMT sebelum hamil. IMT merupakan proporsi standar berat badan (BB) terhadap tinggi badan (TB). IMT perlu diketahui untuk menilai status gizi catin dalam kaitannya dengan persiapan kehamilan. Jika perempuan atau catin mempunyai status gizi kurang ingin hamil sebaiknya menunda kehamilan, untuk dilakukan intervensi perbaikan gizi sampai status gizinya baik Ibu hamil dengan kekurangan gizi memiliki risiko yang dapat membahayakan ibu dan janin, antara lain anemia pada ibu dan janin, risiko perdarahan saat melahirkan. BBLR. mudah terkena penyakit infeksi, risiko keguguran, bayi lahir mati, serta cacat bawaan pada janin Pohan, (2022)

Tabel 2.2 Kategori Indeks Masa Tubuh

Indeks MasaTubuh (IMT)	Kategori	Status Gizi
<17,0	Kekurangan Tingkat berat	Kurus
17 < 18,5	Kekurangan tingkat ringan	Kurus
18,25-25,0	Normal	Normal
>25,0-27,0	Kelebihan Tingkat Ringan	Gemuk
>27,0	Kelebihan Tingkat Berat	Obesitas

Sumber : Pohan, (2022)

j) Sistem Pernapasan

Kebutuhan oksigen meningkat sampai 20 persen selama itu *diafragma* juga terdorong ke kranial kemudian terjadi *hiperventilasi* dangkal (20-24x/menit) akibat komplikasi dada. Usia kehamilan lebih dari 32 minggu karena usus-usus uterus tertekan uterus yang membesar ke arah *diafragma* 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. Diafragma menjadi lebih naik sampai 4 cm dan diameter dan diameter melintang dada menjadi 2 cm. Kapasitas inspirasi meningkat *progresif* selama kehamilan volume tidak meningkat sampai 40%.

2). Perubahan Psikologi Ibu Hamil Trimester III

Perubahan Psikologis terjadi pada Trimester Ketiga dirasakan semakin kompleks serta mengalami peningkatan dibandingkan dengan trimester sebelumnya penyebab utamanya adalah kondisi kehamilan yang semakin membesar yang menimbulkan peningkatan rasa ketidaknyamanan pada ibu Anwar and Elsari, (2022). Berikut beberapa kondisi psikologis yang dialami ibu hamil trimester tiga meliputi :

a. Rasa Tidak Nyaman

Peningkatan rasa tidak nyaman akibat kehamilan kembali timbul pada trimester ketiga dan pada kebanyakan ibu merasa bentuk tubuhnya semakin jelek, selain itu, perasaan tidak nyaman juga berkaitan dengan adanya perasaan sedih karena dia akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil sehingga ibu membutuhkan dukungan dari suami, keluarga dan tenaga kesehatan Anwar and Elsari, (2022)

b. Perubahan emosional

Pada bulan-bulan terakhir menjelang persalinan perubahan emosi ibu semakin berubah-ubah dan terkadang menjadi tidak terkontrol. Perubahan emosi ini bermuara dari adanya perasaan khawatir, rasa takut, bimbang dan ragu jangan-jangan kondisi kehamilannya saat ini lebih buruk lagi saat menjelang persalinan atau kekhawatiran akibat ketidakmampuannya dalam menjalankan tugas-tugas sebagai ibu pasca kelahiran bayinya. Anwar and Elsari, (2022)

c. Peningkatan Kecemasan

Memasuki trimester ketiga peran sebagai calon ibu semakin jelas, kondisi inilah yang membuat ibu semakin peka akan perasaannya. Ibu akan lebih sering menyentuh perutnya dengan cara mengelus-elus sebagai tanda kepeduliannya kepada janin. Pada masa ini ibu juga lebih sering berkomunikasi dengan janinnya, mengajak berbicara terutama jika jadi bergerak atau merubah posisinya. *Overthinking* juga sering terjadi pada trimester ketiga ini, peningkatan rasa kekhawatiran takut akan proses kelahiran bahkan kekhawatiran ibu tentang kondisi janin dalam keadaan cacat. Dalam masa ini peran pasangan dan keluarga sangat dibutuhkan untuk meningkatkan ketenangan pada ibu hamil. Anwar and Elsari, (2022)

d. Perasaan akan berpisah

Perasaan bahwan janin dalam rahimnya merupakan bagian yang terpisah akan semakin meningkat. Pada fase ini ibu mulai sibuk mempersiapkan proses kelahiran, dan mulai mencari informasi bagaimana cara menjadi ibu yang baik. Ibu juga lebih bersemangat mempersiapkan segala kebutuhan bayi seperti nama, pakaian serta tempat tidur setelah melahirkan. Ibu juga mulai membagi tugas dengan pasangan untuk merawat bayi bersama-sama. Anwar and Elsari, (2022)

5. Kebutuhan Ibu Hamil Trimester III

Kebutuhan dasar ibu hamil pun harus diperhatikan, karena hal ini akan sangat akan berpengaruh terhadap kondisi ibu baik fisik maupun psikologinya karena bentuk penerimaan setiap ibu hamil antara satu dengan yang lainnya terhadap perubahan-perubahan yang dialaminya tidak sama. Kebutuhan dasar ibu hamil trimester III diantaranya :

1) Nutrisi

Kecukupan gizi ibu hamil di ukur berdasarkan kenaikan berat badan kalori ibu hamil 300-500 kalori lebih banyak dari sebelumnya.

Kenaikan berat badan juga bertambah pada trimester ini antara 0.3-0.5 kg/minggu kebutuhan protein juga 30 gram lebih banyak dari biasanya.

2) *Seksual*

Hubungan *seksual* pada trimester 3 tidak berbahaya kecuali ada beberapa riwayat berikut yaitu :

- a) Pernah mengalami abortus sebelumnya
- b) Riwayat perdarahan pervaginam sebelumnya
- c) Terdapat tanda infeksi dengan adanya pengeluaran cairan disertai rasa nyeri dan panas pada jalan lahir.

3) *Istirahat*

Cukup istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani, rohani, untuk kepentingan kesehatan ibu sendiri dan tumbuh kembang janinya di dalam kandungan. Kebutuhan tidur yang efektif yaitu 8 jam/hari.

4) *Kebersihan Diri (Personal Hygiene)*

Penting bagi ibu menjaga kebersihan dirinya selama hamil, hal ini dapat mempengaruhi fisik dan psikologis ibu. Kebersihan lain yang juga penting di jaga yaitu persiapan laktasi dengan cara penggunaan bra yang longgar dan menyangga membantu memberikan kenyamanan dan keamanan bagi ibu.

5) *Mobilitas dan Mekanika Tubuh*

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan atau aktivitas fisik biasa selama tidak melelahkan. Ibu dapat melakukan pekerjaan seperti menyapu, mengepel memasak atau pekerjaan rumah lainnya. Semua pekerjaan tersebut harus sesuai dengan kemampuannya dan tetap mempunyai cukup waktu untuk istirahat.

6) *Mempersiapkan Kelahiran dan Kemungkinan Darurat*

Kebutuhan pribadi yang diperlukan saat persalinan ialah kebutuhan ibu (pakaian dengan kancing di depan, kain panjang, pakaian dalam, korset bila perlu, pembalut ibu bersalin, dan kebutuhan pribadi lainnya serta kebutuhan bayi (pakaian bayi, handuk, selimut, kain pembungkus,

minyak telon dan sabun mandi). Selain itu, bekerja sama dengan ibu, keluarganya, serta masyarakat untuk mempersiapkan rencana kelahiran termasuk mengidentifikasi penolong dan tempat persalinan, serta perencanaan tabungan untuk mempersiapkan biaya persalinan. Bekerja sama dengan ibu, keluarganya, dan masyarakat untuk mempersiapkan rencana jika terjadi komplikasi, termasuk mengidentifikasi ke mana harus pergi dan transportasi untuk mencapai tempat tersebut, mempersiapkan donor darah, mengadakan persiapan *finansial*, mengidentifikasi pembuat keputusan kedua jika pembuat keputusan pertama tidak ada ditempat Manalor, Diaz and Peni, (2022)

- 7) Memberikan konseling tentang tanda-tanda persalinan Beberapa tanda-tanda persalinan yang harus diketahui ibu:
 - a) Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur.
 - b) Keluar lendir bercampur darah yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada *serviks*.
 - c) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya
 - d) Pada pemeriksaan dalam *serviks* mendatar dan pembukaan telah ada.

8) Kunjungan Ulang

Berdasarkan rekomendasi WHO, kunjungan ANC dilakukan minimal delapan kali kontak, dengan kontak pertama dijadwalkan pada trimester pertama (hingga 12 minggu kehamilan), dua kontak dijadwalkan di trimester kedua (pada usia kehamilan 20 dan 26 minggu) dan lima kontak dijadwalkan pada trimester ketiga (pada usia kehamilan 30, 34, 36, 38 dan 40 minggu).

6. Ketidaknyamanan Kehamilan Trimester III

Ketidaknyamanan ibu hamil pada Trimester III sebagai berikut :

1). *Nokturia* (sering buang air kecil)

Frekuensi kemih meningkat pada trimester ketiga sering dialami wanita *primigravida* setelah *lightening* terjadi efek yaitu bagian presentasi akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. Peningkatan frekuensi berkemih

disebabkan oleh tekanan uterus karena turunnya bagian bawah janin sehingga kandung kemih tertekan, kapasitas kandung kemih berkurang dan mengakibatkan frekuensi berkemih meningkat.

Sering buang air kecil merupakan suatu perubahan fisiologis dimana terjadi peningkatan sensitivitas kandung kemih dan pada tahap selanjutnya merupakan akibat kompresi pada kandung kemih. Pada trimester III kandung kemih tertarik keatas dan keluar dari panggul sejati ke arah abdomen. Uretra memanjang sampai 7,5 cm karena kandung kemih bergeser kearah atas. Kongesti panggul pada masa hamil ditunjukkan oleh hiperemia kandung kemih dan uretra Ratnawati, Mamlukah and Badriah, (2024)

2). Sakit Punggung Atas Dan Bawah

Karena tekanan terhadap akar syaraf dan perubahan sikap badan pada kehamilan lanjut karena titik berat badan berpindah kedepan disebabkan perut yang membesar. Ini diimbangi dengan lordosis yang berlebihan dan sikap ini dapat menimbulkan spasmus Ratnawati, Mamlukah and Badriah, (2024)

3). *Hiperventilasi* dan sesak nafas

Peningkatan aktivitas metabolis selama kehamilan akan meningkatkan *karbondioksida*. *Hiperventilasi* akan menurunkan *karbondioksida*. Sesak nafas terjadi pada trimester III karena pembesaran uterus yang menekan diafragma. Selain itu diafragma mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan Ratnawati, Mamlukah and Badriah, (2024)

4). Edema Dependen

Terjadi karena gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada *ekstremitas* bawah karena tekanan uterus membesar pada vena panggul pada saat duduk/ berdiri dan pada vena cava inferior saat tidur terlentang. Edema pada kaki yang menggantung terlihat pada pergelangan kaki dan harus dibedakan dengan edema karena preeklamsi Ratnawati, Mamlukah and Badriah, (2024)

5). Nyeri ulu hati

Ketidaknyamanan ini mulai timbul menjelang akhir trimester II dan bertahan hingga trimester III. Penyebab :

- a). Relaksasi sfingter jantung pada lambung akibat pengaruh yang ditimbulkan peningkatan jumlah progesteron.
- b). Penurunan motilitas gastrointestinal yang terjadi akibat relaksasi otot halus yang kemungkinan disebabkan peningkatan jumlah progesteron dan tekanan uterus.
- c). Tidak ada ruang fungsional untuk lambung akibat perubahan tempat dan penekanan oleh uterus yang membesar Ratnawati, Mamlukah and Badriah, (2024)

7. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Pengenalan Tanda Bahaya Trimester III yaitu:

1) Perdarahan *pervaginam*

Kematian ibu seringkali disebabkan oleh perdarahan, yang menyumbang sekitar 28%, pada tahap akhir kehamilan perdarahan yang tidak normal biasanya berwarna merah dan cukup banyak dan terkadang tidak disertai rasa nyeri, jenis perdarahan seperti ini menunjukkan adanya plasenta previa yaitu kondisi dimana plasenta menempel ditempat yang tidak normal, terutama di segmen bawah Rahim, sehingga menutupi Sebagian besar seluruh ostium uteri interna, penyebab lain adalah solusio plasenta dimana plasenta sebelumnya melekat dengan normalnya, terlepas sebelum janin lahir, biasanya terjadi semenjak kehamilan 28 minggu, Nugrawati and Amriani, (2021)

2) Sakit Kepala Hebat

Sakit kepala selama kehamilan adalah hal yang umum, dan sering dianggap sebagai ketidaknyamanan normal dalam proses kehamilan. Namun sakit kepala yang mengindikasikan masalah serius adalah Ketika sakit kepala yang sangat parah terus menerus dan tidak meredah meskipun beristirahat, terkadang sakit kepala ini bisa disertai dengan gangguan penglihatan, seperti penglihatan yang kabur, sakit

kepala yang hebat adalah salah satu gejala dari pre-eklamsia Nugrawati and Amriani, (2021)

3) Penglihatan Kabur

Gangguan penglihatan seperti kekeruhan atau bayangan mungkin disebabkan oleh sakit kepala yang parah, yang dapat menyebabkan pembengkakan otak dan meningkatkan tekanan pada otak yang memengaruhi sistem saraf pusat. Ini dapat menyebabkan gangguan serebral seperti sakit kepala dan kejang, serta masalah penglihatan. Perubahan dalam penglihatan, seperti kekeruhan atau bayangan, bisa menjadi tanda adanya *pre-eklampsia*. Masalah penglihatan yang menunjukkan kondisi yang mengancam jiwa meliputi perubahan tiba-tiba dalam penglihatan, seperti kekeruhan atau bayangan, melihat bintik-bintik, atau sensasi berkunang-kunang. Selain itu, adanya kegelapan atau bayangan, penglihatan ganda, dan penglihatan kabur juga merupakan tanda-tanda pre-eklampsia berat yang bisa berkembang menjadi eklampsia. Ini disebabkan oleh perubahan dalam aliran darah ke pusat. penglihatan di korteks cerebri atau retina, seperti pembengkakan retina dan spasme pembuluh darah Nugrawati and Amriani, (2021)

4) Bengkak di Muka atau Tangan

Hampir setengah dari para ibu akan mengalami pembengkakan yang umum terjadi di kaki, yang seringkali muncul terutama pada sore hari dan cenderung menghilang setelah istirahat atau menaikkan kaki ke posisi yang lebih tinggi. Namun, pembengkakan dapat menjadi tanda masalah serius jika terjadi di wajah dan tangan, tidak menghilang setelah istirahat, dan disertai dengan keluhan fisik lainnya. Ini bisa menjadi indikasi *pre-eklampsia* Nugrawati and Amriani, (2021)

5) Janin Kurang Bergerak Seperti Biasa

Ketika gerakan janin tidak terasa atau terasa kurang sering (minimal tiga kali dalam satu jam), umumnya ibu mulai merasakan gerakan bayi pada bulan kelima atau keenam kehamilan. Jika aktivitas bayi

berkurang dari biasanya, kondisi ini dikenal sebagai IUFD (*Intra Uterine Fetal Death*), yang menandakan tidak adanya tanda-tanda kehidupan janin di dalam rahim. Beberapa ibu mungkin merasakan gerakan bayi lebih awal. Saat bayi sedang tidur, gerakan biasanya akan berkurang. Secara ideal, bayi seharusnya bergerak minimal tiga kali dalam satu jam ketika ibu beristirahat atau berbaring, dan ketika ibu mengonsumsi makanan dan minuman yang cukup Nugrawati and Amriani, (2021)

6) Pengeluaran Cairan *Pervaginam*

Yang dimaksud dengan cairan di sini adalah air ketuban. Pada kehamilan yang telah mencapai waktu persalinan yang normal dan ditandai dengan munculnya tanda-tanda persalinan, pecahnya ketuban adalah hal yang wajar. Namun, jika ketuban pecah sebelum munculnya tanda-tanda persalinan dan tidak diikuti oleh dimulainya proses persalinan dalam satu jam, ini disebut sebagai ketuban pecah dini. Ketuban pecah dini menyebabkan hubungan langsung antara lingkungan luar dan dalam rahim, yang dapat meningkatkan risiko infeksi. Semakin lama periode laten (waktu antara pecahnya ketuban dan dimulainya kontraksi rahim), semakin besar kemungkinan terjadinya komplikasi yang menyebabkan sakit atau bahkan kematian bagi ibu atau janin dalam rahim Nugrawati and Amriani, (2021)

7) Kejang

Kematian ibu karena eklampsia menyumbang sekitar 24% dari keseluruhan. Biasanya kejang merupakan gejala yang muncul setelah kondisi semakin memburuk, ditandai dengan adanya sakit kepala, mual, nyeri di ulu hati yang kemudian menyebabkan muntah. Ketika kondisinya semakin parah, penglihatan menjadi semakin kabur, kesadaran menurun, dan akhirnya terjadi kejang Nugrawati and Amriani, (2021)

8) Selaput Kelopak mata Pucat

Ini merupakan tanda dari anemia. Anemia pada kehamilan adalah ketika seorang ibu memiliki kadar *hemoglobin* di bawah 11 gr% selama trimester ketiga. Penyebab anemia pada kehamilan adalah kekurangan zat besi dan adanya perdarahan akut, kadang-kadang keduanya dapat berinteraksi. serta meningkatkan resiko bayi lahir dengan Berat Badan Rendah (BBLR) yaitu kurang dari 2500 gr Nugrawati and Amriani, (2021)

9) Demam Tinggi

Keadaan di mana seorang ibu mengalami demam dengan suhu tubuh di atas 38°C selama kehamilan dianggap sebagai masalah yang serius. Demam tinggi bisa menjadi gejala adanya infeksi dalam kehamilan, yang dapat menyebabkan kematian ibu sebanyak 11%. Penanganan demam meliputi istirahat total, meningkatkan asupan cairan, dan mengompres tubuh untuk menurunkan suhu. Demam bisa disebabkan oleh infeksi dalam kehamilan, di mana *mikroorganisme* patogen memasuki tubuh wanita hamil dan menyebabkan munculnya gejala penyakit. Infeksi yang parah bisa menyebabkan demam dan gangguan fungsi organ vital, dan infeksi bisa terjadi selama kehamilan, saat persalinan, atau masa nifas Nugrawati and Amriani, (2021)

8. Deteksi Dini Faktor Resiko Kehamilan Trimester III

1. Pengertian

Skor Poedji Rochjati adalah suatu cara untuk mendeteksi kehamilan yang memiliki resiko lebih besar dari biasanya (baik bagi ibu maupun bayinya), maupun sesudah persalinan. Ukuran resiko dapat, dituangkan dalam bentuk angka disebut skor. Skor merupakan bobot perkiraan dari berat atau bebannya resiko atau bahaya. Semakin tinggi skor yang dimiliki oleh seorang ibu hamil semakin tinggi pada proses persalinannya. Wariyaka, Manalor and Saleh, (2022)

2. Fungsi dari KSPR adalah : Melakukan skrining deteksi dini ibu hamil resiko tinggi, Memantau kondisi ibu dan janin selama kehamilan,

Memberi pedoman penyuluhan untuk persalinan aman, Mencatat dan melaporkan keadaan kehamilan, Persalinan, nifas.

Tabel 2.3 Skor Poedji Rochjati

I Kel. F.R	II No	III Masalah Atau Faktor Resiko	Skor	IV Tribulan			
				I	II	III.1	III 2
		skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Terlalu muda, hamil ≤ 16 tahun	4				
	2	Terlalu tua, ≥ 35 tahun	4				
	3	Terlalu lambat hamil I, kawin ≥ 4 tahun	4				
		Terlalu lama hamil lagi (≥ 10 tahun)	4				
	4	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 tahun)	4				
	5	Terlalu banyak anak 4/lebih	4				
	6	Terlalu tua, umur ≥ 35 tahun	4				
	7	Terlalu pendek ≤ 145	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan: a. Tarikan tang/vakum	4				
II		b. Uri dirogoh	4				
		c. Diberi infuse/tranfuse	4				
	10	Pernah operasi sesar	8				
	11	Penyakit kaya ibu hamil : a. kurang darah	4				
		b. malaria					
		c. TBC paru	4				
		d. payah jantung	4				
		e. kencing manis (diabetes)	4				
		f penyakit menular seksual	4				
	12	Bengkak pada muka atau tungkai dan tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	Hamil kembar air (Hydramnion)	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak sungsang	4				
	18	Letak lintang	8				
	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Preeklamsi berat/kejang-kejang	8				
jumlah skor							

Sumber : Sihotang and Hidayatullah,(2024)

Keterangan :

- 1) Ibu hamil dengan skor 6 atau lebih dianjurkan untuk bersalin ditolong oleh tenaga Kesehatan.
- 2) Bila skor 12 atau lebih dianjurkan bersalin di RS. Perhitungan Jumlah Skor dan kode warna

Tabel 2.4 Perhitungan Jumlah Skor dan Kode Warna

Kehamilan			Kehamilan Dengan Resiko					
	Status Khmln	Perawatan	Rujukan	Tempat	Penolong	Rujukan		
						RDB	RDR	RTW
2	KRR	Bidan	Tidak dirujuk	Polindes	Bidan			
6-10	KRT	Bidan Dokter	Dirujuk Pkm/Rs	Pkm/Rs	Bidan Dokter	√	√	√
≥12	KRST	Dokter	Rumah Sakit	Rumah Sakit	Dokter	√	√	√

Pada tiap Kotak jumlah skor di hitung, jumlah skor 2, 6 sampai 10, dan 12 atau lebih. Berdasarkan jumlah skor, ibu hamil dapat di tentukan termasuk dalam 3 kelompok resiko KRR, KRST dengan kode warna hijau, kuning dan merah.

(a) Jumlah skor 2

Kehamilan resiko rendah KRR berwarna hijau

(b) Jumlah skor 6-10

Kehamilan resiko tinggi KRT warna kuning

(c) Jumlah ≥12

Kehamilan resiko sangat tinggi KRST kode warna merah.

I. Persiapan Rujukan Maternal Neonatal

Menurut Istiwati, Maeingga and Ivantarina, (2023) pada kasus rujukan maternal neonatal, persiapan rujukan yang harus diperhatikan dan dipersiapkan oleh Bidan dikenal dengan istilah BAKSOKUDAPN.

a) B (Bidan)

Tenaga kesehatan harus mendampingi saat melakukan rujukan. Tenaga kesehatan yang mendampingi harus kompeten dan memiliki keahlian dalam melakukan penanganan kegawatdaruratan.

b) A (Alat),

Tenaga kesehatan harus membawa perlengkapan/peralatan dan bahan-bahan yang akan digunakan selama dalam perjalanan saat merujuk.

c) K (Keluarga)

Tenaga kesehatan harus memberikan penjelasan atau informed consent kepada ibu dan keluarga tentang keadaan ibu dan alasan dilakukannya rujukan. Pada saat merujuk, suami atau anggota keluarga lainnya harus ikut menemani ibu (klien) ke tempat rujukan.

d) S (Surat)

Tenaga kesehatan harus menyiapkan catatan rekam medis untuk diserahkan ke fasilitas tempat rujukan. Catatan tersebut berisikan tentang identifikasi ibu (klien), diagnosis, alasan dilakukannya rujukan, uraian hasil rujukan, asuhan atau tindakan yang telah dilakukan, serta obat-obatan yang telah diberikan kepada ibu.

e) O (Obat)

Saat merujuk, obat-obatan esensial harus dibawa. Dalam perjalanan ke tempat rujukan, bisa saja terjadi hal-hal yang membutuhkan terapi untuk menjaga kestabilan keadaan klien.

f) K (Kendaraan)

Kendaraan yang disediakan harus dapat memberikan kenyamanan kepada klien saat merujuk dan dapat mencapai tempat rujukan tepat waktu. Kendaraan yang

digunakan atau dipersiapkan disesuaikan dengan kondisi *geografis* daerah setempat.

g) U (Uang).

Keluarga harus mempersiapkan uang atau dana sebagai persiapan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di tempat rujukan.

h) DA (Darah),

Donor darah harus dipersiapkan, misalnya dari anggota keluarga klien. Karena darah tidak selalu tersedia di bank darah atau di Palang Merah Indonesia (PMI).

i) P (Posisi) : Perhatikan posisi pasien dalam perjalanan

j) N (Nutrisi) : Pastikan nutrisi ibu tetap terpenuhi selama dalam perjalanan.

9. Konsep *Antenatal Care*

a Pengertian

Antenatal Care (ANC) adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga profesional untuk ibu selama masa kehamilannya yang dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan. Kunjungan ibu hamil ke pelayanan kesehatan dianjurkan yaitu 2 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II dan minimal 3 kali pada trimester III Kemenkes,(2020). Cakupan Pelayanan ANC terdiri dari K1 dan Cakupan K4. Cakupan K1 adalah cakupan paling pertama yang didapatkan oleh ibu hamil di pelayanan antenatal care dari tenaga kesehatan. Cakupan K4 adalah cakupan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar yang ada.

b. Standar pelayanan ANC

Standar Minimal pelayanan *Antenatal Care* yang diberikan kepada ibu hamil yaitu dalam melaksanakan pelayanan *Antenatal Care*, standar pelayanan yang harus dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang dikenal

dengan 10 T. Menurut Permenkes No 4 Tahun 2019, penerapan 10 T adalah sebagai berikut :

a) Pengukuran Tinggi Badan dan Penimbangan Berat Badan (T1)

Pengukuran tinggi badan cukup sekali dilakukan pada saat kunjungan awal ANC saja, untuk penimbangan berat badan dilakukan setiap kali kunjungan. Untuk pengisian tinggi badan dan penimbangan berat badan ini diisi pada halaman 2 di kolom pemeriksaan ibu hamil. Hal ini sangat penting dilakukan untuk mendeteksi faktor resiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan keadaan rongga panggul. Berat badan ideal untuk ibu hamil sendiri tergantung dari Indeks Masa Tubuh (IMT) ibu sebelum hamil. Indeks massa tubuh (IMT) adalah hubungan antara tinggi badan dan berat badan.

Pada trimester II dan III perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan 0,4 kg. Perempuan dengan gizi kurang 0,5 kg gizi baik 0,3 kg. Indeks masa tubuh adalah suatu metode untuk mengetahui penambahan optimal, yaitu:

- (a) 20 minggu pertama mengalami penambahan BB sekitar 2,5 kg
- (b) 20 minggu berikutnya terjadi penambahan sekitar 9 kg
- (c) Kemungkinan penambahan BB hingga maksimal 12,5 kg.

b) Pengukuran Tekanan Darah (T2)

Untuk mengetahui apakah ada hipertensi atau tidak. Tekanan darah tinggi dapat mengakibatkan keterlambatan pertumbuhan janin dalam kandungan atau *Intrauterine Growth Restriction* (IUGR) dan kelahiran mati, hal ini disebabkan karena *preeclampsia* dan *eclampsia* pada ibu akan menyebabkan pengapuran di daerah plasenta. Sedangkan bayi memperoleh makanan dan oksigen dari plasenta, dengan adanya pengapuran di daerah plasenta, suplai makanan dan oksigen yang masuk ke janin berkurang menyebabkan mekonium bayi yang berwarna hijau keluar dan membuat air ketuban keruh, sehingga akan mengakibatkan *asfiksia neonatorum*.

c) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA) (T3)

Pengukuran lingkar lengan atas dilakukan pada awal kunjungan ANC, hasil pengukuran dicatat di halaman 2 pada kolom pemeriksaan ibu hamil, ini dilakukan untuk mengetahui status gizi ibu hamil (skrinning KEK) dengan normal $> 23,5$ cm, jika didapati kurang dari 23,5 cm maka perlu perhatian khusus tentang asupan gizi selama kehamilan. Bila ibu hamil kurang gizi maka daya tahan tubuh untuk melawan kuman akan melemah dan mudah sakit maupun infeksi, keadaan ini tidak baik bagi pertumbuhan janin yang dikandung dan juga dapat menyebabkan anemia yang berakibat buruk pada proses persalinan yang akan memicu terjadinya perdarahan.

d) Pengukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU) (T4)

Pengukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU) dilakukan pada saat usia kehamilan masuk 22-24 minggu dengan menggunakan pita ukur, ini dilakukan bertujuan mengetahui usia kehamilan dan tafsiran berat badan janin. Hasil pengukuran TFU ini dicatat pada halaman 2 pada kolom pemeriksaan ibu hamil, yaitu bagian kolom yang tertulis periksa tinggi rahim. Tujuan pemeriksaan TFU menggunakan tehnik *Mc. Donald* adalah menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu dan hasilnya bisa di bandingkan dengan hasil anamnesis hari pertama haid terakhir (HPHT) dan kapan gerakan janin mulai dirasakan.

Tafsiran berat janin dapat ditentukan berdasarkan rumus Jhonson Toshack, perhitungan penting sebagai pertimbangan memutuskan rencana persalinan secara spontan, rumus tersebut adalah :

Tafsiran berat badan Janin (TBBJ) = (tinggi fundus uteri (dalam cm) - N) x 155

Dengan interpretasi hasil:

N : 11 bila kepala masih berada di bawah spina ischiadika

N : 12 bila kepala masih berada di atas spina ischiadika

N : 13 bila kepala belum lewat PAP

e) Pengukuran Presentasi Janin dan Detak Jantung Janin (DJJ) (T5)

Pengukuran Persentasi janin dan DJJ dilakukan setiap kunjungan pemeriksaan kehamilan, dicatat di halaman 2 pada kolom yang tertulis periksa letak dan denyut jantung janin. Detak jantung janin (DJJ) adalah sebuah indikator atau dalam sebuah pemeriksaan kandungan yang menandakan bahwa ada kehidupan di dalam kandungan seorang ibu. Untuk memeriksa kesehatan janin di dalam kandungan ibu hamil, dokter melakukan beberapa hal pemeriksaan dan denyut jantung bayi yang baru bisa dideteksi kurang lebihnya pada usia 11 minggu dengan frekuensi DJJ normal yaitu 130-160 kali per menit .

f) Melakukan skrining imunisasi *Tetanus Toksoid* (TT) (T6)

Skrining TT (*Tetanus Toksoid*) menanyakan kepada ibu hamil jumlah vaksin yang telah diperoleh dan sejauh mana ibu sudah mendapatkan imunisasi TT, secara idealnya Wanita Usia Subur (WUS) mendapatkan imunisasi TT sebanyak 5 kali, mulai dari TT1 sampai TT5. Pemberian imunisasi tetanus toksoid (TT) artinya memberikan kekebalan terhadap penyakit tetanus kepada ibu hamil dan bayi yang dikandungnya.

Pengisian Skrining TT dicatat pada halaman 2 pada kolom pemeriksaan ibu hamil yang tertulis status dan imunisasi tetanus. Sesuai dengan WHO, jika seorang ibu yang tidak pernah diberikan imunisasi tetanus maka ia harus mendapatkan paling sedikitnya dua kali (suntikan) selama kehamilan (pertama pada saat kunjungan antenatal dan kedua pada empat minggu kemudian). Jarak pemberian (*interval*) imunisasi TT 1 dengan TT 2 minimal 4 minggu.

Tabel 2.5
Rentang waktu pemberian imunisasi TT

Imunisasi TT	Interval	Lama perlindungan
TT 1	Pada kunjungan ANC pertama	Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus
TT 2	1 Bulan setelah TT 1	3 Tahun
TT 3	6 Bulan setelah TT 2	5 Tahun
TT 4	12 Bulan setelah TT3	10 Tahun
TT 5	12 Bulan setelah TT4	>25 Tahun

sumber: Walyani S.E (2020). Asuhan kebidanan Pada Kehamilan

g) Pemberian Tablet Fe (T7)

Zat besi merupakan mikro elemen esensial bagi tubuh yang diperlukan dalam sistem hemoglobin dimana untuk mengkonsumsi tablet Fe sangat berkaitan dengan kadar hemoglobin pada ibu hamil. Pemberian Tablet Fe diberikan setiap kunjungan ANC, setiap pemberian dilakukan pencatatan di buku KIA halaman 2 pada kolom yang tertulis pemberian tablet tambah darah. Pemberian Tablet besi atau Tablet Tambah Darah (TTD) diberikan pada ibu hamil sebanyak satu Tablet (60 mg) setiap hari berturut-turut selama 90 hari selama masa kehamilan, sebaiknya memasuki bulan kelima kehamilan, TTD mengandung 200 mg ferro sulfat setara dengan 60 mg besi elemental dan 0,25 mg asam folat baik diminum dengan air jeruk yang mengandung vitamin C untuk mempermudah penyerapan.

h) Pemeriksaan Laboratorium (Rutin dan khusus) (T8) Pemeriksaan laboratorium dilakukan untuk mencegah halhal buruk yang bisa mengancam janin. Hal ini bertujuan untuk skrinning/mendeteksi jika terdapat kelainan yang perlu dilakukan lebih lanjut . Hasil pemeriksaan laboratorium dilengkapi dengan mencatat di buku KIA halaman 2 pada bagian kolom test lab *haemoglobin* (HB), test golongan darah, test lab protein urine, test lab gula darah, PPIA.

Berikut bentuk pemeriksaannya :

(a) Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan

(b) Pemeriksaan kadar *hemoglobin* darah (Hb)

Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan.

(c) Pemeriksaan protein dalam urin

Pemeriksaan protein dalam urin pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya preeklamsia pada ibu hamil.

(d) Pemeriksaan kadar gula darah

Ibu hamil yang dicurigai menderita diabetes melitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada trimester pertama, sekali pada trimester kedua, dan sekali pada trimester ketiga terutama akhir trimester ketiga.

(e) Pemeriksaan tes *sifilis*

Pemeriksaan tes sifilis dilakukan di daerah dengan resiko tinggi dan ibu hamil yang diduga *sifilis*. Pemeriksaan sifilis sebaiknya dilakukan sedini mungkin pada kehamilan

(f) Pemeriksaan HIV (*Human Immunodeficiency Virus*)

Pemeriksaan HIV terutama untuk daerah dengan resiko tinggi dan ibu hamil yang diduga sifilis. Pemeriksaan sifilis sebaiknya dilakukan sedini mungkin pada kehamilan.

i) Tatalaksana atau Penanganan khusus (T9)

Berdasarkan hasil pemeriksaan di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium atau setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan. Pengisian tersebut dicatat pada halaman 2 dikolom pemeriksaan ibu hamil yang tertulis tatalaksana kasus.

j) Temu Wicara (Konseling) (T 10)

Dilakukan pada setiap kunjungan antenatal, pengisian tersebut dicatat di buku KIA halaman 2 pada kolom pemeriksaan ibu hamil yang tertulis konseling. Pemberian konseling yang meliputi, sebagai berikut

(a) Kesehatan Ibu.

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memeriksakan kehamilannya secara rutin ke tenaga kesehatan dan menganjurkan ibu hamil agar beristirahat yang cukup selama kehamilannya (sekitar 9-10 jam per hari) dan tidak bekerja keras.

(b) Perilaku Hidup Bersih dan Sehat.

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk menjaga kebersihan badan selama kehamilan misalnya mencuci tangan sebelum makan, mandi dua kali sehari dengan menggunakan sabun, menggosok gigi setelah sarapan dan sebelum tidur serta melakukan olah raga ringan.

(c) Peran Suami/Keluarga Dalam Kehamilan.

Setiap ibu hamil perlu mendapatkan dukungan dari keluarga terutama suami dalam kehamilannya. Suami, keluarga, atau masyarakat perlu menyiapkan biaya persalinan, kebutuhan bayi, transportasi rujukan, dan calon donor darah. Hal ini penting apabila terjadi komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas agar segera dibawa ke fasilitas kesehatan.

(d) Tanda Bahaya Pada Kehamilan, Persalinan dan Nifas

Setiap ibu hamil diperkenalkan mengenal tanda-tanda bahaya baik selama kehamilan, persalinan, maupun nifas misalnya perdarahan pada hamil muda maupun hamil tua, keluar cairan berbau pada jalan lahir saat nifas. Mengenal tanda-tanda bahaya ini penting agar ibu hamil segera mencari pertolongan ke tenaga Kesehatan.

(e) Asupan Gizi Seimbang.

Selama hamil ibu dianjurkan untuk mendapatkan asupan makanan yang cukup dengan pola gizi yang seimbang karena hal ini penting untuk proses tumbuh kembang janin dan derajat kesehatan ibu. Misalnya ibu hamil disarankan minum tablet tambah darah secara rutin untuk mencegah terjadinya *anemia* pada kehamilannya.

(f) Gejala Penyakit Menular dan Tidak Menular.

Setiap ibu hamil harus tahu mengenai gejala-gejala penyakit menular dan penyakit tidak menular karena dapat mempengaruhi pada kesehatan ibu dan janinnya. Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan Pemberian *ASI Eksklusif*. Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memberikan ASI kepada bayinya segera setelah bayi lahir karena ASI mengandung zat kekebalan tubuh yang penting untuk kesehatan bayi. Pemberian *ASI* dilanjutkan sampai bayi berusia 6 bulan.

(g) KB (Keluarga Berencana) Pasca Persalinan.

Ibu hamil diberikan pengarah tentang pentingnya ikut KB setelah persalinan untuk menjarangkan kehamilan agar ibu punya waktu merawat kesehatan diri sendiri, anak, dan Keluarga .

2. Konsep Dasar Persaliam

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah suatu proses fisiologis yang memungkinkan serangkaian perubahan yang besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir.

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin Namangdjabar, Bakoil and Seran, (2023).

Menurut Mochtar R. Beberapa istilah yang ada hubungannya dengan persalinan:

Menurut cara persalinan

1. Persalinan Spontan

adalah persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri melalui jalan lahir

2. Persalinan Buatan

adalah persalinan dibantu tenaga dari luar misalnya: *forceps*, *vacum SC*

3. Persalinan Anjuran

adalah persalinan berlangsung setelah amniotomi dan pemberian obat-obatan (*pitocin/prostaglandin*). Namangdjabar, Bakoil and Seran, (2023)

Menurut umur kehamilan

1. *Abortus* (keguguran)

Adalah terhentinya kehamilan sebelum janin dapat hidup (*viable*) berat janin dibawah 1000g-tua kehamilan dibawah 28 minggu

2. *Partus prematurus* adalah persalinan dari hasil konsepsi pada kehamilan 28 -36 minggu janin dapat hidup tetapi prematur, berat janin antara 1000-2500 g

3. *Partus Maturus* atau *aterm* (cukup bulan) adalah partus pada persalinan 37-42 minggu dengan berat janin diatas 2500 g

4. *Partus Post Maturus* (*serotinus*) adalah partus pada persalinan

lebih 42 minggu

b. Sebab-sebab Mulainya Persalinan

1) Penurunan kadar Progesteron

Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim sebaliknya estrogen meningkatkan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan dapat keseimbangan antara kadar *progesteron* dan *estrogen* didalam darah tetapi pada akhir kehamilan kadar *progesteron* menurun sehingga timbul his. Namangdjabar, Bakoil and Seran, (2023)

2) Pada akhir kehamilan kadar oksitosin bertambah oleh karena itu timbul kontraksi otot-otot rahim. Namangdjabar, Bakoil and Seran, (2023)

3) Kerenggangan Otot-otot rahim dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot rahim dan makin rentan. Namangdjabar, Bakoil and Seran, (2023)

4) Pengaruh Janin

Hipofise dan kelenjar suprarenal janin memegang peranan karena pada *anencehalus* kehamilan sering lebih lama dari biasa Namangdjabar, Bakoil and Seran, (2023)

5) Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh *desidua* menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa *prostaglandin* F2 dan E2 yang diberikan secara *intravena*, menimbulkan kontraksi *myometrium* pada setiap umur kehamilan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar *prostaglandin* yang tinggi baik dalam air ketuban. maupun dalam perifer pada ibu-ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan Namangdjabar, Bakoil and Seran, (2023)

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Persalinan dapat berlangsung dengan lancar apabila terdapat koordinasi yang baik antara *power*, *passage*, *passanger*, *psikis* dan penolong.

1) Power/kontraksi

Proses persalinan membutuhkan tenaga atau power yang berasal dari kontraksi dan kekuatan meneran ibu. Kontraksi uterus atau his,

merupakan kekuatan yang berasal dari kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan ligament. Ada perbedaan kontraksi yang mengarah ke proses persalinan dan tidak. His persalinan akan terjadi secara teratur, terasa nyeri, bertambah kuat seiring dengan proses pembukaan dan berpengaruh terhadap proses pembukaan serviks. Sementara his pendahuluan/his palsu/*Braxton hicks* terjadi tidak teratur, tanpa disertai rasa nyeri dan tidak berpengaruh terhadap proses pembukaan *serviks*

Otot-otot yang berkontraksi membutuhkan tenaga yang didapat dari makanan, untuk itu penting memperhatikan asupan makanan bagi ibu yang akan bersalin. Selama proses kala I melakukan observasi kekuatan his/kontraksi dilakukan secara teratur untuk menilai apakah kontraksi berjalan dengan baik. Proses observasi kontraksi meliputi beberapa hal seperti di bawah ini

- a Frekuensi: jumlah kontraksi uterus/his dalam 10 menit, misalkan 3x/10 menit
- b Lamanya kontraksi: lamanya kontraksi berlangsung dan diukur dalam detik, misalkan 20 detik pada kala I dan 45-60 detik pada kala II
- c Kekuatan/*Intensitas*: kekuatan kontraksi diukur dalam mmHg dan dibedakan dalam kuat, sedang dan lemah.
- d Rentang/jarak di antara kontraksi: masa relaksasi (di antara dua kontraksi), ada relaksasi atau tidak ada relaksasi
- e Ritme kontraksi: diobservasi selama 3 kali pemeriksaan, teratur atau tidak teratur

Pemeriksaan kontraksi uterus selama masa persalinan sangat penting untuk mengukur sejauh mana kemajuan persalinan. Kontraksi yang baik akan berpengaruh terhadap penipisan serviks (*effacement*) dan pembukaan *serviks* (*dilatasi*) sehingga janin dapat turun ke dasar panggul. Damayani and Imami, (2025)

Tabel 2.6
Perbedaan His pendahuluan dan His Persalinan

His Pendahuluan	His Persalinan
Tidak Teratur	Teratur
Tidak Nyeri	Nyeri
Tidak Pernah kuat	Tambah kuat sering
Tidak Terpengaruh Pada Serviks	Ada pengaruh pada serviks

sumber : Widyastuti (2021)

2) Passage/panggul ibu

Panggul ibu terdiri atas jalan lahir keras dibentuk oleh 4 buah tulang yaitu 2 tulang pangkal paha (*os coxae*), 1 tulang kelangka (*os sacrum*) dan 1 tulang tungging (*os coccyges*) dan jalan lahir lunak yang dibentuk oleh otot-otot dan ligament. Ukuran panggul terdiri dari :

a) Panggul luar Ukuran panggul luar terdiri dari:

- (1) *Distansia spinarum* : diameter antara dua spina iliaka anterior superior kanan dan kiri : 24-26 cm.
- (2) *Distansia kristarum* : diameter terbesar kedua crista iliaka kanan dan kiri: 28-30cm.
- (3) *Distansia boudeloque* atau *konjugata eksterna* : diameter antara lumbal ke- 5 boudeloque atau konjugata dengan tepi atas symfisis pubis 18-20 cm. Ketiga distansia ini diukur dengan jangka panggul.
- (4) Lingkar panggul : jarak antara tepi atas symfisis pubis ke pertengahan antara trokhanter dan spina iliaka anterior superior kemudian ke lumbal ke-5 kembali ke sisi sebelahnya sampai kembali ke tepi atas symfisis pubis.

b) Panggul dalam

(1) Pintu Atas Panggul (PAP)

Pintu Atas Panggul adalah batas dari panggul kecil berbentuk bulat oval. PAP dibatasi oleh promontorium,

sayap sacrum, linea innominata, ramus superior ossis pubis dan pinggir atas symphysis. Ukuran pada PAP.

(2) Bidang Luas Panggul

Bidang luas panggul adalah ukuran-ukuran yang terbesar. Bidang ini terbentang antara pertengahan *symphysis*, pertengahan *acetabulum* dan pertemuan antara *sacral* II & III. Ukuran muka belakang 12,75 cm dan ukuran melintang 12,5 cm. Pada bidang ini tidak menimbulkan kesukaran dalam persalinan.

(3) Bidang Sempit Panggul

Bidang sempit panggul merupakan bidang dengan ukuran ukuran terkecil. Bidang ini terdapat setinggi pinggir bawah *symphysis*, kedua *spina ischiadica* dan memotong *sacrum* $\pm$ 12 cm diatas ujung sacrum. Ukuran muka belakang 11,5 cm, ukuran melintang 10 cm dan diameter *sagitalis posterior* ialah dari *sacrum* ke pertengahan antara *spina ischiadica* 5 cm. Kesempitan pintu bawah panggul biasanya disertai kesempitan bidang sempit panggul.

(4) Pintu Bawah Panggul

Pintu bawah panggul bukan satu bidang, tetapi terdiri dari 2 segitiga dengan dasar yang sama, yaitu garis yang menghubungkan kedua *tuber ischiadicum* kiri dan kanan. Puncak dari segitiga yang belakang adalah ujung *os sacrum*, sisinya adalah *ligamentum sacro tuberosum* kiri dan kanan. Segitiga depan dibatasi oleh *arcus pubis*.

c) *Inklinatio pelvis*

Adalah kemiringan panggul, sudut yang terbentuk antara bidang semu. Pintu atas panggul dengan garis lurus tanah sebesar 55- 60 derajat

d) Sumbu panggul

Secara klasik garis yang menghubungkan titik persekutuan antara *diameter transversa* dan *conjugata vera* pada pintu atas panggul dengan titik sejenis di hodge II, III, dan IV. Sampai dekat hodge III sumbu itu lurus sejajar dengan *sacrum*, untuk seterusnya melengkung ke depan, sesuai dengan lengkungan *sacrum*. Diameter bidang pintu atas panggul tengah, pintu bawah dan sumbu jalan lahir menentukan mungkin tidaknya persalinan pervaginam berlangsung dan bagaimana janin dapat menuruni jalan lahir. Sudut *subpubis* yang menunjukkan jenis lengkung pubis serta panjang ramus pubis dan *diameter intertuberositas*, merupakan bagian terpenting karena pada tahap awal janin harus melalui bagian bawah lengkung *pubis* maka sudut *subpubis* yang sempit kurang menguntungkan jika dibandingkan dengan lengkung yang bulat dan lebar.

e) Bidang panggul

Bidang hodge adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam/vagina toucher (VT).

Adapun bidang hodge sebagai berikut :

(1) Hodge I

Bidang yang setinggi Pintu Atas Panggul (PAP) yang dibentuk oleh *promontorium*, *artikulasio sakro iliaca*, sayap *sacrum*, *linia inominata*, *ramus superior os pubis*, tepi atas *symfisis pubis*.

(2) Hodge II

Bidang setinggi pinggir bawah *symfisis pubis* berhimpit dengan PAP (Hodge I).

(3) Hodge III

Bidang setinggi *spina ischiadica* berhimpit dengan PAP (Hodge I).

(4) Hodge IV

Bidang setinggi ujung *os coccygis* berhimpit dengan PAP (Hodge I).

f) Bentuk panggul

Bentuk panggul dikelompokkan sebagai berikut: *Ginekoid* (tipe wanita klasik), *Android* (mirip panggul pria), *Anthropoid* (mirip panggul kera anthropoid), *Platipeloid* (panggul pipih)

3) *Passanger*

Presentasi atau malformasi janin dapat mempengaruhi persalinan normal. Pada faktor passager, banyak faktor yang mempengaruhi ukuran kepala janin, penampakan, letak, postur dan posisi janin. Karena plasenta juga melewati jalan lahir, maka dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin.

Passanger merupakan faktor yang juga sangat mempengaruhi persalinan adalah faktor janin meliputi sikap janin, letak janin dan bagian terendah. Posisi janin menggambarkan hubungan bagian-bagian.

janin dengan sumbu tubuh janin, misalnya posisi kepala, kaki, dan lengan yang ditekuk. Artinya bias dikatakan janin dalam posisi panjang (Presenstase kepala dan presentase bokong), posisi melintang dan posisi miring. Bagian terbawah adalah istilah untuk menunjukkan bagian janin apa yang paling bawah. Ruhayati, Yusnidar and Insani, (2024)

4) Psikis (Psikologi)

Proses persalinan adalah keadaan yang menegangkan dan mencemaskan bagi wanita dan keluarganya. Rasa takut, tegang dan cemas mungkin mengakibatkan proses kelahiran berlangsung lambat. Keadaan psikologis ibu mempengaruhi

proses persalinan. Ibu yang melahirkan didampingi suami dan orang

terdekat cenderung mengalami proses persalinan yang lebih lancar dibandingkan ibu yang melahirkan tanpa suami atau orang terdekat. Hal ini menunjukkan bahwa dukungan mental memberikan dampak positif keadaan psikologis ibu sehingga mempengaruhi keberhasilan persalinan Ruhayati, Yusnidar and Insani, (2024).

5) Penolong

Penolong persalinan adalah bidan maupun dokter. Dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin, dalam hal ini tergantung dari kemampuan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan Ruhayati, Yusnidar and Insani, (2024)

d. Perubahan Fisiologi Pada ibu Bersalin

Sejumlah perubahan fisiologis yang normal akan terjadi selama persalinan. Hal ini untuk mengetahui perubahan-perubahan yang dapat dilihat secara klinis dan bertujuan untuk dapat secara tepat dan tepat menginterpretasikan tanda-tanda, gejala tertentu, serta penemuan perubahan fisik dan laboratorium apakah normal atau tidak.

1) Perubahan Uterus

Selama persalinan uterus berubah bentuk menjadi dua bagian yang berbeda yaitu segmen atas dan segmen bawah. Segmen atas rahim memegang peranan yang aktif karena berkontraksi dan dindingnya menjadi bertambah tebal dengan majunya persalinan. Sebaliknya segmen bawah rahim memegang peranan pasif dan makin tipis dengan majunya persalinan karena diregangkan. Segmen atas rahim berkontraksi mengalami retraksi, menjadi tebal, dan mendorong janin keluar sebagai respon terhadap gaya dorong kontraksi pada segmen atas, sedangkan segmen bawah rahim dan

serviks mengadakan relaksasi, dilatasi, serta menjadi saluran yang tipis dan teregang yang akan dilalui janin.

2) Perubahan *Serviks*

Perubahan *serviks* terjadi akibat peningkatan kontraksi uterus yang menghasilkan tekanan *hidrostatik* ke seluruh selaput ketuban terhadap *serviks* dan segmen bawah uterus. Bila selaput ketuban sudah pecah, bagian terbawah janin dipaksa langsung mendesak *serviks* dan segmen bawah rahim, akan terjadi pendataran dan dilatasi pada serviks yang sudah melunak. Pendataran *serviks* ialah pemendekan *canalis serviks*, yang semula berupa sebuah saluran yang panjangnya 1-2 cm, menjadi satu lubang saja dengan pinggir yang tipis dan lubang tersebut menjadi bertambah besar. Dilatasi adalah pelebaran atau pembukaan yang terjadi pada serviks mulai dari 0-10 cm, dikatakan pembukaan lengkap apabila sudah mencapai pembukaan 10 cm, sudah bisa dilewati bayi.

3) Perubahan *Kardiovaskuler*

Penurunan yang mencolok selama *acme* kontraksi uterus tidak terjadi jika ibu berada dalam posisi miring bukan posisi telentang. Denyut jantung di antara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode persalinan atau belum masuk persalinan. Hal ini mencerminkan kenaikan dalam metabolisme yang terjadi selama persalinan.

4) Perubahan Tekanan Darah

Perubahan tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata sebesar 10- 20 mmHg dan kenaikan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu di antara kontraksi, tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari. Nyeri, rasa takut, dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah.

5) Perubahan Nadi

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

6) Perubahan Suhu

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, suhu mencapai tertinggi selama persalinan dan segera setelah persalinan. Kenaikan ini dianggap normal asal tidak melebihi $0,5^{\circ} - 1^{\circ}\text{C}$. Suhu badan yang naik sedikit merupakan hal yang wajar, tetapi keadaan ini berlangsung lama, keadaan suhu ini mengindikasikan adanya dehidrasi. Parameter lainnya yang harus diperiksa, antara lain selaput ketuban pecah atau belum karena hal ini merupakan tanda infeksi.

7) Perubahan Pernapasan

Kenaikan pernapasan dapat disebabkan karena adanya nyeri, kekhawatiran, serta penggunaan teknik rasa pernapasan yang tidak benar.

8) Perubahan Metabolisme

Selama persalinan, metabolisme karbohidrat aerob maupun anaerob meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini terutama disebabkan oleh aktivitas otot rangka. Peningkatan aktivitas metabolik terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernapasan, curah jantung, dan cairan yang hilang.

9) Perubahan Ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Poliuria menjadi kurang jelas pada posisi telentang karena posisi ini membuat aliran urine berkurang selama kehamilan. Sedikit proteinuria ($\text{rek}, 1+$) umum ditemukan pada

sepertiga sampai setengah jumlah wanita bersalin. Proteinuria 2+ dan lebih adalah data yang abnormal .

10) Perubahan *Gastrointestinal*

Motilitas dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Apabila kondisi ini diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Cairan tidak dipengaruhi dan waktu yang dibutuhkan untuk pencernaan dilambung tetap seperti biasa. Makanan yang di ingesti selama periode menjelang persalinan atau fase prodormal atau fase laten, persalinan cenderung akan tetap berada di dalam lambung selama persalinan. Mual dan muntah umum terjadi selama fase transisi, yang menandai akhir fase pertama persalinan.

e. Tanda-tanda Persalinana

Gejala persalinan jika sudah dekat akan menyebabkan kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi semakin pendek, dengan terjadi pengeluaran tanda seperti lendir bercampur darah yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks, terkadang ketuban pecah dengan sendirinya, pada pemeriksaan dalam didapat perlunakan serviks pendataran serviks dan terjadi pembukuan *serviks steroid*.

1) Tanda-tanda Permulaan Persalinan

Sebelum terjadinya persalinan sebenarnya beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki "bulannya" atau "minggunya" atau "harinya" yang disebut kala pendahuluan. Ini memberikan tanda-tanda sebagai berikut:

- a) *Lightening* atau *settling* atau droping yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida. Pada multipara tidak begitu kentara; perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri menurun.

- b) Perasaan sering kencing atau susah kencing karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin; perasaan sakit diperut dan pinggang oleh adanya kontraksi kontraksi lemah dari uterus, kadang-kadang disebut "false labor pains".
- c) Serviks menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah bisa berempur darah atau *bloody show*

2) Tanda-tanda Timbulnya Persalinan

Pada fase ini sudah memasuki tanda-tanda inpartu:

a) Terjadinya his persalinan

His adalah kontraksi rahim yang dapat diraba menimbulkan rasa nyeri diperut serta dapat menimbulkan pembukaan serviks kontraksi rahim yang dimulai pada 2 face maker yang letaknya di dekat cornu uteri. His yang menimbulkan pembukaan serviks dengan kecepatan tertentu disebut his efektif. His efektif mempunyai sifat adanya dominan kontraksi uterus pada fundus uteri (*fundal dominance*), kondisi berlangsung secara sinkron dan harmonis, adanya intensitas kontraksi yang maksimal diantara dua kontraksi, irama teratur dan frekuensi yang kian sering, lama his berkisar 45-60 detik. Pengaruh his ini dapat menimbulkan desakan di daerah uterus (meningkat) terjadi penurunan janin, terjadi penebalan pada dinding korpus uterus, terjadi peregangan dan penipisan pada isthmus uteri, serta terjadinya pembukaan pada kanalis servikalis His persalinan memiliki sifat sebagai berikut:

- (1) Pinggang terasa sakit dan mulai menjalar ke depan.
- (2) Teratur dengan *interval* yang makin pendek dan kekuatannya makin besar.
- (3) Mempunyai pengaruh terhadap perubahan *serviks*.
- (4) Penambahan aktivitas (seperti berjalan) maka his tersebut semakin meningkat.

b) Keluarnya lendir bercampur darah (*show*)

Lendir ini berasal dari pembukaan kanalis *servikalis*. Sedangkan pengeluaran darahnya disebabkan oleh robeknya pembuluh darah waktu *serviks* membuka.

c) Ketuban pecah

Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban menjelang persalinan. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun, apabila persalinan tidak tercapai, maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya *ekstraksi vakum* atau *sectio caesarea*.

d) *Dilatasi* dan *effacement*

Dilatasi adalah terbukanya kanalis *servikalis* secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. *Effacement* adalah pendataran atau pemendekan kanalis *servikalis* yang semula panjang 1-2 cm menjadi hilang sama sekali, sehingga tinggal hanya ostium yang tipis seperti kertas. Untuk rasa sakit yang dirasakan oleh wanita pada saat menghadapi persalinan berbeda-beda tergantung dari rasa sakitnya, akan tetapi secara umum wanita yang akan mendekati persalinan akan merasakan :

(1) Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur, keluar lendir bercampur darah (*show*) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada *serviks*

(2) Pada pemeriksaan dalam *serviks* mendatar dan pembukaan telah ada

(3) Pengeluaran lendir dan darah

e) Dengan his persalinan terjadi perubahan pada *serviks* yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada *kanalis servikalis*

lepas, terjadi perdarahan kapiler pembuluh darah pecah. Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan berlangsung dalam waktu 24 jam.

f. Tahapan Persalinan

Tahapan persalinan di bagi menjadi 4 yaitu:

a. Kala I Persalinan

Di mulai sejak adanya his yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatan) yang menyebabkan pembukaan sampai *serviks* membuka lengkap 10 cm, kala I terdiri dari dua fase, yaitu fase laten dan aktif.

a). Fase laten

Fase laten merupakan fase pembukaan *serviks* hingga 3 cm yang waktunya sekitar 8 jam.

b). Fase Aktif

Fase Aktif merupakan fase pembukaan *serviks* dari 3 cm hingga 10 cm (pembukaan Lengkap) yang waktunya Sekitar 6-7 jam, pada fase ini kontraksi lebih kuat dan sering terjadi. Menurut manaba fase aktif dibagi menjadi 3 fase antara lain :

a. Fase Akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

b. Fase Dilatasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan sangat cepat dari 5 cm menjadi 9 cm.

c. Fase Deselerasi

Pembukaan menjadi lambat Kembali dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap. Pada primigravida berlangsung selama 12 jam pada multigravida berlangsung 8 jam, kecepatan

pembukaan serviks 1 cm/jam (*primigravida*), atau lebih dari 1cm atau 2 cm, (*Multigravida*).

b. Kalla II Persalinan

Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi. Tanda pasti kala II ditentukan melalui pemeriksaan dalam yang hasilnya adalah:

- a) Pembukaan serviks telah lengkap (10 cm).
- b) Terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

Proses kala II berlangsung 2 jam pada primipara dan 1 jam pada multipara. Dalam kondisi yang normal pada kala II kepala janin sudah masuk dalam dasar panggul, maka pada saat his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara refleks menimbulkan rasa mencedas. Wanita merasa adanya tekanan pada rektum dan seperti akan buang air besar. Kemudian perineum mulai menonjol dan melebar dengan membukanya anus. Labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak di vulva saat ada his. Jika dasar panggul sudah berelaksasi, kepala janin tidak masuk lagi diluar his. Dengan kekuatan his dan mencedas maksimal kepala dilahirkan dengan sub oksiput dibawah simpisis dan dahi, muka, dagu melewati perineum. Setelah

his istirahat sebentar, maka his akan mulai lagi untuk mengeluarkan anggota badan bayi.

c. Kalla III Persalinan

Persalinan kala III dimulai segera setelah bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta serta selaput ketuban yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan

atau dengan tekanan dari fundus uteri. Pada kala III dilakukan pemeriksaan laserasi atau robekan jalan lahir. Pembagian derajat robekan *perineum*, derajat I yaitu luka sebatas mukosa vagina dan otot *perineum*, derajat II dari mukosa vagina sampai otot *perineum*, derajat III dari mukosa vagina sampai otot *sphincter* ani dan derajat IV luka dari mukosa vagina sampai rektum.

d. Kala IV Persalinan

Selama 2 jam setelah plasenta lahir, untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan post partum yang mungkin disebabkan oleh atonia uteri. Oleh karena itu perlu dilakukan pemantauan setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada 1 jam kedua meliputi tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus uteri, kontraksi, perdarahan dan kandung kemih Namangdjabar, Bakoil and Seran, (2023)

g. Asuhan kebidanan persalinan

a) Asuhan Kala I

Selama kala I persalinan, rencana penatalaksanaan bidan termasuk memonitor kemajuan persalinan, keadaan ibu dan bayi digunakan partograf. Partograf membantu petugas kesehatan dalam memberi peringatan bahwa suatu persalinan berlangsung lama karena adanya gawat ibu dan janin, dan menentukan keputusan. Pada asuhan kala I sebagai bidan juga mendukung ibu dalam memilih posisi apapun yang diinginkan untuk mengurangi rasa sakit seperti posisi duduk/setengah duduk, merangkak, jongkok/berdiri, dan berbaring miring ke kiri. Pada saat ibu merasa kesakitan, bidan atau pendamping ibu juga dapat menggosok punggung, mengelus perut ibu dan memberi sedikit pijatan. Asuhan yang sifatnya mendukung selama persalinan merupakan standar pelayanan kebidanan. asuhan yang mendukung berarti bersifat aktif dan ikut serta dalam kegiatan

yang berlangsung. Lima kebutuhan seorang wanita dalam persalinan adalah asuhan fisik dan fisiologis, kehadiran seorang pendamping secara terus menerus, pengurangan rasa sakit, penerimaan atas sikap dan perilakunya, dan informasi dan kepastian tentang hasil persalinan yang aman.

b) Asuhan Kala II

penatalaksanaan kala II persalinan merupakan kelanjutan tanggung jawab bidan pada waktu penatalaksanaan asuhan kala I yaitu mengevaluasi kontinu kesejahteraan ibu dan janin, kemajuan persalinan, asuhan pendukung dari orang terdekat serta keluarga, persiapan kelahiran, penatalaksanaan kelahiran, pembuatan keputusan untuk penatalaksanaan kala II kelahiran.

60 langkah asuhan persalinan normal yaitu :

Menyiapkan Pertolongan Persalinan

- (1) Mengenali dan Melihat adanya tanda persalinan kala II yang dilakukan adalah: tingkat kesadaran penderita, pemeriksaan tanda-tanda gejala kala II yaitu Ibu mempunyai keinginan untuk meneran, Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vaginanya, Perineum menonjol, vulva, vagina dan sfingter ani membuka.
- (2) Memastikan perlengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul *oksitosin* 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai didalam partus set.
- (3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik bersih.
- (4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
- (5) Memakai satu sarung tangan DTT atau steril untuk pemeriksaan dalam.

- (6) Mengisap *oksitosin* 10 unit kedalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan letakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengontaminasi tabung suntik)
Memastika Pembukaan Lengkap dengan Janin Baik
- (7) Membersihkan *vulva* dan *perineum*, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah di basahi air desinfeksi tingkat tinggi.
- (8) Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan *amniotomi*.
- (9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
- (10) Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-180 x/menit). Menyiapkan Ibu dan Keluarga.
- (11) Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, membantu ibu dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran.
- (12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (pada saat adanya his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan dia merasa nyaman).
- (13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

- (14) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
- (15) Meletakkan kain yang bersih di lipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
- (16) Membuka partus set.
- (17) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan. Menolong Kelahiran Bayi
- (18) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi *perineum* dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepal lahir perlahan-lahan. Menganjurkan ibu meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.
- (19) Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.
- (20) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika terjadi lilitan tali pusat. Jika tali pusat melilit leher janin secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi. Jika tali pusat melilit leher janin dengan erat, mengklem didua tempat dan memotongnya.
- (21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran peksi luar secara spontan. Lahir Bahu
- (22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tepatkan ke dua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya, dengan lembut menariknya kearah bawah dan kearah luar sehingga bahu *anterior* muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan kearah luar untuk melahirkan bahu *posterior*.

- (23) Setelah kedua bahu di lahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah *perineum*, membiarkan bahu dan lengan *posterior* lahir ketangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati *perineum*, gunakan tangan bagian bawah saat menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior saat bayi keduanya lahir.
- (24) Setelah tubuh dan lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (*anterior*) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangga saat punggung dan kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dan dengan hati – hati membantu kelahiran kaki. Penanganan Bayi Baru Lahir.
- (25) Menilai bayi dengan cepat (dalam waktu 30 detik), kemudian meletakkan bayi diatas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan).
- (26) Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi.
- (27) Mencepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama.
- (28) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara dua klem tersebut.
- (29) Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan bagian tali pusat terbuka.

- (30) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan mulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya *Oksitosin*
- (31) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
- (32) Memberitahu pada ibu bahwa ia akan disuntik.
- (33) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 unit I.M di gluteus atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu. Peregangan Tali Pusat Terkendali.
- (34) Memindahkan klem pada tali pusat.
- (35) Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat diatas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus, memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
- (36) Menunggu uterus kontraksi dan kemudian melakukan penegangan kearah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus kearah atas dan belakang (*dorso-kranial*) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya *inversio uteri*. Jika plasenta tidak lahir setelah 3040 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai Mengeluarkan Plasenta
- (37) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat kearah bawah dan kemudian kearah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat, beri dosis ulangan

oksitosin 10 unit IM, lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh, minta keluarga untuk menyiapkan rujukan, ulangi penegangna tali p usat 15 menit berikutnya, jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual.

- (38) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan menggunakan ke dua tangan. Memegang plasenta dengan kedua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut. Pemijatan Uterus.
- (39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan Masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (Fundus menjadi keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase. Menilai Perdarahan
- (40) Memeriksa kedua sisi plasenta yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta kedalam kantung plastik atau tempat khusus.
- (41) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif. Melakukan Prosedur PascaPersalinan.
- (42) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
- (43) Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air DTT dan mengeringkan dengan kain yang bersih dan kering.

- (44) Menempatkan klem tali pusat DTT atau steril atau mengikat tali DTT dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
- (45) Mengikat satu lagi simpul mati di bagian pusat yang bersebrangan dengan simpul mati yang pertama.
- (46) Melepaskan klem dan meletakkannya kedalam larutan klorin 0,5%.
- (47) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan kainnya bersih atau kering.
- (48) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
- (49) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan *pervaginam*.
- (50) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
- (51) Mengevaluasi kehilangan darah.
- (52) Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan. Kebersihan dan Keamanan
- (53) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
- (54) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
- (55) Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu untuk memakai pakaian yang bersih dan kering.
- (56) Memastikan bahwa ibu nyaman, membantu ibu memberikan ASI, menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.

(57) Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5%, dan membilas dengan air bersih. (58) Mencelupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% membalikan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

(59) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air yang mengalir.
Dokumentasi

(60) Dokumentasi dengan melengkapi partograf.

c. Kala III Persalinan

Persalinan kala III dimulai segera setelah bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta serta selaput ketuban yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan dari fundus uteri.

d. Kala IV Persalinan

Kala IV persalinan dimulai setelah lahirnya plasenta sampai 2 jam *post partum*.

h. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

kebutuhan dasar ibu bersalin adalah sebagai berikut:

1. Dukungan emosional, perasaan takut dapat meningkatkan rasa nyeri, otot-otot tegang dan ibu menjadi cepat lelah dan menyerah yang pada akhirnya akan memengaruhi proses persalinan sehingga dibutuhkan dukungan dari keluarga atau petugas kesehatan.
2. Kebutuhan makanan dan cairan, makanan yang bersifat padat tidak dianjurkan diberikan selama persalinan aktif, karena makanan padat lebih lama tinggal dalam lambung daripada makanan cair, sehingga proses pencernaan berjalan lebih lambat selama persalinan. Anjurkan ibu makan dan minum sesering mungkin seperti makan roti, minum teh manis dan air.

3. Kebutuhan eliminasi, kandung kencing harus dikosongkan setiap 2 jam selama proses persalinan demikian pula dengan jumlah dan waktu berkemih harus dicatat. Bila pasien tidak mampu berkemih sendiri dapat dilakukan kateterisasi, karena kandung kencing yang penuh akan menghambat penurunan bagian terbawah janin.
4. Mengatur posisi, posisi yang nyaman akan membuat ibu lebih tenang dalam persalinan, di sini peranan bidan adalah mendukung ibu dalam pemilihan posisi apapun, menyarankan alternatif hanya apabila tindakan ibu tidak efektif atau membahayakan bagi diri sendiri maupun bagi bayinya.
5. Peran pendamping, kehadiran suami atau orang terdekat ibu untuk memberikan dukungan pada ibu, membantu pengaturan posisi, membimbing pengaturan nafas ibu, menciptakan suasana kekeluargaan dan rasa aman, membantu ibu ke kamar mandi, memberi cairan dan nutrisi, memberikan dorongan spiritual dengan ikut berdoa, yang dapat membantu proses persalinan sehingga ibu merasa lebih tenang dan proses persalinannya dapat berjalan dengan lancar.
6. Pengurangan rasa nyeri, mengurangi rasa nyeri bisa dilakukan dengan pijatan pada daerah lumba sakralis dengan arah melingkar, dengan pengaturan pernapasan, dengan miring kiri dan tidak terlentang terlalu lama atau tidak miring kanan terlalu lama. Adapun secara umum teknik pengurangan rasa sakit seperti kehadiran pendamping, *counterpressure* (mengurangi tegangan pada ligament sacroiliaca), penekanan pada lutut, kompres air hangat dan dingin, berendam, visualisasi dan pemusatan perhatian, mendengarkan musik serta *aromatherapy*.
7. Pencegahan infeksi, menjaga lingkungan tetap bersih dan aman bagi ibu dan bayinya, juga akan melindungi penolong persalinan dan pendamping dari infeksi.

3. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

Definisi Bayi baru lahir menurut WHO (*World Health Organization*) adalah anak yang berusia di bawah 28 hari. Selama 28 hari pertama kehidupannya, bayi berada pada risiko kematian tertinggi. Sebagian besar kematian bayi baru lahir terjadi di negara-negara berkembang, dimana akses terhadap layanan kesehatan masih belum optimal Sandriani, Widyantri and Prabandari, (2024).

Neonatus dapat disebut juga newborn, merupakan 4 minggu pertama kehidupan seorang anak dimana perubahan terjadi dengan sangat cepat.

Pada periode ini banyak peristiwa penting yang dapat terjadi, yaitu:

- 1) Pola pemberian makan ditetapkan.
- 2) Bonding (Ikatan) antara orang tua dan bayi dimulai.
- 3) Resiko terjadinya infeksi yang menjadi lebih serius lebih tinggi.
- 4) Banyak cacat lahir atau kongenital (kelainan bawaan) yang pertama kali diketahui pada periode ini.

b. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir

Ciri-ciri bayi normal menurut Suryaningsih, Wulan and Yulianti, (2022), 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 180 x/menit, kemudian menurun sampai 120 x/menit atau 140 x/menit
- 6) Pernafasan pada menit - menit pertama cepat kira kira 180 x/menit, kemudian menurun setelah tenang kira-kira 40 x/menit
- 7) Kulit kemerah merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan diliputi *vernix 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) Reflek isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
- 12) Reflek moro sudah baik, apabila bayi dikagetkan akan memperlihatkan gerakan seperti memeluk
- 13) Gerak reflek sudah baik, apabila diletakan sesuatu benda diatas telapak tangan bayi akan menggenggam.
- 14) Eliminasi baik. Urine dan meconium akan keluar dalam 24 jam pertama. Meconium berwarna kuning kecoklatan.

Tabel 2.7
Nilai APGAR SCORE

Klinis	0	1	2
Appearance	Pucat	Badan memerah Ekstremitas biru	Seluruhnya merah jambu
Pulserate	Tidak ada	Kurang 100 kali per menit	Lebih 100 kali pe rmenit
Grimace	tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
Activity	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
Respiration	Tidak ada	Lemah	Menangis

Sumber; Ssuherlin, Yuliananingsih and Porouw, (2024)

c. Adaptasi Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan Di Luar Uterus

1) Perubahan Pada Sistem Pernapasan

Menurut Adriana,(2020) dalam bukunya menjelaskan penyesuaian paling kritis yang harus dialami bayi baru lahir ialah penyesuaian sistem pernapasan. Paru bayi cukup bulan mengandung sekitar 20 ml cairan/ Kg.Udara harus diganti dengan cairan yang mengisi traktus respiratorius sampai alveoli. Bayi lahir *pervaginam*, sejumlah cairan keluar dari trakea dan paru bayi. Sistem *limfatik paru* secara kontinu mengeluarkan cairan jumlah besar dalam satu jam pertama kehidupan bayi. Pengeluaran cairan ini juga diakibatkan perbedaan tekanan dari alveoli sampai jaringan interestial dan sampai kapiler pembuluh darah.

Selama dalam uterus janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta dan setelah bayi lahir pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi.

2) Perubahan Sistem *Kardiovaskuler*

pada masa fetus, peredaran darah dimulai dari plasenta melalui vena umbilikalis lalu sebagian ke hati dan sebagian lainnya langsung ke serambi kiri jantung. Kemudian ke bilik kiri jantung. Darah dari bilik kiri dipompa melalui aorta ke seluruh tubuh, sedangkan yang dari bilik kanan darah dipompa sebagian ke paru dan sebagian melalui duktus arteriosus ke aorta. Setelah bayi lahir, paru akan berkembang yang akan mengakibatkan tekanan arteriol dalam paru menurun yang diikuti dengan menurunnya tekanan pada jantung kanan. Kondisi ini menyebabkan tekanan jantung kiri lebih besar dibandingkan dengan tekanan jantung kanan, dan hal tersebutlah yang membuat foramen ovale secara fungsional menutup. Hal ini terjadi pada jam-jam pertama setelah kelahiran, oleh karena tekanan pada paru turun dan tekanan dalam aorta desenden naik dan juga karena rangsangan biokimia (PaO_2 yang naik) serta duktus arteriosus yang berobliterasi.

3) Perubahan Pada Sistem *Thermoregulasi*

bayi berada pada suhu lingkungan yang rendah dari suhu di dalam rahim. Apabila bayi dibiarkan dalam suhu kamar maka akan kehilangan panas melalui konveksi. Sedangkan produksi yang dihasilkan tubuh bayi hanya 1/100 nya, keadaan ini menyebabkan penurunan suhu tubuh bayi sebanyak 2°C dalam waktu 15 menit.

empat kemungkinan mekanisme yang dapat menyebabkan bayi baru lahir kehilangan panas tubuhnya

- a) *Konduksi* : Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi.
- b) *Evaporasi* : Panas hilang melalui proses penguapan yang bergantung pada kecepatan dan kelembapan udara (perpindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap).

- c) *Konveksi* : Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang bergantung pada kecepatan dan suhu udara).
- d) lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 objek yang mempunyai suhu berbeda)

4) Perubahan Pada Sistem metabolisme

Selama jam-jam pertama kehidupan, energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Hari kedua energi berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapatkan susu, sekitar di hari keenam energi diperoleh dari lemak dan karbohidrat yang masing-masing sebesar 60 dan 40% (Manalor *et al.*, 2023)

5) Perubahan Pada Sistem *Imunoglobulin*

bayi baru lahir tidak memiliki sel plasma pada sumsum tulang juga tidak memiliki lamina propia ileum dan apendiks. Plasenta merupakan sawar, sehingga fetus bebas dari antigen dan stress imunologis. Bayi Baru Lahir ada juga hanya terdapat gamaglobulin G, sehingga imunologi dari ibu dapat berpindah melalui plasenta karena berat molekulnya kecil.

Perubahan Pada Sistem Reproduksi

6) Perubahan Pada Sistem Skeletal

bayi baru lahir arah pertumbuhan sefalokaudal pada pertumbuhan tubuh terjadi secara keseluruhan. Kepala bayi cukup bulan berukuran seperempat panjang tubuh. Lengan sedikit lebih panjang daripada tungkai. Wajah relatif kecil terhadap ukuran tengkorak yang jika dibandingkan lebih besar dan berat. Ukuran dan bentuk kranium dapat mengalami distorsi akibat molase (pembentukan kepala janin akibat tumpang tindih tulang-tulang kepala) Terdapat dua kurvatura pada *kolumna vertebralis*, yaitu toraks dan sakrum. Ketika bayi mulai dapat mengendalikan kepalanya, kurvatura lain terbentuk di daerah servikal. Bayi baru lahir lutut saling berjauhan saat kaki diluruskan dan tumit disatukan, sehingga tungkai bawah terlihat agak melengkung. Saat baru lahir, tidak terlihat lengkungan pada telapak kaki. *Ekstremitas* harus

simetris. Harus terdapat kuku jari tangan dan jari kaki. Garis-garis telapak tangan sudah terlihat. Terlihat juga garis pada telapak kaki bayi cukup bulan Pemiliana, (2023).

7) Perubahan Pada Sistem *Neuromuskuler*

sistem neurologis bayi secara anatomik atau fisiologis belum berkembang sempurna. Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstermitas. Perkemihan neonatus terjadi cepat. Sewaktu bayi bertumbuh, perilaku yang lebih kompleks (misalkan kontrol kepala, tersenyum, dan meraih dengan tujuan) akan berkembang. Bayi baru lahir normal memiliki banyak refleks neurologis yang primitif. ada atau tidaknya refleks tersebut menunjukkan kematangan perkembangan sistem saraf yang baik yaitu:

a) Refleks hisap (*sucking*)

Refleks ini dinilai dengan memberi tekanan pada mulut bayi di bagian dalam antara gusi atas yang akan menimbulkan isapan yang kuat dan cepat. Refleks juga dapat dilihat pada saat bayi melakukan kegiatan menyusu.

b) Refleks mencari (*rooting*).

Bayi menoleh kearah benda yang menyentuh pipi. Penilaiannya dengan mengusap pipi bayi dengan lembut, bayi akan menolehkan kepalanya ke arah jari kita dan membuka mulutnya.

c) Refleks Genggam (*grapsing*)

Refleks ini dinilai dengan mendekatkan jari telunjuk pemeriksa pada telapak tangan bayi, tekanan dengan perlahan, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat, jika telapak bayi ditekan, bayi akan mengepalkan tinjunya.

d) Refleks *babinsky*

Pemeriksaan refleks ini dengan memberikan goresan telapak kaki dimulai dari tumit. Gores sisi lateral telapak kaki kearah atas kemudian gerakan kaki sepanjang telapak kaki, maka bayi akan

menunjukkan respons berupa semua jari hiperekstensi dengan ibu jari dorsofleksi.

e) *Refleks moro*

Refleks ini ditunjukkan dengan timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan.

f) Refleks melangkah

Bayi menggerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah, jika kita memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang datar yang keras.

g) 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh

d. Penilaian Awal Pada Bayi Baru Lahir

penilaian awal yang dilakukan pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut: menangis kuat atau bernapas tanpa kesulitan, warna kulit bayi (merah muda, pucat, atau kebiruan), gerakan, posisi ekstremitas, atau tonus otot bayi, aterm (cukup bulan) atau tidak dan mekonium pada air ketuban.

e. Pelayanan Essensial Pada Bayi baru Lahir

pelayanan essensial pada bayi baru lahir adalah : Jaga bayi tetap hangat, pembebasan jalan napas, cara mempertahankan kebersihan untuk mencegah infeksi, perawatan tali pusat, Inisiasi Menyusui Dini (IMD), pemberian salep mata, pemberian vitamin K dan pemberian imunisasi Hb 0.

Tabel 2.8 Jenis-jenis Imunisasi pada Bayi Baru Lahir

Jenis Imunisasi	Usia pemberian
Hepatitis B (HB-0)	Bayi baru lahir (< 24 jam)
BCG, Polio 1	0-1 bulan
DPT-HB-Hib 1, Polio 2	2 bulan
DPT-HB-Hib 2, Polio 3	3 bulan
DPT-HB-Hib 3, Polio 4, IPV	4 bulan
Campak	9 bulan

Sumber : Buku KIA, Kemenkes RI, (2021)

f. Kunjungan ulang Bayi Baru Lahir

Buku Kesehatan Ibu dan Anak dituliskan pelayanan kesehatan bayi baru lahir oleh bidan/perawat/dokter dilaksanakan minimal 3 kali, yaitu pertama pada 6 jam-48 jam setelah lahir, kedua pada hari ke 3-7 setelah lahir, ketiga pada hari ke 8-28 setelah lahir.(Manalor *et al.*, 2022)

4. Konsep Dasar Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas adalah masa dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil biasanya berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan baik secara fisiologis maupun psikologis akan pulih dalam waktu 3 bulan Mirong and Yulianti, (2023)

Pemberian ASI eksklusif pada bayi 6 bulan tanpa makanan tambahan bisa memantau tumbuh kembang anak pada saat anak umur 2 tahun secara teratur oleh orang tua, terutama dari tinggi dan berat badan anak melalui kunjungan berkala ke posyandu maupun klinik khusus anak, selalu menjaga kebersihan lingkungan karena anak-anak sangat rentan akan serangan penyakit, terutama kalau lingkungan sekitar kotor. Manalor, Namangdjabar and Mirong, (2023)

b. Tahapan Masa Nifas

Menurut Mirong and Yulianti, (2023), tahapan masa nifas dibagi dalam 3 tahap yaitu:

1. *Puerperium dini (immediate puerperium)* yaitu pemulihan di mana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan (waktu 0-24 jam postpartum).
2. *Puerperium intermedial (early puerperium)* yaitu suatu masa di mana pemulihan dari organ-organ reproduksi secara menyeluruh selama kurang lebih 6-8 minggu.

3. *Remote puerperium (late puerperium)* yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan yang sempurna secara bertahap terutama jika selama masa kehamilan dan persalinan ibu mengalami komplikasi, waktu untuk sehat bisa berminggu-minggu, bulan bahkan tahun.

c. Tanda Bahaya Masa Nifas

Menurut Mirong and Yulianti, (2023) tanda bahaya masa 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. Tanda tanda bahaya tersebut diantaranya : Perdarahan postpartum, infeksi pada masa nifas, *lochea* yang berbau busuk (bau dari vagina), sub involusi uterus (pengecilan uterus yang terganggu, nyeri perut dan pelvis, pusing dan lemas yang berlebihan, sakit kepala, nyeri epigastric, dan penglihatan kabur, suhu tubuh ibu $>38^{\circ}\text{C}$, payudara yang berubah menjadi merah, panas, dan terasa sakit, kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama, rasa sakit, merah, lunak dan pembengkakan di wajah maupun ekstermitas, demam, muntah dan rasa sakit waktu berkemih, manajemen Laktasi.

d. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Kunjungan nifas dilakukan paling sedikit 4 kali kunjungan yang dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi. Menurut Kemenkes RI (2020) jadwal kunjungan nifas dibagi menjadi:

- a) Kunjungan nifas 1 (KF 1) (6-48 jam setelah persalinan) bertujuan untuk :
 - (1) Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena *atonia uteri*
 - (2) Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut
 - (3) Memberikan konseling pada Ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan *atonia uteri*
 - (4) Pemberian ASI awal

- (5) Mengajarkan cara memperat hubungan antara Ibu dan bayi baru lahir
- (6) Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan Ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik
- b) Kunjungan nifas 2 (KF 2) (3-7 hari) bertujuan untuk :
 - (1) Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal
 - (2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan
 - (3) Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup
 - (4) Makanan yang bergizi dan cukup cairan
 - (5) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui, memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.
- c) Kunjungan nifas 3 (KF 3) (8-28 hari), asuhan pada 8-28 hari sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 3-7 hari post partum yaitu :
 - (1) Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal.
 - (2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan.
 - (3) Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.
 - (4) Makanan yang bergizi dan cukup cairan.
 - (5) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui, memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.
- d) Kunjungan nifas 4 (KF 4) (29-42 hari) bertujuan untuk :
 - (1) Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas
 - (2) Konseling KB secara dini

e. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Menurut Mirong and Yulianti, (2023), perubahan fisiologis pada masa nifas meliputi :

1. Perubahan Sistem Reproduksi

a. Involusi Uterus

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan bobot hanya 60 gram. Proses involusi uterus dimulai dari autolysis yaitu proses penghancuran diri sendiri didalam otot uterin. *Enzim proteolitik* akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil. Efek bekerjanya oksitosin menyebabkan terjadinya retraksi dan kontraksi otot uterin sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus.

Tabel 2.9 Involusi Uterus

Involusi Uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus
Pada akhir persalinan	Setinggi pusat	900 gram	12,5 cm
Akhir minggu ke-1	Pertengahan pusat	450 gram	7,5 cm
Akhir minggu ke2	Tidak teraba	200 gram	5 cm
Akhir minggu ke-6	Normal	60 gram	2,5 cm

Sumber : Mirong and Yulianti, (2023)

b. Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochea mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran lochea dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya seperti pada tabel berikut :

Tabel 2.10
Pengeluaran Lokhea Nifas

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari darah segar bercampur sisa-sisa ketuban, sel-sel desidua, sisa-sisa vernix kaseosa, lanugo, dan mekonium.
Sanguinolenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Terdiri dari darah bercampur lendir.
Serosa	7-14 hari	Kekuningan/kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta.
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati

Sumber : Mirong and Yulianti, (2023)

Produksi ASI masih sangat dipengaruhi oleh faktor kejiwaan, ibu yang selalu dalam keadaan tertekan, sedih, kurang percaya diri dengan berbagai ketegangan emosional akan menurunkan volume ASI. Untuk memproduksi ASI yang baik harus dalam keadaan tenang.

b. Perubahan Sistem Pencernaan

Ibu nifas biasanya mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan ketika waktu melahirkan, alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebihan waktu persalinan(dehidrasi), kurang makan, hemoroid, laserasi jalan lahir. Agar BAB kembali teratur dapat diberikan diet/makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup.

c. Perubahan Sistem Perkemihan

Kandung kencing dalam *puerperium* kurang sensitif dan kapasitasnya bertambah sehingga kandung kencing penuh atau sesudah kencing masih tertinggal. Sisa urine dan trauma pada kandung kencing waktu persalinan memudahkan terjadinya infeksi.

d. Perubahan Sistem Musculoskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali, sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena ligamen rentondum menjadi kendur. Pemulihan dibantu dengan latihan.

e. Perubahan Sistem Endokrin

Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. Untuk wanita yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ia mendapatkan menstruasi.

f. Kebutuhan masa nifas

Menurut Miron and Yulianti (2023), kebutuhan ibu pada masa nifas yaitu :

1). Kebutuhan Nutrisi dan Cairan

Nutrisi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolisme. Kebutuhan ibu menyusui meningkat sebesar 25% (meningkat 3x dari kebutuhan biasa) ini digunakan untuk memproduksi ASI Dan proses kesembuhan setelah persalinan. Makanan yang dikonsumsi harus sesuai dengan porsi yang cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas, dan berlemak. Tidak mengandung alkohol, nikotin serta pengawet dan pewarna. Kandungan gizi yang terdapat dalam makanan yang dikonsumsi ibu nifas harus mengandung unsur: sumber energi (karbohidrat), sumber pembangun (protein), sumber pengatur dan pelindung (mineral, vitamin dan air).

2) Kebutuhan Ambulasi

Ibu sudah boleh diperbolehkan bangun dari tempat tidur 24-48 jam post partum. Keuntungan ambulasi dini: Klien merasa lebih sehat dan lebih kuat, faal usus dan kandung kencing lebih baik dan untuk mengajari ibu dalam perawatan bayi sehari-hari kontra indikasi *early ambulation* : anemia, penyakit jantung, penyakit paru.

3) Kebutuhan Eliminasi (BAB dan BAK)

Buang air kecil (BAK) harus sudah dapat dilakukan secara spontan setiap 3-4 jam. Bila ibu tidak bisa Buang air besar (BAB) secara spontan

dilakukan tindakan: merangsang mengalirkan air kran dekat klien, mengompres air hangat di atas *sympisis*, bila upaya tersebut tetap tidak bisa baru dilakukan kateterisasi. BAB biasanya sudah bisa dilakukan setelah hari ke-3. Bila belum bisa BAB diberikan *suppositoria* dan minum air hangat perlu diberikan secara teratur, minum cairan yang banyak, makan cukup serat dan olahraga.

4) Kebersihan Diri

Anjurkan kebersihan seluruh tubuh/personal *hygiene*, anjurkan kebersihan daerah genitalia, sarankan untuk sering mengganti pembalut. Cuci tangan sebelum dan sesudah membersihkan alat genitalia, jika ada luka *episiotomi/laserasi*, hindari menyentuh daerah luka, kompres luka tersebut dengan kassa bethadine setiap pagi dan sore hari untuk pengeringan luka dan menghindari terjadinya infeksi.

5) Kebutuhan Istirahat

Anjurkan ibu untuk istirahat cukup, sarankan kembali pada kegiatan rumah tangga secara perlahan, sarankan untuk istirahat siang selagi bayi tidur, kurang istirahat dapat menyebabkan : kurangnya produksi ASI, memperlambat proses involusi.

6) Senam Nifas

Latihan yang paling penting untuk dilakukan dalam beberapa minggu pertama setelah melahirkan adalah istirahat dan mengenal bayinya. Relaksasi dan tidur adalah hal yang sangat penting. Semua wanita akan sembuh dari persalinan dengan waktu yang berbeda-beda. Ingatkan ibu agar bersikap ramah terhadap dirinya sendiri.

f. Proses Adaptasi Psikologi Ibu Pada Masa Nifas

1) *Fase Taking in*

Fase ini merupakan fase ketergantungan ibu yang berlangsung selama 1-2 hari pasca melahirkan. Dalam fase *taking in* tersebut, ibu terfokus pada dirinya sendiri sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ibu tengah melakukan adaptasi terhadap rasa sakit, mulas, nyeri, pada jahitan, kurang tidur, kelelahan dan lain sebagainya.

Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah gizi ibu, istirahat yang cukup, komunikasi yang baik, dan seluruh dukungan moral lainnya. Periode *taking in* seringkali membuat ibu pasif, tapi bukan berarti dirinya tidak peduli pada bayinya. Untuk itulah, perhatian dan support sangat dibutuhkan ibu pada fase ini

2) *Fase Taking hold*

Fase ini berlangsung 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu mulai berusaha mandiri dan berinisiatif. Perhatian ibu terletak pada kemampuan mengatasi fungsi tubuhnya, misalnya kelancaran BAB dan hormon. Periode *taking hold* biasanya disebut sebagai masa perpindahan, dari keadaan tergantung menjadi lebih mandiri.

3) *Fase Letting Go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya sebagai seorang ibu. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan lingkungan dan ketergantungannya pada orang lain. Biasanya fase ini adalah 10 hari setelah melahirkan

5. Konsep Dasar Keluarga Berencana (KB)

a. Pengertian Kontrapsesi atau Keluarga berencana

Keluarga Berencana merupakan usaha suami istri untuk menghindari kelahiran yang tidak di inginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kehamilan dalam hubungan dengan suami istri dan menentukan jumlah anak dalam keluarga Yulizawati, (2021)

Keluarga berencana merupakan upaya untuk mengatur kelahiran anak, jarak, dan usia ideal melahirkan dan mengatur kehamilan melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas.

Keluarga Berencana (KB) pasca persalinan merupakan upaya pencegahan kehamilan dengan menggunakan alat dan obat kontrasepsi segera setelah melahirkan sampai dengan 42 hari/ 6 minggu setelah melahirkan Winarningsih, Sunarni and Kusumastuti, (2024)

b. Tujuan Program Keluarga Berencana

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

Tujuan KB meliputi : Keluarga dengan anak ideal, Keluarga sehat, Keluarga berpendidikan, Keluarga sejahtera, Keluarga berketahanan, Keluarga yang terpenuhi hak-hak reproduksinya

c. Pola perencanaan Keluarga Berencana

pola perencanaan keluarga adalah mengenai penentuan besarnya jumlah keluarga yang menyangkut waktu yang tepat untuk mengakhiri kesuburan. Perencanaan keluarga harus diketahui kapan kurun waktu reproduksi sehat, berapa sebaiknya jumlah anak sesuai kondisi, berapa perbedaan jarak umur antara anak.

Menurut BKKBN (2018) menjelaskan seorang wanita secara biologik memasuki usia reproduksinya beberapa tahun sebelum mencapai umur dimana kehamilan dan persalinan dapat berlangsung dengan aman dan kesuburan ini akan berlangsung terus-menerus sampai 10-15 tahun, sesudah kurun waktu dimana kehamilan dan persalinan itu berlangsung dengan aman. Kurun waktu yang paling aman adalah umur 20-35 tahun dengan pengaturan:

- 1) Anak pertama lahir sesudah ibunya berumur 20 tahun
 - 2) Anak kedua lahir sebelum ibunya berumur 30 tahun
 - 3) Jarak antara anak pertama dan kedua sekurang-kurangnya 2 tahun atau diusahakan jangan ada 2 anak balita dalam kesempatan yang sama.
- Kemudian menyelesaikan besarnya keluarga sewaktu istri berusia 30-35 tahun dengan kontrasepsi mantap.

Tabel 2.11 Pola Penggunaan Metode Kontrasepsi Yang Rasional

Menunda	Menjarangkan	Mengakhiri
Usia < 20 tahun pada masa ini alat kontrasepsi yang cocok untuk digunakan adalah cara sederhana seperti pil, kondom, dan pantang berkala	Usia 20-35 tahun Alat kontrasepsi yang cocok untuk digunakan adalah IUD, implan, dan suntikan	Usia > 35 tahun Masa ini alat kontrasepsi yang paling cocok adalah kontrasepsi mantap (MOW dan MOP, disusuli AKDR dan implan)

Sumber : Yulizawati, (2021)

d. Sasaran KB

Menurut Bakoil Mareta, (2021):pasang yang seharusnya diberi pelayananKB meliputi beberapa kelompok yang dapat memperoleh manfaat dari program KB. Berikut adalah sasaran utama untuk pelayanan KB:

1) Pasangan Usia Subur (PUS)

- a. Definisi: Pasangan usia subur adalah pasangan yang berada dalam rentang usia di mana mereka dapat secara biologis memiliki anak, biasanya antara usia 15 hingga 49 tahun.
- b. Tujuan : Memberikan informasi, konseling, dan akses kepada metode kontrasepsi untuk mengatur jarak kelahiran dan mencegah kehamilan yang tidak diinginkan.

2) Ibu Baru Melahirkan

- a. Definisi: Ibu yang baru sajamelahirkan dan sedangdalam masa nifas.
- b. Tujuan: Menyediakan informasi tentang kontrasepsi pasca persalinan untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan dan memberikan waktu pemulihan tubuh setelah persalinan.

3) Pasangan dengan Keinginan Mengatur Jumlah Anak

- a. Definisi :Pasangan yang ingin menentukan jumlah anak yang diinginkan dan jarak antar kelahiran.
- b. Tujuan: Menyediakan berbagai pilihan metode kontrasepsi yang sesuai dengan kebutuhan dan preferensi mereka.

- 4) Pasangan dengan Kondisi Medis Khusus
 - a. Definisi: Pasangan yang memiliki kondisi medis atau risiko kesehatan tertentu yang memerlukan perhatian khusus dalam memilih metode kontrasepsi.
 - b. Tujuan: Memberikan konseling dan pilihan kontrasepsi yang aman dan sesuai dengan kondisi kesehatan mereka.
- 5) Remaja dan Orang Muda
 - a. Definisi: Remaja dan orang muda yang mungkin sudah atau akan mulai kehidupan seksual aktif.
 - b. Tujuan: Menyediakan informasi pendidikan tentang kesehatan reproduksi, pencegahan kehamilan tidak diinginkan, dan perlindungan terhadap infeksi menular seksual.
- 6) Pasangan dengan Kebutuhan Khusus
 - a. Definisi : Pasangan yang memiliki kebutuhan khusus atau tantangan dalam mengakses layanan kesehatan, seperti pasangan dengan Keterbatasan fisik atau sosial.
 - b. Tujuan: Menyediakan layanan KB yang dapat diakses dengan mudah dan sesuai dengan kebutuhan khusus mereka.
- 7) Pasangan yang Menginginkan Metode KB Permanen
 - a. Definisi: Pasangan yang telah memutuskan untuk tidak memiliki anak lagi dan ingin menggunakan metode kontrasepsi permanen.
 - b. Tujuan : Memberikan informasi dan akses kepada prosedur sterilisasi atau metode kontrasepsi permanen lainnya.
- 1) **Alat kontrasepsi DMPA (*Depo Medroxyprogesterone Acetate*)**, Seran, (2020) Cara kerja

Menekan ovulasi, Menghambat transportasi gamet tuba, Mempertebal mukosa serviks (mencegah penetrasi sperma), Mengganggu pertumbuhan endometrium sehingga menyulitkan proses implantasi.

2) Keuntungan

Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri, Memerlukan pemeriksaan dalam, Klien tidak pernah menyimpan obat, Resiko terhadap kesehatan kecil, Efek samping sangat kecil, Jangka panjang.

3) Kerugian

- a) Perubahan pola haid : tidak teratur, perdarahan bercak, perdarahan sela sampai sepuluh hari.
- b) Awal pemakaian : mual, pusing, nyeri payudara dan keluhan ini akan menghilang setelah suntikan kedua atau ketiga.
- c) Ketergantungan klien pada pelayanan kesehatan. Klien harus kembali setiap 30 hari untuk mendapatkan suntikan.
- d) Efektifitas turun jika interaksi dengan obat; epilepsi (Fenitoin, barbiturat) dan rifampisin.
- e) Dapat terjadi efek samping yang serius ; stroke, serangan jantung thrombosis paru-paru.
- f) Terhambatnya pemulihan kesuburan setelah berhenti
- g) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual.
- h) Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian.
- i) Penambahan berat badan Seran, (2020)

B. Standar Asuhan Kebidanan

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

1. Standar 1: Pengkajian

a. Pernyataan Standar

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

b. Kriteria Pengkajian

- a) Data tepat, akurat dan lengkap.
- b) Terdiri dari Data *Subjektif* (hasil Anamnesa; biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya).
- c) Data *Objektif* (hasil Pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang).

2. Standar II: Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

a) Pernyataan standar

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

b) Kriteria Perumusan diagnosa dan atau Masalah

- 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 klien/pasien dan atau keluarga.
- 3) Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga .

- 4) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- 5) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada.

4. Standar IV: Implementasi

- a) Pernyataan standar
- b) 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.

1. Kriteria

- 1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial- spiritual-kultural.
- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*inform consent*).
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*.
- 4) Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan.
- 5) Menjaga *privacy* klien/pasien.
- 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
- 7) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
- 8) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- 9) Melakukan tindakan sesuai standar.
- 10) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

5. Standar V : Evaluasi

a) Pernyataan standar

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

b) Kriteria Evaluasi

- 1) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- 2) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga.
- 3) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
- 4) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

6. Standar VI : Pencatatan Asuhan Kebidanan

a) Pernyataan standar

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/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/buku KIA).
- 2) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.
- 3) S adalah data *subjektif*, mencatat hasil anamnesa.
- 4) O adalah data *objektif*, mencatat hasil pemeriksaan.
- 5) A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
- 6) P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif;

penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/ follow up dan rujukan.

C. 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 (BAB III), 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 difasilitas 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.

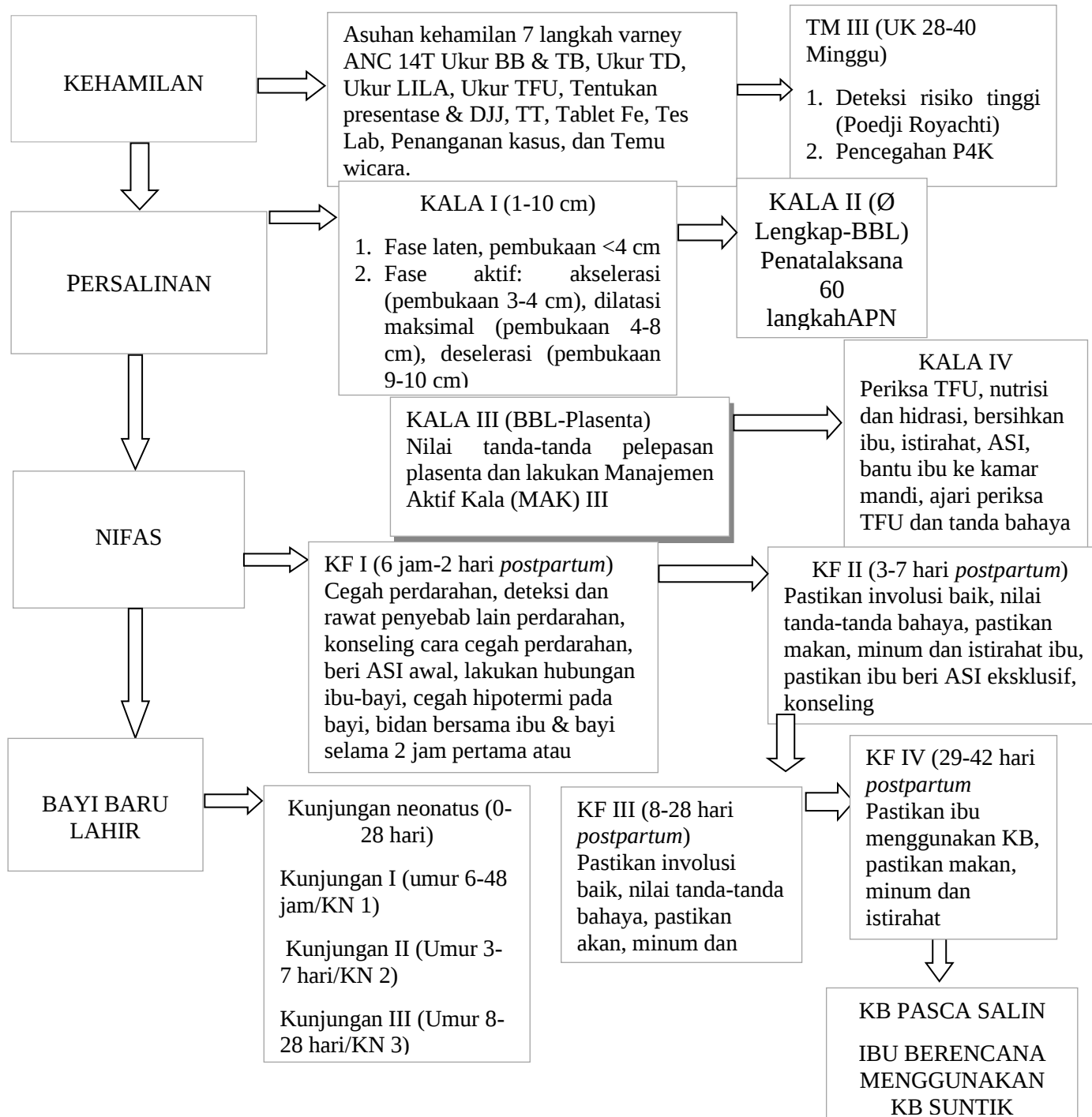
 - a. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - 1) Pelayanan konseling pada masa pra hamil.
 - 2) Pelayanan *antenatal* pada kehamilan normal.
 - 3) Pelayanan persalinan normal.
 - 4) Pelayanan ibu nifas normal.
 - 5) Pelayanan ibu menyusui.
 - 6) Pelayanan konseling pada 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 kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan rujukan.
 - 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 tiga dan *postpartum*.
 - 8) Penyuluhan dan konseling.
 - 9) Bimbingan pada kelompok ibu hamil.
 - 10) Pemberian surat keterangan kematian dan
 - 11) 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*, insiasi menyusui dini, injeksi vitamin K 1, 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 kegawat darurat, dilanjutkan dengan rujukan.
 - 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, bayi 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.

D. Kerangka Pikir



Gambar 2.1 Kerangka Pikir