

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan masa yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari). Kehamilan ini dibagi atas 3 semester yaitu; kehamilan trimester pertama mulai 0-14 minggu, kehamilan trimester kedua mulai 14-28 minggu, dan kehamilan trimester ketiga mulai 28-42 minggu. Kehamilan adalah suatu proses yang natural bagi perempuan, dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin dengan rentang waktu 280 hari (40 minggu/9 bulan 7 hari).

Kehamilan adalah terjadinya kontrasepsi dan fertilisasi yang dimulai dari proses sperma masuk ke ovum sampai lahirnya janin yang normalnya selama 37-40 minggu yang dihitung dari HPHT.

Ibu hamil adalah seorang wanita yang sedang mengandung yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Kehamilan adalah waktu transisi, yaitu masa antara kehidupan sebelum memiliki anak yang sekarang berada dalam kandungan dan kehidupan nanti setelah anak itu lahir.

Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40). (Ronalen Br. Situmorang et al., 2021)

b. Klasifikasi Usia Kehamilan

Kehamilan terbagi dalam 3 trimester yaitu:

- Trimester I: 12 Minggu (0-12 minggu)
- Trimester II: 15 Minggu (13-27 minggu)

- Trimester III: 13 Minggu (28-40 minggu)
- c. Perubahan Fisiologi dan Psikologi Kehamilan Trimester III

1. Perubahan Fisiologi

- a) Sistem reproduksi

1. Vulva dan Vagina

Terjadi perubahan pada vagina dan vulva karena terjadi hipervaskularisasi oleh hormon estrogen, sehingga pada bagian tersebut terlihat merah kebiruan, kondisi ini disebut dengan tanda Chadwick.

2. Ovarium

Proses ovulasi terhenti, dan masih terdapat luteum graviditas sampai terbentuknya plasenta yang akan mengambil alih pengeluaran estrogen dan progesteron.

3. Uterus

Untuk pertumbuhan janin, ukuran rahim pada kehamilan normal atau cukup bulan adalah 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc. Beratnya pun naik dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir kehamilan (40 minggu).

4. Perineum

Pada periode kehamilan, terdapat adanya peningkatan vaskularisasi dan kongesti dapat diamati pada kulit, otot perineum dan genitalia bagian luar, disertai dengan pelunakan jaringan ikat di bawahnya.

5. Serviks

Pada minggu terakhir kehamilan, di akhir trimester III, posisi serviks kembali mengalami perubahan. Secara bertahap, serviks akan melunak, memendek, dan akhirnya terbuka pada saat proses melahirkan.

6. Payudara

Pada awal kehamilan, ibu hamil akan merasa payudaranya menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua,

payudara akan bertambah besar dan vena-vena dibawah kulit akan lebih terlihat, puting payudara akan lebih besar dan tegak. Setelah bulan pertama kolostrum (cairan kekuningan) dapat keluar, areola akan menjadi besar dan kehitaman.

Selama trimester terakhir kehamilan, pertumbuhan kelenjar susu menyebabkan payudara membesar. Pada usia kehamilan ke- 32 minggu, warna produksi air susu sedikit putih dan encer

7. Sistem Pernapasan

Wanita hamil sering mengeluh sesak napas yang biasanya terjadi pada umur kehamilan 32 minggu lebih, hal ini disebabkan oleh karena uterus yang semakin membesar sehingga menekan usus dan mendorong keatas menyebabkan tinggi diafragma bergeser 4 cm sehingga kurang leluasa bergerak. Kebutuhan oksigen wanita hamil meningkat sampai 20%, sehingga untuk memenuhi kebutuhan oksigen wanita hamil bernapas dalam. Peningkatan hormon estrogen pada kehamilan dapat mengakibatkan peningkatan vaskularisasi pada saluran pernapasan atas. Kapiler yang membesar dapat mengakibatkan edemadan hiperemia pada hidung, faring, laring, trakhea dan bronkus. Hal ini dapat menimbulkan sumbatan pada hidung dan sinus, hidung berdarah dan perubahan suara pada ibu hamil. Peningkatan vaskularisasi dapat juga mengakibatkan membran timpani dan tuba eustaki bengkak sehingga menimbulkan gangguan pendengaran, nyeri dan rasa penuh pada telinga.

8. Sistem Perkemihan

Pada akhir kehamilan, kepala janin mulai memasuki panggul, keinginan buang air kecil kembali terjadi saat kandung kemih mulai berkontraksi lagi. Selain itu, pengenceran darah juga terjadi sehingga menciptakan

kondisi yang menguntungkan bagi metabolisme

9. Sistem Endokrin

Selama kehamilan normal kelenjar hipofisis akan membesar 135%. Akan tetapi kelenjar ini tidak begitu mempunyai arti penting dalam kehamilan. Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi. Kelenjar adrenal pada kehamilan normal akan mengecil.

10. Kulit

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam, dan terkadang hal tersebut terjadi di payudara dan paha. Perubahan ini disebut striae gravidarum. Pada banyak perempuan, garis di pertengahan perutnya akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut linea nigra. Kadang-kadang akan muncul pada wajah yang disebut chloasma gravidarum.

11. Sistem Muskuloskeletal

Pengaruh dan peningkatan hormon estrogen dan progesteron dalam kehamilan menyebabkan kelemahan jaringan ikat serta ketidakseimbangan persendian, hal ini terjadi maksimal pada satu minggu terakhir kehamilan. Postur tubuh ibu hamil secara bertahap mengalami perubahan karena janin membesar dalam abdomen, sehingga bahu lebih tertarik ke belakang dan tulang lebih melengkung, sendi tulang belakang lebih lentur, dan dapat menyebabkan nyeri punggung

12. Sistem Metabolisme

Umumnya kehamilan mempunyai efek pada metabolisme, oleh karena itu wanita hamil perlu mendapat makanan yang bergizi dan dalam kondisi sehat. Tingkat metabolisme basal pada ibu hamil meningkat hingga 15-

20%, terutama pada trimester akhir. Wanita hamil memerlukan makanan yang bergizi dan harus mengandung protein untuk perkembangan fetus, alat kandungan, payudara, dan badan ibu

13. Perubahan Berat Badan

Ibu hamil diharapkan berat badannya bertambah, namun demikian seringkali pada trimester I berat badan ibu hamil tetap dan bahkan justru turun disebabkan rasa mual, muntah, dan nafsu makan berkurang sehingga asupan nutrisi kurang mencukupi kebutuhan. Pada kehamilan trimester II ibu hamil sudah merasa lebih nyaman biasanya mual muntah bertambah maka pada trimester II ini BB ibu hamil sudah mulai bertambah sampai akhir kehamilan.(Lestari et al., 2023)

2. Perubahan Psikologi

Perubahan yang terjadi pada kehamilan trimester III

- a) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh dan tidak menarik
 - b) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak dilahirkan tepat waktu
 - c) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya
 - d) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya
 - e) Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya
 - f) Merasa kehilangan perhatiannya
 - g) Perasaan mudah sensitif.(Oktavia & Lubis, 2024)
3. Ketidaknyamanan kehamilan trimester III dan cara mengatasinya yaitu sebagai berikut :

1. Sering buang air kecil.

- a) Kurangi asupan karbohidrat murni dan makanan yang mengandung gula

- b) Batasi minum kopi, teh dan soda
- c) Kurangi minum 2 jam sebelum tidur tetapi lanjutkan minum pada siang hari.

2. Keputihan

- a) Tingkatkan kebersihan dengan mandi tiap hari
- b) Memakai pakain dalam dari bahan katun dan mudah menyerap
- c) Ganti celana apabila basah dan keringkan

3. Sembelit

- a) Minum 3 liter cairan tiap hari terutama air putih atau sari buah
- b) Makan makanan yang kaya nutrisi

4. Perut kembung

- a) Hindari makan yang mengandung gas
- b) Mengunyah makanan secara teratur
- c) Lakukan senam secara teratur

5. Pusing/sakit kepala Trimester II dan III

- a) Bangun secara perlahan dari
- b) posisi istirahat
- c) Hindari berbaring dalam posisi terlentang

6. Sakit punggung atas dan bawah

- a) Minum suplement vitamin B6 dan zat besi juga khrom
- b) Posisi/sikap tubuh yang baik selama melakukan aktifitas
- c) Hindari mengangkat barang berat
- d) Gunakam bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung

7. Varises pada kaki

- a) Istirahat dengan menaikkan kaki setinggi mungkin untuk membalikkan efek gravitasi
- b) Jaga agar kaki tidak bersilangan
- c) Hindari berdiri atau duduk terlalu lama

8. Susah bernafas

- a) Melatih pernapasan normal

- b) Memvariasikan posisi duduk dan berdiri.

9. Haemoroid

- a) Tidak duduk untuk waktu yang lama
- b) Segera buang air besar jika ingin buang air besar

10. Insomnia

- a) Ibu dapat menggunakan posisi miring saat tidur
- b) Mengarahkan keluarga untuk memberikan dukungan mental dan spiritual dalam persiapan persalinan
- c) Melakukan senam hamil dan melakukan pijat ringan pada bagian tubuh yang sakit.

11. Oedema

- a) Anjurkan kepada ibu untuk menghindari makanan yang terlalu asin, makan makanan berprotein tinggi, dan menghindari penggunaan pakaian ketat
- b) Hindari duduk atau berdiri terlalu lama

12. Konstipasi

- a) Minum setidaknya 6-8 gelas air setiap hari
- b) Makan banyak sayuran dan buah-buahan yang kaya serat
- c) Melakukan senam hamil
- d) Berjalan-jalan pagi secara teratur.

4. Pemeriksaan Kehamilan

Pemeriksaan kehamilan merupakan setiap kegiatan atau serangkaian kegiatan yang dilakukan sejak terjadinya masa konsepsi hingga sebelum mulai proses persalinan yang diberikan kepada seluruh ibu hamil (Kasmiati, 2023) Menurut *World Health Organization (WHO) antenatal care (ANC)* bertujuan untuk mendeteksi secara dini terjadinya risiko tinggi terhadap kehamilan dan persalinan juga dapat menurunkan angka kematian ibu dan memantau keadaan janin (Organization, 2020). Pelayanan antenatal care ter baru sesuai standar adalah pelayanan yang diberikan ibu hamil minimal 6 kali pemeriksaan dalam selama kehamilan dan

minimal 2 kali pemeriksaan oleh dokter pada trimester I dan III. 2 kali pada trimester pertama (kehamilan 12 minggu), 1 kali pada trimester II (kehamilan 12 minggu sampe 26 minggu), 3 kali pada trimester ke III (diatas 26 minggu sampai 40 minggu).

5. Standar Pelayanan *Antenatal Care (ANC)* Terpadu

Standar pelayanan antenatal terpadu minimal adalah (10 T).

(1). Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Menimbang berat badan dan mengukur tinggi badan di awal kehamilan penting dilakukan untuk mengetahui IMT (Indeks Masa Tubuh). Tujuan perhitungan IMT untuk menentukan status gizi awal ibu hamil dan berapa besaran kenaikan BB yang diperlukan selama kehamilan berdasarkan klasifikasi *underweight*, *normal*, *overweight*, atau *obesitas* sehingga tidak terjadi masalah dalam kehamilan. (Organization, 2020)

(2).Ukur tekanan darah

Mengukur tekanan darah setiap kunjungan kehamilan untuk memantau besarnya TD pada ibu hamil, tekanan darah yang meningkat selama kehamilan dapat menimbulkan masalah kehamilan seperti *preeklamsia* dan *hipertensi gestasional*. Pemeriksaan tekanan darah secara rutin pada ibu hamil dapat membantu pemantauan masalah kehamilan akibat tekanan darah tinggi dan melakukan pencegahan atau pengobatan terhadap masalah tersebut. Angka normal TD wanita hamil adalah 110/80 mmHg-130/80 mmHg, bila TD $\geq 140/90$ mmHg perlu diwaspadai adanya *hipertensi* atau *preeklamsia* dalam kehamilan. (Organization, 2020)

(3).Nilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas/LILA)

LILA normal pada ibu hamil adalah ≥ 23.5 cm. Jika LILA ibu $< 23,5$ cm maka ibu masuk dalam kategori *Kekurangan Energi Kronis (KEK)*.

(4).(Ukur) Tinggi fundus uteri

Usia kehamilan dan berat janin dapat ditentukan dari besarnya perut atau dari tinggi fundus uteri. Pengukuran tinggi fundus uteri (TFU) penting untuk melakukan deteksi pertumbuhan janin, besarnya TFU yang tidak sesuai dengan usia kehamilan perlu diwaspadai adanya masalah dengan pertumbuhan janin. Pengukuran TFU dengan menggunakan pita meteran atau metelin yaitu dengan dilengkungkan atau dipegang lurus di antara jari dengan tangan kanan ke ujung fundus uteri. (Organization, 2020)

Tabel 2.1 Tinggi fundus uteri menurut usia kehamilan

Umur kehamilan	Tinggi fundus uteri
< 11 minggu	Belum teraba
12 minggu	1-2 jari diatas simpisis
16 minggu	Pertengahan simpisis- pusat
20 minggu	3 jari dibawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	3 jari atas pusat
32 minggu	Pertengahan proxesus xyphoideus-pusat
36 minggu	3 jari di bawah proxesus xyphoideus
40 minggu	Pertengahan proxesus xyphoideus-pusat

Sumber: Rahmah,(2021)

(5). Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Presentasi janin dapat dilakukan dengan pemeriksaan leopold III atau knable. Presentasi janin sangat penting ditentukan saat kehamilan sudah aterm karena dapat memengaruhi penentuan cara persalinan. Pemeriksaan DJJ penting untuk mengetahui janin dalam keadaan sehat atau tidak. DJJ janin normalnya 120 s.d. 160 x/menit.

(6). Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus toxoid (TT) bila dibutuhkan

Skrining TT dilakukan untuk mengetahui status imunisasi TT pada Wanita Usia Subur (WUS). Imunisasi TT dilakukan untuk mencegah adanya infeksi toxoplasma yang mana dalam kehamilan dapat menyebabkan keguguran atau masalah lainnya. Total status imunisasi TT ada 5 dosis dengan interval pemberian sebagai berikut:

Tabel 2.2 Jadwal Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid

Pemberian	Selang waktu minimal	Masa perlindungan	Dosis
TT 1	Saat kunjungan pertama		0,5
TT 2	4 minggu setelah TT 1	3 tahun	0,5
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun	0,5
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10 tahun	0,5
TT 5	1 tahun setelah TT 4	25 tahun	0,5

Sumber: Rahmah,(2021)

Program pemerintah untuk pemberian imunisasi TT telah diberlakukan sejak tahun 1976. Sejak tahun ini mulai berlaku 3 dosis pemberian imunisasi TT. Capaian imunisasi ini meningkat secara bertahap, mulai dari 4% pada tahun 1983 hingga mencapai lebih dari 80% pada tahun 1990. Jadwal imunisasi anak sekolah disesuaikan dengan jadwal TT 5 dosis melalui Program Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) dengan memberikan TT sebanyak 3 dosis (kelas 1 DT, kelas 2 TT, kelas 3 TT).

(7). Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama masa kehamilan

Ibu hamil diwajibkan untuk mengonsumsi tablet besi 60 mg dan asam folat 400 mcg, tujuannya untuk mencegah anemia pada kehamilan dan membantu pertumbuhan otak janin sehingga dapat mencegah kerusakan otak pada janin. Tablet tambah darah yang dikonsumsi ibu hamil selama kehamilan adalah 90 tablet yang diminum sejak pertama kali pemeriksaan. Konsumsi tablet tambah darah sebaiknya tidak bersamaan dengan teh, kopi, kalsium dan vitamin D karena dapat menghambat penyerapannya. Program pemberian 90 tablet Fe pada kehamilan di Indonesia berdasarkan temuan bahwa mayoritas ibu hamil di Indonesia mengalami anemia defisiensi zat besi. (Organization, 2020)

(8). Tes laboratorium

Tes laboratorium: tes kehamilan, kadar hemoglobin darah, golongan darah, tes triple eliminasi (HIV, sifilis, dan Hepatitis B) dan malaria pada daerah endemis. Tes lainnya dapat dilakukan sesuai indikasi, seperti: glukosa-protein urine, gula darah sewaktu, sputum Basil Tahan Asam (BTA), kusta, malaria pada daerah endemis, pemeriksaan feses. untuk cacangan, pemeriksaan darah lengkap untuk deteksi dini talasemia dan pemeriksaan lainnya. Hemoglobin merupakan sel darah merah yang bertugas untuk mengikat oksigen dan menyebarkannya ke seluruh tubuh termasuk menyebarkannya ke janin. Kadar Hb yang rendah atau di bawah standar minimal dapat menimbulkan komplikasi kehamilan termasuk keguguran, pertumbuhan janin terhambat, kelahiran prematur, dll. Hal ini disebabkan oleh janin tidak mampu menerima oksigen dan nutrisi yang cukup dari ibu karena Hb ibu rendah. Pada ibu hamil kadar Hb normal ada pada interval 11-16 gr/dL (Khoigani, Goli and Hasanzadeh, 2012; Grum et al.,

2017). Pemeriksaan Hb rutin dilakukan pada ibu ada kehamilan trimester pertama (kunjungan awal) dan usia kehamilan 32-34 minggu (terjadi puncak hemodilusi) adalah sebagai upaya pencegahan komplikasi dan persiapan persalinan. Pemeriksaan protein urine rutin dilakukan pada ibu hamil karena pemeriksaan ini merupakan salah satu skrining awal preeklamsia. Pemeriksaan protein juga digunakan untuk mendeteksi fungsi ginjal. Ibu hamil yang ditemukan hasil pemeriksaan minimal positif dua (+2) perlu dicurigai adanya preeklamsia atau masalah fungsi ginjal. Protein urine positif 1 (+1) namun hasil TD normal adalah kondisi yang normal pada ibu hamil karena proses adaptasi anatomi dari fungsi ginjal yang disebabkan perubahan hormon saat kehamilan.

(9). Tata laksana/penanganan kasus sesuai kewenangan dan masalah yang ada.

Penatalaksanaan kasus ditentukan berdasarkan hasil temuan yang ada, Ibu hamil yang terdeteksi mengalami masalah tertentu dalam kehamilannya akan diberikan intervensi atau tatalaksana yang sesuai dengan masalah yang ada. Apabila Ibu hamil tidak ditemui adanya masalah atau komplikasi dalam kehamilannya maka pemberian vitamin kehamilan akan tetap diberikan sesuai dengan kebutuhan atau tahapan masa kehamilan, sebagai contoh pada kehamilan trimester pertama merupakan masa dimana terbentuknya organ organ vital, CNS (central nervous system), jantung dan alat kelamin maka untuk mengoptimalkan fase ini serta untuk mencegah adanya masalah pada janin seperti neural tube defect dapat diberikan vitamin seperti asam folat, vitamin B1, vitamin B6, vitamin B12, dan vitamin E. Sedangkan pada trimester kedua merupakan masa dimana terbentuknya tulang. perkembangan organ vital, serta peningkatan volume darah maka dapat diberikan zat besi, kalsium, vitamin E, dll. Selain

pemberian vitamin. atau booster untuk Ibu hamil, tatalaksana kehamilan sehat lainnya yang dapat dilakukan adalah dengan menganjurkan ibu hamil untuk rutin melakukan olahraga atau senam hamil, tetap menganjurkan ibu. mengkonsumsi makanan yang kaya akan nutrisi dan mineral. Namun, apabila didapatkan masalah dalam kehamilan Bidan tidak dapat melakukan tatakšana secara mandiri, namun harus melakukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya. (Organization, 2020)

(10). Temu wicara (konseling)

Minimal edukasi yang diberikan ketika konseling adalah menjelaskan hasil pemeriksaan, asuhan yang tepat sesuai dengan usia kehamilan dan kondisi wanita hamil. Konseling yang penting diberikan saat ANC adalah fisiologi kehamilan, nutrisi ibu hamil, kesiapan mental, mengenali tanda bahaya kehamilan, persalinan, dan nifas, persiapan persalinan, kontrasepsi pascapersalinan, perawatan bayi baru lahir. inisiasi menyusui dini, serta ASI eksklusif. Bidan memotivasi ibu dan keluarga untuk rutin melakukan pemeriksaan kehamilan dan persalinan ditolong tenaga kesehatan merupakan salah satu poin penting yang harus ditekankan selama konseling pada ibu hamil.

Perawatan payudara sudah dapat dilakukan sejak masa kehamilan, hal ini berguna untuk persiapan menyusui. Ibu hamil yang sudah mempersiapkan untuk menyusui akan lebih tinggi tingkat keberhasilannya untuk dapat memberikan ASI eksklusif kepada Bayinya. ASI sudah dapat diproduksi sejak usia kehamilan trimester. pertama namun produksinya tidak dapat meningkat karena dihambat oleh hormon estrogen yang juga meningkat saat masa kehamilan. (Organization, 2020)

6. Deteksi dini kehamilan dengan KSPR

1. Pengertian

Skor Poedji Rochjati adalah suatu cara untuk mendeteksi dini kehamilan yang memiliki risiko lebih besar dari biasanya (baik bagi ibu maupun bayinya), akan terjadinya penyakit atau kematian sebelum maupun sesudah persalinan. Ukuran risiko dapat dituangkan dalam bentuk angka disebut skor. Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok:

- a) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2
 - b) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10
 - c) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12
2. Menilai faktor resiko dengan Skor Poedji Rochjati
- a) Wanita risiko tinggi adalah wanita yang dalam lingkaran hidupnya dapat terancam kesehatan dan jiwanya oleh karena sesuatu penyakit atau oleh kehamilan, persalinan dan nifas.
 - b) Ibu risiko tinggi adalah faktor ibu yang dapat mempertinggi risiko kematian neonatal atau maternal.
 - c) Kehamilan risiko tinggi adalah keadaan yang dapat mempengaruhi optimalisasi ibu maupun janin pada kehamilan yang dihadapi.

Tabel 2.3

Skor Poedji Rochjati

I Kel.	II No.	III Masalah atau Faktor Resiko	Skor	IV Tribulan			
				I	II	III.1	III.2
F.R.		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Terlalu muda, hamil ≤ 16 tahun	4				
	2	Terlalu tua, hamil ≥ 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 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
		Pernah melahirkan					

	9	dengan: Tarikan tang / vakum	4				
		Uridirogoh	4				
		Diberi infuse/transfuse	4				
	10	Pernah Operasi Sesar	8				
II	11	Penyakit pada Ibu Hamil:					
		a) Kurang darah	4				
		b) Malaria					
		c) TBC paru	4				
		d) Payah jantung					
		e) Kencing manis (Diabetes)	4				
	f) Penyakit menular seksual	4					
	12	Bengkak pada muka/tungkaidan 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: Runjati, (2022)

Ket :

Tinggi: skor 6-10

Kehamilan resiko rendah : skor 2

Kehamilan resiko sangat tinggi : skor ≥ 12 .

7. Abortus

1. Pengertian Abortus

Abortus adalah berakhirnya kehamilan sebelum janin dapat hidup di dunia luar, tanpa mempersoalkan penyebabnya. Bayi baru lahir mungkin di dunia luar berumur sebelum usia gestasi 20 minggu. Abortus merupakan persalinan kurang bulan sebelum usia janin yang memungkinkan untuk hidup, dan dalam hal ini kata ini bersinonim dengan keguguran. Abortus juga berarti induksi penghentian kehamilan untuk menghancurkan janin.

Abortus adalah pengeluaran atau pengangkatan embrio atau janin dari uterus sebelum embrio atau janin tersebut mampu mempertahankan hidupnya di luar rahim. Sebagian besar di antaranya tidak dikenali karena terjadi sebelum atau pada saat menstruasi selanjutnya.

2. Klasifikasi Abortus

Abortus diklasifikasikan sebagai berikut.

- a. Abortus spontan, yaitu keluarnya hasil konsepsi tanpa intervensi medis ataupun mekanis.
- b. Abortus buatan, abortus provokatus (disengaja, digugurkan).

- a) Abortus buatan menurut kaidah ilmu (abortus provocatus artificialis atau abortus therapeuticus). Indikasi abortus untuk kepentingan ibu, misalnya penyakit jantung, hipertensi esensial, dan karsinoma serviks. Keputusan ini ditentukan oleh pemutusan dokter dan ahli kebidanan, penyakit dalam, dan psikiatri atau psikologi.

- b) Abortus buatan kriminalis (abortus provokatus kriminalis) adalah pengguguran kehamilan tanpa alasan medis yang sah atau oleh yang tidak berwenang dan dilarang oleh hukum atau dilakukan oleh yang tidak berwenang. Kemungkinan adanya abortus provokatus kriminalis harus dipertimbangkan bila ditemukan abortus febrilis.

Aspek hukum dari tindakan abortus buatan yang disengaja ini, harus diperhatikan bahaya abortus buatan kriminalis.

- Infeksi.
- Infertilitas sekunder.
- Kematian.

Insidensi abortus sulit ditentukan karena kadang-kadang seorang

wanita dapat mengalami abortus tanpa mengetahui bahwa dirinya hamil dan tidak mempunyai gejala yang hebat sehingga dianggap sebagai menstruasi yang terlambat (siklus panjang). Terlebih lagi, insidensi abortus kriminalis sangat sulit ditentukan karena biasanya tidak dilaporkan. Angka kejadian abortus dilaporkan oleh rumah sakit sebagai rasio dari jumlah abortus terhadap jumlah kelahiran hidup.

Menurut gambaran klinis, abortus dapat dibedakan menjadi berikut.

1. Abortus insipiens (keguguran berlangsung). Abortus ini sedang berlangsung dan tidak dapat dicegah lagi, ostium terbuka, teraba ketuban, berlangsung hanya beberapa jam saja.
2. Abortus imminens (keguguran mengancam). Abortus ini baru mengancam dan masih ada harapan untuk mempertahankannya, ostium uteri tertutup, uterus sesuai umur kehamilan.
3. Abortus kompletus (keguguran lengkap). Seluruh buah kehamilan telah dilahirkan dengan lengkap, ostium tertutup, uterus lebih kecil dari umur kehamilan, atau ostium terbuka, kavum uteri kosong.
4. Abortus inkompletus (keguguran tidak lengkap). Sebagian dari buah kehamilan telah dilahirkan, tetapi sebagian (biasanya jaringan plasenta) masih tertinggal di dalam rahim, ostium terbuka, teraba jaringan.
5. Abortus habitualis (keguguran berulang). Abortus yang telah berulang dan berturut-turut terjadi, sekurang-kurangnya tiga kali berturut-turut.
6. Abortus provokatus. Abortus yang dilakukan dengan sengaja atas indikasi medis maupun nonmedis.
7. Abortus tertunda (missed abortion). Keadaan ketika janin telah mati sebelum minggu ke-20, tetapi tertahan di dalam

rahim selama beberapa minggu setelah janin mati. Batasan ini berbeda dengan batasan ultrasonografi.

3. Macam-Macam Abortus

1. Abortus Insipiens (Abortus sedang Berlangsung)

Abortus insipiens didiagnosis apabila pada wanita hamil ditemukan perdarahan sangat banyak, kadang-kadang keluar gumpalan darah yang disertai nyeri karena kontraksi rahim kuat, dan ditemukan adanya dilatasi serviks sehingga jari pemeriksa dapat masuk dan ketuban dapat teraba. Kadang-kadang perdarahan dapat menyebabkan kematian bagi ibu dan jaringan yang tertinggal dapat menyebabkan infeksi sehingga evakuasi harus segera dilakukan. Janin biasanya sudah mati dan mempertahankan kehamilan pada keadaan ini merupakan indikasi.

Dasar diagnosis abortus insipien secara klinis adalah sebagai berikut.

- a. Anamnesis perdarahan dari jalan lahir disertai nyeri/kontraksi rahim.
- b. Pemeriksaan dalam ostium terbuka, buah kehamilan masih dalam rahim, dan ketuban utuh (mungkin menonjol).

Pengelolaan yang dilakukan adalah sebagai berikut.

- a. Evakuasi.
- b. Uterotonika pascaevakuasi.
- c. Antibiotik selama tiga hari.

2. Abortus Imminens (Ancaman Keguguran)

Didiagnosis bila seorang wanita hamil kurang dari 20 minggu mengeluarkan darah sedikit pervaginam. Perdarahan dapat berlanjut beberapa hari atau dapat berulang. Dapat pula disertai sedikit nyeri perut bawah atau nyeri punggung bawah seperti saat menstruasi. Setengah dari abortus imminens akan

menjadi abortus komplet atau inkomplet, sedangkan pada sisanya kehamilan akan terus berlangsung.

Beberapa kepustakaan menyebutkan adanya risiko untuk terjadinya prematuritas atau gangguan pertumbuhan dalam rahim (intrauterine growth retardation) pada kasus seperti ini. Perdarahan yang sedikit pada hamil muda mungkin juga disebabkan oleh hal-hal lain, misalnya placentar sign, yaitu perdarahan dari pembuluh-pembuluh darah sekitar plasenta. Gejala ini selalu terdapat pada monyet Macaque Rhesus yang hamil.

Dasar diagnosis abortus imminens secara klinis, antara lain sebagai berikut:

1) Anamnesis.

Perdarahan sedikit dari jalan lahir dan nyeri perut tidak ada atau ringan.

2) Pemeriksaan dalam.

Perdarahan ada (sedikit), ostium uteri tertutup, dan besar uterus sesuai umur kehamilan.

3) Pemeriksaan penunjang hasil USG dapat menunjukkan hal berikut:

- Buah kehamilan masih utuh, ada tanda kehidupan janin.
- Meragukan.
- Buah kehamilan tidak baik, janin mati.

Pengelolaan yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- 1) Bila kehamilan utuh, ada tanda kehidupan janin: bed rest selama 3 x 24 jam dan pemberian preparat progesteron bila ada indikasi (bila kadar kurang dari 5-10 nanogram).
- 2) Bila hasil USG meragukan, ulangi pemeriksaan USG 1-2 minggu. Kemudian, bila hasil USG tidak baik maka evakuasi.

3. Abortus Kompletus (Keguguran Lengkap)

Kalau telur lahir dengan lengkap, abortus disebut komplet. Pada keadaan ini, kuretase tidak perlu dilakukan. Pada setiap abortus, penting untuk selalu memeriksa jaringan yang dilahirkan apakah komplet atau tidak dan untuk membedakan dengan kelainan trofoblas (mola hidatidosa). Pada abortus kompletus, perdarahan segera berkurang setelah isi rahim dikeluarkan dan selambat-lambatnya dalam 10 hari perdarahan berhenti sama sekali karena dalam masa ini luka rahim telah sembuh dan epitelisasi telah selesai. Serviks juga dengan segera menutup kembali. Kalau 10 hari setelah abortus masih ada perdarahan, abortus inkompletus atau endometritis pasca abortus harus dipikirkan.

4. Abortus Inkomplet (Keguguran Tidak Lengkap)

Abortus inkomplet diagnosis apabila sebagian dari hasil konsepsi telah lahir atau teraba pada vagina, tetapi sebagian tertinggal (biasanya jaringan plasenta). Perdarahan biasanya terus berlangsung, banyak, dan membahayakan ibu. Sering kali serviks tetap terbuka karena masih ada benda di dalam rahim yang dianggap sebagai benda asing (korpus alienum) sehingga berusaha mengeluarkannya dengan mengadakan kontraksi sehingga ibu merasakan nyeri, namun tidak sehebat pada abortus insipiens. Oleh karena itu, pada beberapa kasus, perdarahan tidak banyak dan bila dibiarkan maka serviks akan menutup kembali.

Dasar diagnosis abortus inkomplet secara klinis adalah sebagai berikut.

- a. Anamnesis.
- b. Perdarahan dari jalan lahir (biasanya banyak), nyeri/kontraksi rahim ada, dan bila perdarahan banyak, dapat terjadi syok. Pemeriksaan dalam ostium uteri terbuka, teraba sisa jaringan buah kehamilan.

Pengelolaan dilakukan sebagai berikut:

- a. Perbaiki keadaan umum, bila ada syok, atasi syok, bila Hb kurang dari 8 gr%, lakukan transfusi.
- b. Evakuasi: digital, kuretase.
- c. Uterotonika.
- d. Antibiotik selama tiga hari.

5. Abortus Habitualis

Abortus spontan terjadi tiga kali berturut-turut atau lebih. Kejadian ini lebih sedikit daripada abortus spontan (kurang dari 1 persen), lebih sering terjadi pada primi tua. Etiologi abortus ini adalah kelainan genetik (kromosomal), kelainan hormonal (imunologik), dan kelainan anatomis. Pengelolaan abortus habitualis bergantung pada etiologinya. Pada kelainan anatomi, mungkin dapat dilakukan operasi Shirodkar atau McDonald.

6. Abortus Provokatus Medisinalis

Abortus provokatus medisinalis merupakan abortus yang dilakukan dengan sengaja atas diindikasi, baik medis maupun nonmedis. Abortus ini dapat dilakukan dengan cara berikut.

a. Kimiawi

Pemberian secara ektrauterine atau intrauterine obat abortus, seperti prostaglandin, anti-progesteron (RU 486), atau oksitosin.

b. Mekanis

- Pemasangan batang laminaria atau dilapan akan membuka serviks secara perlahan dan tidak traumatis sebelum kemudian dilakukan evakuasi dengan kuret tajam atau vakum.
- Dilatasi serviks dilanjutkan dengan evakuasi, dipakai dilator Hegar, dilanjutkan dengan kuretase.

- Histerotomi/histerektomi.

7. Abortus Tertunda (Missed Abortion)

Sekitar kematian janin, kadang-kadang ada perdarahan pervaginam sedikit sehingga menimbulkan gambaran abortus imminens. Selanjutnya, rahim tidak membesar, bahkan mengecil karena absorpsi air ketuban dan maserasi janin. Buah dada mengecil kembali. Gejala-gejala lain yang penting tidak ada, hanya amenore berlangsung terus-menerus. Abortus spontan biasanya berakhir selambat-lambatnya enam minggu setelah janin mati. Kalau janin mati pada kehamilan yang masih muda sekali, janin akan lebih cepat dikeluarkan. Sebaliknya, kalau kematian janin terjadi pada kehamilan yang lanjut, retensi janin akan lebih lama.

Dasar diagnosis abortus tertunda secara klinis adalah sebagai berikut.

- a. Anamnesis Perdarahan bisa ada atau tidak.
- b. Pemeriksaan obstetri
Fundus uteri lebih kecil dari umur kehamilan dan bunyi jantung janin tidak ada.
- c. Pemeriksaan penunjang USG, laboratorium (Hb, trombosit, fibrinogen, waktu perdarahan, waktu pembekuan, dan waktu protrombin).

Pengelolaan dilakukan sebagai berikut.

- a. Perbaiki keadaan umum darah segar.
- b. Fibrinogen.
- c. Evakuasi dengan kuret bila umur kehamilan lebih dari

4. Penyebab Abortus

Penyebab abortus merupakan gabungan dari beberapa faktor. Umumnya, abortus didahului oleh kematian janin. Janin dapat mati karena toksin atau karena penyerbuan kuman-kuman sendiri. Akan tetapi, keadaan ibu yang toksin dapat

menyebabkan abortus, sementara janin hidup. Kelainan endokrin, misalnya kekurangan progesteron atau disfungsi akibat gondok juga bisa menjadi penyebab. Penyebab lain adalah trauma, misalnya laparotomi atau kecelakaan dapat menimbulkan abortus.

Faktor-faktor yang dapat menyebabkan terjadinya abortus, antara lain sebagai berikut.

1. Faktor janin.

Kelainan yang paling sering terjadi pada abortus adalah gangguan pertumbuhan zigot, embrio, janin, dan plasenta. Kelainan berikut biasanya menyebabkan abortus pada trimester pertama.

- a. Kelainan telur, kerusakan embrio, atau kelainan kromosom (monosomi, trisomi, atau poliploidi).
- b. Embrio dengan kelainan lokal.
- c. Abnormalitas pembentukan plasenta.

2. Faktor ibu.

Berbagai penyakit ibu dapat menimbulkan abortus atau partus prematurus, seperti infeksi akut yang berat, pneumonia, tifus, dan lain-lain.

- a. Infeksi

Infeksi maternal dapat membawa risiko bagi janin yang sedang berkembang, terutama pada akhir trimester pertama atau awal trimester kedua. Penyakit yang dapat menyebabkan abortus, antara lain virus (misalnya, rubella, cytomegalovirus, virus herpes simpleks, campak, hepatitis, polio, dan encephalomyelitis), bakteri (misalnya, Salmonella typhi), dan parasit (misalnya, Toxoplasma gondii, plasmodium).

- b. Penyakit vaskular.
- c. Kelainan endokrin.
- d. Abortus spontan dapat terjadi bila produksi

progesteron tidak mencukupi atau ada penyakit disfungsi tiroid atau defisiensi.

3. Faktor immunoglobulin.
 - a. Ketidakcocokan sistem HLA (human leukocyte antigen).
 - b. Trauma pengangkatan ovarium yang mengandung korpus luteum graviditatum sebelum minggu ke-8.
 - c. Kelainan uterus.
4. Faktor eksternal.
 - a. Radiasi dosis.
Dosis 1-10 rad bagi janin pada kehamilan 9 minggu pertama dapat merusak janin dan dosis yang tinggi dapat menyebabkan keguguran.
 - b. Obat-obatan.
Antagonis asam folat, antikoagulagen, dan lain-lain. Sebaiknya tidak menggunakan obat-obatan sebelum kehamilan 16 minggu, kecuali bahwa obat tersebut tidak membahayakan janin.
 - c. Bahan-bahan kimia lainnya, seperti bahan yang mengandung arsen dan benzena.
5. Faktor kelainan alat kandungan.
 - a. Hipoplasia uterus.
 - b. Tumor uterus.
 - c. Serviks yang pendek.
 - d. Retrofleksi uteri inkarserata.
 - e. Kelainan endometrium dapat menimbulkan abortus.

B. Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan merupakan suatu proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam 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, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin.

Nyeri persalinaan dapat dirasakan pada setiap tahap persalinan, yaitu pada kala I hingga kala IV persalinan. Pada kala I persalinan adalah yang progresif yang diakhiri dengan pembukaan lengkap (10 cm) pada primipara kala I berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan pada multipara kira-kira 7 jam.

b. Jenis-jenis Persalinan

1) Persalinan spontan

Persalinan spontan adalah proses persalinan lewat vagina yang berlangsung tanpa menggunakan alat maupun obat tertentu, baik itu induksi, vakum, atau metode lainnya. Persalinan spontan benar-benar hanya mengandalkan tenaga dan usaha ibu untuk mendorong keluarnya bayi.

2) Persalinan normal

Persalinan normal (eutokia) adalah proses kelahiran janin pada kehamilan cukup bulan (aterm, 37-42 minggu), pada janin letak memanjang presentasi belakang yang disusul dengan pengeluaran plasenta dan seluruh proses kelahiran ini berakhir dalam waktu kurang dari 24 tanpa tindakan pertolongan buatan dan tanpa komplikasi.

3) Persalinan anjuran (induksi)

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

4) Persalinan tindakan

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

c. Sebab-sebab Mulainya Persalinan

2. Penurunan kadar progesteron

Progesteron melemaskan otot-otot rahim, sedangkan estrogen meningkatkan kelemahannya. Pada masa kehamilan, kadar progesteron dan estrogen dalam darah seimbang namun pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun dan terjadi HIS Proses penebaran plasenta dimulai pada minggu ke-28 kehamilan, ketika jaringan ikat menumpuk dan pembuluh darah menyempit dan tersumbat. Produksi progesteron menurun dan otot rahim menjadi lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya, ketika progesteron turun ke tingkat tertentu, otot-otot rahim mulai berkontraksi

3. Teori oksitosin

Oksitosin dilepaskan dari kelenjar hipofisis posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim dan menyebabkan kontraksi Braxton-Hicks lebih sering. Menjelang akhir kehamilan, kadar progesteron turun, sehingga oksitosin meningkat dan aktivitas otot rahim meningkat, sehingga memicu kontraksi rahim dan tanda-tanda persalinan.

4. Keregangan otot-otot

Otot-otot rahim memiliki kemampuan untuk meregang dalam rentang tertentu. Setelah titik tertentu tercapai, kontraksi terjadi dan kelahiran dimulai. Seperti pada kandung kemih dan lambung, saat dinding meregang akibat bertambahnya isi, terjadi kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Situasi serupa terjadi di rahim. Seiring bertambahnya usia kehamilan, otot-otot rahim menjadi lebih meregang dan lebih rapuh. Misalnya, pada kehamilan ganda, kontraksi sering kali terjadi setelah sejumlah peregangan.

5. Pengaruh janin

Kelenjar hipofisis janin dan kelenjar adrenal juga

tampaknya terlibat, karena pada anensefali hipotalamus kurang berkembang dan kehamilan seringkali berlangsung lebih lama dari biasanya. Pemberian kortikosteroid memungkinkan janin menjadi matang dan menginduksi persalinan.

6. Teori prostaglandin

Prostaglandin yang diproduksi oleh desidua diduga menjadi salah satu penyebab timbulnya persalinan. Eksperimen telah menunjukkan bahwa prostaglandin F₂ atau E₂ yang diberikan secara intravena, intra-amniotik, dan ekstra-omnial menginduksi kontraksi miometrium pada usia kehamilan berapa pun. Prostaglandin yang diberikan selama kehamilan dapat menyebabkan otot rahim berkontraksi dan mengeluarkan produk konsepsi. Prostaglandin diduga memicu kontraksi. Hal ini juga didukung dengan adanya tingginya kadar prostaglandin baik pada cairan ketuban maupun sekitar ibu hamil sebelum melahirkan atau saat melahirkan.

7. Teori iritasi mekanik

Di belakang serviks ada ganglion servikale (Plexus Frankenhauser). Bila digeser atau tertekan janin akan menyebabkan kontraksi uterus.

d. Tanda-tanda Persalinan

Tanda persalinan sudah dekat yaitu:

1. Terjadinya lightening

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

- a) Kontraksi Braxton Hicks
- b) Ketegangan dinding perut
- c) Ketegangan ligamen tumrotundum
- d) Gaya berat janin dimana kepala kearah bawah

Gambaran lightening pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara ketiga P yaitu power (kekuatan his),

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

2. Terjadinya his permulaan

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

Sifat his permulaan (palsu):

- a. Rasa nyeri ringan dibagian bawah
- b. Datangnya tidak teratur
- c. Tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda
- d. Durasinya pendek
- e. Tidak bertambah bila beraktivitas

3. Tanda pasti persalinan

a. Terjadinya his persalinan

His persalinan mempunyai sifat:

- 1) Pinggang terasa sakit yang menjalar kedepan.
- 2) Sifatnyateratur,interval makin pendek dan kekuatannya makin besar.
- 3) Mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks.
- 4) Makin beraktivitas kekuatan makin bertambah.

b. Pengeluaran lendir dan darah(*show*)

Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan.

- 1) Pendatarandanpembukaan.
- 2) Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas.
- 3) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

c. Pengeluaran cairan

Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban

baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

faktor yang mempengaruhi persalinan yaitu:

(1). Power/Tenaga

Kekuatan kontraksi (kontraksi ritmis otot polos rahim) adalah kekuatan pendorong ibu, keadaan kardiovaskular, pernapasan, dan metabolismenya. Kontraksi uterus terjadi secara teratur dan tidak disengaja serta mengikuti pola yang berulang. Setiap kontraksi uterus memiliki tiga tahap, yaitu peningkatan (saat mencapai intensitas), puncak (puncak atau maksimum), dan peluruhan (saat relaksasi).

Peregangan serviks oleh kepala janin akhirnya menjadi cukup kuat untuk menimbulkan daya kontraksi korpus uteri dan akan mendorong janin maju sampai janin dikeluarkan. Ini sebagai umpan balik positif, kepala bayi meregang serviks, regangan serviks merangsang kontraksi fundus mendorong bayi ke bawah dan meregangkan serviks lebih lanjut, siklus ini berlangsung terus menerus.

(2). Passage/Jalan Lahir

Passage adalah suatu keadaan jalan lahir, pada proses persalinan jalan lahir mempunyai peran yang penting dalam proses persalinan pada kelahiran bayi. Dengan demikian evaluasi jalan lahir merupakan salah satu faktor yang menentukan apakah persalinan dapat berlangsung pervaginam atau sectio caesarea. Pada jalan lahir kepala janin dengan ukuran panggul normal apapun jenis panggulnya, secara normal kelahiran pervaginam janin dengan berat badan yang normal tidak akan

mengalami kesukaran, akan tetapi karena pengaruh gizi, lingkungan atau hal-hal lain, ukuran panggul dapat menjadi lebih sempit daripada standar normal, sehingga biasa terjadi kesulitan dalam persalinan pervaginam atau yang biasa disebut CPD (Cepalo Pelvic Disporpotion).

Pada jalan lahir lunak atau otot yang berperan pada proses persalinan adalah segmen bawah rahim, vagina dan servik uteri. Disamping itu otot-otot jaringan ikat dan ligamen yang menyokong alat-alat urogenital juga sangat berperan pada persalinan.

(3).Passanger/Janin

Passager adalah janinnya, kepala adalah bagian yang paling besar dan keras dari tubuh bayi, posisi dan besar kepala dapat mempengaruhi jalan persalinan, kepala janin ini pula yang paling banyak mengalami cedera pada persalinan,sehingga salah satu pemicu adanya komplikasi dan yang menentukan kehidupan janin kelak, lahir normal, cacat atau akhirnya meninggal. Biasanya apabila kepala janin sudah lahir, maka bagian badan yang lain akan keluar kemudian dengan mudah.

(4).Respon Psikologi

Perasaan optimis dan positif ibu berupa ikhlas, kelegaan hati, dan bahwa proses persalinan adalah suatu fase dalam menjadi "kewanitaan sejati" yaitu munculnya rasa bangga dan senang luar biasa ketika melahirkan bisa menghasilkan keturunan. Mereka seolah-olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap sebagai suatu "keadaan yang belum pasti" sekarang menjadi hal yang nyata. Pada psikologis ibu dipengaruhi oleh melibatkan emosi dan persiapan intelektual ibu, pengalaman melahirkan bayi sebelumnya, kebiasaan adat istiadat, dukungan dari orang-orang

sekitar serta orang terdekat pada kehidupan ibu.

(5). Penolong

Peran dari penolong persalinan dalam hal ini adalah bidan harus dapat mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin akan terjadi pada ibu dan janin. Proses persalinan salah satunya tergantung dari kemampuan skill dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan.

4. Tahapan Persalinan

Tahapan persalinan terbagi menjadi 4 kala yaitu:

1) Kala I (Kala Pembukaan)

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

Pembukaan merupakan tahapan persalinan yang dimulai dari his/kontraksi persalinan pertama sampai pembukaan serviks menjadi lengkap. Proses membukanya serviks dibagi dalam 2 fase yaitu:

a. Fase laten

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

b. Fase aktif

Berlangsung selama 6-7 jam dibagi menjadi 3:

- 1) Fase akselerasi dimulai pembukaan 3 cm menjadi 4 cm, lamanya 2 jam.

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

2) Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

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

3) Kala III (Kala Pelepasan Plasenta)

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

4) Kala IV (Kala Pengawasan)

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

5. Mekanisme Persalinan Normal

Mekanisme persalinan merupakan gerakan janin dalam menyesuaikan dengan ukuran dirinya dengan ukuran panggul saat kepala melewati panggul. Mekanisme ini sangat diperlukan mengingat diameter janin yang lebih besar harus berada pada satu garis lurus dengan diameter yang besar dari panggul

Gerakan Mekanisme Persalinan Normal:

- 1 Turunnya kepala dibagi menjadi dua yaitu masuknya kepala dalam pintu atas panggul, dan majunya kepala. Pembagian ini terutama berlaku pada primigravida, masuknya ke dalam pintu atas panggul pada primigravida sudah terjadi pada bulan terakhir kehamilan tetapi pada multigravida biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan. Sagitalis, melintang dan dengan fleksi yang ringan. Masuknya sutura sagitalis terdapat ditengah-tengah jalan lahir, ialah tepat di antara simpisis dan promontorium, maka kepala dikatakan dalam synclitismus dan syclitismus os parietal depan dan belakang sama tingginya.

Majunya kepala pada primigravida terjadi setelah kepala masuk ke dalam rongga panggul dan biasanya baru dimulai pada kala 2. Pada multigravida sebaiknya majunya kepala dan masuknya kepala ke dalam rongga panggul terjadi bersamaan. Yang menyebabkan majunya kepala adalah tekanan cairan intrauterin, tekanan langsung oleh fundus pada bokong, kekuatan meneran, melurusnya badan janin oleh perubahan bentuk rahim.

Penurunan terjadi selama persalinan oleh karena daya dorong dari kontraksi dan posisi, serta penerangan selama kala 2 oleh ibu.

- 2 Fiksasi (engagement) merupakan tahap penurunan pada waktu diameter biparietal dari kepala janin telah masuk panggul ibu.
- 3 Desensus merupakan syarat utama kelahiran kepala, terjadi karena adanya tekanan cairan amnion, tekanan langsung pada

bokong saat kontraksi, usaha meneran, ekstensi dan pelurusan pada janin.

- 4 Fleksi, sangat penting bagi penurunan kepala selama kala 2 agar bagian terkecil masuk panggul dan terus turun. Dengan majunya kepala, fleksi bertambah hingga ubun-ubun besar. Keuntungan dari bertambahnya fleksi adalah ukuran kepala yang lebih kecil melalui jalan lahir yaitu diameter suboccipitobregmatic (9,5 cm) menggantikan diameter suboccipito frontalis (11,5 cm). Fleksi disebabkan karena janin didorong maju, dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir pintu atas panggul, serviks, dinding panggul atau dasar panggul. Akibat dari kekuatan dorongan dan tahanan ini terjadilah fleksi. Karena momen yang menimbulkan fleksi lebih besar dari moment yang menimbulkan defleksi.
- 5 Putaran paksi dalam/rotasi internal, pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah simpisis. Pada presentasi belakang kepala bagian inilah daerah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar ke depan ke bawah simpisis. Putaran paksi dalam mutlak perlu untuk kelahiran kepala karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul. Putaran paksi dalam tidak terjadi tersendiri, tetapi selalu kepala sampai hodge III, kadang-kadang baru setelah kepala sampai di desa panggul. Sebab-sebab putaran paksi dalam: pada letak fleksi, bagian belakang kepala merupakan bagian terendah dari kepala. Pada bagian terendah dari kepala ini mencari tahanan yang paling sedikit yaitu pada sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genitalis antara M. Levator ani kiri dan kanan. Pada ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter anteroposterior.

- 6 Rotasi internal dari kepala janin akan membuat diameter anteroposterior (yang lebih panjang) dari kepala akan menyesuaikan diri dengan diameter anteroposterior dari panggul.
- 7 Ekstensi setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini terjadi pada saat lahir kepala, terjadi karena gaya tahanan dari dasar panggul dimana gaya tersebut membentuk lengkungan Carrus, yang mengarahkan kepala ke atas menuju lubang vulva sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya. Bagian leher belakang dibawah occiputnya akan bergeser di bawah simpisis pubis dan bekerja sebagai titik poros. Uterus yang berkontraksi kemudian memberi tekanan tambahan atas kepala yang menyebabkan ekstensi kepala lebih lanjut saat lubang vulva-vagina membuka lebar. Pada kepala bekerja dua kekuatan, yang satu mendesaknya kebawah dan satunya karena disebabkan tahanan dasar panggul yang menolaknya keatas. Resultantnya adalah kekuatan kearah depan atas. Setelah subocciput tertahan pada pinggir bawah simpisis maka yang dapat maju karena kekuatan tersebut di atas adalah bagian yang berhadapan dengan subocciput, maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineumubun-ubun besar, dahi hidung dan mulut dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi. Subocciput yang menjadi pusat putaran disebut hypomochlion.
- 8 Rotasi eksternal/putaran paksi luar, terjadi bersamaan dengan perputaran interior bahu. Setelah kepala lahir, maka kepala anak memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Gerakan ini disebut putaran restitusi. Restitusi adalah perputaran 45° baik ke arah kiri atau kanan bergantung pada arah dimana ia mengikuti perputaran menuju posisi

oksiput anterior. Selanjutnya putaran dilanjutkan hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber ischidium.

- 9 Ekspulsi, setelah putaran paksi luar bahu depan sampai di bawah simpisis dan menjadi hypomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan mengikuti lengkung carrus (kurva jalan lahir).(Ma'rifah et al., 2022)

C. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

1 Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir (Neonatus) adalah bayi yang baru lahir mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari, BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturase, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan (ekstrauterain) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik (Marmi dkk, 2015). Bayi baru lahir normal adalah bayi yang baru lahir pada usia kehamilan genap 37-41 minggu, dengan presentasi belakang kepala atau letak sungsang yang melewati vagina tanpa memakai alat. (Tando, Naomy Marie, 2016). Menurut Sarwono (2005) dalam buku Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir (Sondakh, 2017) Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir cukup bulan, 38-42 minggu. dengan berat badan sekitar 2500-3000 gram dan panjang badan sekitar 50-55 cm.

2 Ciri-ciri bayi normal adalah:

- a) Berat badan 2.500-4.000 gram.
- b) Panjang badan 48-52.
- c) Lingkar dada 30-38.
- d) Lingkar kepala 33-35.
- e) Frekuensi jantung 120-160 kali/menit.
- f) Pernapasan \pm 40-60 kali/menit.
- g) Kulit kemerah-merahan dan lici karena jaringan subkutan

cukup.

- h) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- i) Kuku agak panjang dan lemas.
- j) Genitalia: pada perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, dan pada laki-laki, testis sudah turun dan skrotum sudah ada.
- k) Refleks isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- l) Refleks Moro atau gerak memeluk jikadikagetkan sudah baik.
- m) Refleks grap atau menggenggam sudah baik.
- n) Eliminasi baik, mekonium keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan.
- o) Nilai apgar > 7

Adapun penilaian pada bayi baru lahir dilakukan dengan penilaian APGAR skore.

Tabel 2.4

Nilai APGAR SKORE bayi baru lahir

Tanda/klinis	Penilaian		
	0	1	2
Detak jantung	Tidak ada	<100x/menit	>100x/menit
Pernafasan	Tidak ada	Tidak teratur	Tangis kuat
Refleks	Tidak bereaksi	Sedikit gerakan	Reaksi menangis, melawan
Tonus otot	Lumpuh	lemah	Kuat, gerak aktif
Warna kulit	Biru pucat	Tubuh merah ekstremitas biru	Merah seluruh tubuh

3 Adaptasi pada Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan Diluar Uterus

Fisiologi neonates merupakan ilmu yang mempelajari fungsi dan proses vital neonates. Neonates adalah individu yang baru saja mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterin. Selain itu, neonates adalah individu yang sedang bertumbuh.

a) Sistem Pernapasan

Sistem pernapasan adalah sistem yang paling

tertantang ketika perubahan dari lingkungan intrauterin ke lingkungan uterin ekstra BBL harus segera mulai bernapas begitu lahir ke dunia. Ketika kepala dilahirkan, lendir keluar dari hidung dan mulut. Banyak bayi megap-megap dan bahkan menangis pada saat itu. Beberapa napas pertama membutuhkan tekanan tinggi karena udara mengalir masuk ke dalam ruang yang terisi penuh dengan cairan. Stimulasi taktil seperti dengan lembut mengusap punggung neonatus, mengeringkan bayi yang basah atau menjepitkan telapak kaki cukup untuk menstimulasi pernafasan pada sebagian bayi baru lahir.

Pernapasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir. Usaha bayi pertama kali untuk mempertahankan tekanan alveoli, selain karena adanya surfaktan, juga karena adanya tarikan napas dan pengeluaran napas dengan merintih sehingga udara bisa tertahan di dalam. Cara neonates bernapas dengan cara bernapas diafragmatik dan abdominal, sedangkan untuk frekuensi dan didalamnya bernapas belum teratur. Apabila surfaktan berkurang, maka alveoli akan kolaps dan paru-paru kaku, sehingga terjadi atelektasis. Dalam kondisi seperti ini (anoksia), neonates masih dapat mempertahankan hidupnya karena adanya kelanjutan metabolisme anaerobik.

b) Peredaran Darah

Pada masa fetus, peredaran darah dimulai dari plasenta melalui vena umbilikal lalu sebagian ke hati dan sebagian lainnya langsung ke serambi kiri jantung, kemudian ke bilik kiri jantung. Dari bilik kiri darah di pompa 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 arterioli 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 dalam paru turun dan tekanan dalam aorta desenden naik dan juga karena rangsangan biokimia (PaO_2 yang naik) serta duktus arteriosus yang berobliterasi. Hal ini terjadi pada hari pertama.

c) Suhu Tubuh

Empat kemungkinan mekanisme yang dapat menyebabkan bayi baru lahir kehilangan panas tubuhnya.

1. Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi (pemindahan panas dari tubuh bayi ke objek lain melalui kontak langsung). Sebagai contoh konduksi bisa terjadi ketika menimbang bayi tanpa alas timbangan, memegang bayi saat tangan dingin, dan menggunakan stetoskop dingin untuk pemeriksaan BBL.

2. Konveksi

Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang bergantung pada kecepatan dan suhu udara). Sebagai contoh, konveksi dapat terjadi ketika membiarkan atau menempatkan BBL dekat jendela, atau membiarkan BBL di ruangan yang terpas kipas angin.

3. Radiasi

Panas dipancarkan dari BBL keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 objek yang mempunyai suhu berbeda). Sebagai

contoh, membiarkan BBL dalam ruangan AC tanpa diberikan pemanas (radiant warmer), membiarkan BBL dalam keadaan telanjang, atau menidurkan BBL berdekatan dengan ruangan yang dingin (dekat tembok).

4. Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan yang bergantung pada kecepatan dan kelembapan udara (perpindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap). Evaporasi ini dipengaruhi oleh jumlah panas yang dipakai, tingkat kelembapan udara, dan aliran udara yang melewati. Apabila BBL dibiarkan dalam suhu kamar 25°C, maka bayi akan kehilangan panas melalui konveksi, radiasi dan evaporasi yang besarnya 200 kg/BB, sedangkan yang dibentuk hanya sepersepuluhnya saja.

Agar dapat mencegah terjadinya kehilangan panas pada bayi, maka lakukan hal berikut.

- Keringkan bayi secara seksama
- Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih yang kering dan hangat
- Tutup bagian kepala bayi
- Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya
- Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir
- Tempatkan bayi di lingkungan yang hangat.

5. Metabolisme

Luas permukaan tubuh neonatus relatif lebih luas dari tubuh orang dewasa, sehingga metabolisme basal per kg berat badan akan lebih besar. Oleh karena itulah, BBL harus menyesuaikan diri dengan lingkungan baru sehingga energi dapat diperoleh dari metabolisme karbohidrat dan lemak. Pada jam-jam pertama kehidupan,

energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua, energi berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapat susu, sekitardi hari keenam energi diperoleh dari lemak dan karbohidrat yang masing-masing sebesar 6 dan 40%.

6. Keseimbangan Air dan Fungsi Ginjal

Tubuh BBL mengandung relative banyak air. Kadar natrium juga relatif lebih besar dibandingkan dengan kalium karena ruangan ekstraseluler yang luas.

Fungsi ginjal belum sempurna karena :

- b. Jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa.
- c. Ketidakseimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal.
- d. Renat blood flow relatif kurang bila dibandingkan dengan orang dewasa.

7. Hati

Segera setelah lahir, hati menunjukkan perubahan kimia dan morfologis yang berupa kenaikan kadar protein dan penurunan kadar lemak serta glikogen. Sel hemopoetik juga mulai berkurang, walaupun dalam waktu yang agak lama. Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, daya detoksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna, contohnya pemberian obat kloramfenikol dengan dosis lebih dari 50 mg/kgBB/hari dapat menimbulkan grey baby syndrome.

8. Keseimbangan Asam Basa

Tingkat keasaman (pH) darah pada waktu lahir umumnya rendah karena glikolisis anaerobic. Namun, dalam waktu 24 jam, neonatus telah mengompensasi asidosis ini.

d) Rencana Asuhan pada Bayi Baru Lahir

Rencana asuhan pada bayi baru lahir sebagai berikut:

1. Pemberian ASI

Air Susu Ibu (ASI) merupakan makanan yang ter-baik bagi bayi. ASI diketahui mengandung zat gizi yang sesuai untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi, baik kualitas maupun kuantitasnya. Berikan ASI sesering mungkin dengan keinginan ibu (jika payudara sudah penuh) atau sesuai dengan kebutuhan bayi, yaitu setiap 2-3 jam (paling sedikit 4 jam sekali) dan secara bergantian diberikan antara payudara kiri dan kanan.

Berikan ASI eksklusif sampai bayi berusia 6 bulan. Selanjutnya ASI diberikan sampai berusia 2 tahun dengan penambahan makanan lunak atau padat yang disebut Makanan Pendamping ASI (MPASI).

2. Buang Air Besar (BAB)

Kotoran yang dikeluarkan bayi baru lahir pada hari-hari pertama disebut mekonium. Mekonium adalah aksresi gastrointestinal bayi yang diakumulasi dalam usus sejak masa janin, yaitu pada usia kehamilan 16 minggu. warna mekonium adalah hijau kehitaman, lengket dan bertekstur lembut, terdiri atas mukus, sel epitel, cairan amnion yang tertelan, asam lemak dan pigmen empedu.

Mekonium dikeluarkan seluruhnya 2-3 hari setelah lahir. Kemudian feses bayi yang diberi ASI akan berubah warnanya menjadi hijau emas dan terlihat seperti bibit. Bayi akan diberi susu formula memiliki feses berwarna coklat gelap, seperti pasta atau padat. Bayi akan berdefekasi 5-6 kali tiap hari dan akan berkurang pada minggu ke 2. Apabila bayi tidak defekasi selama lebih dari 2 hari segera hubungi tenaga kesehatan.

3. Buang Air Kecil (BAK)

Bayi baru lahir harus sudah BAK dalam waktu 24 jam setelah lahir. Hari selanjutnya bayi akan BAK

sebanyak 6-8 kali/hari. Pada awalnya volume urine bayi sebanyak 20-30 ml/hari, meningkat menjadi 100-200 ml/hari pada akhir minggu pertama. Warna urin keruh/merah muda dan berangsur-angsur jernih karena intake cairan meningkat. Jika dalam 24 jam bayi tidak BAK, bidan atau petugas kesehatan harus mengkaji jumlah intake cairan dan kondisi uretra.

4. Tidur

Memasuki bulan pertama kehidupan, bayi baru lahir menghabiskan waktunya untuk tidur. Macam tidur bayi adalah tidur aktif atau tidur ringan dan tidur lelap. Pada siang hari hanya 15% waktu digunakan bayi dalam keadaan terjaga, yaitu untuk menangis, gerakan motorik, sadar dan mengantuk. Sisa waktu yang 85% lainnya digunakan bayi untuk tidur.

5. Kebersihan Kulit

Kulit bayi masih sangat sensitif terhadap kemungkinan terjadinya infeksi. Untuk mencegah terjadinya infeksi pada kulit bayi, keutuhan kulit harus senantiasa dijaga. Verniks kaseosa bermanfaat untuk melindungi kulit bayi, sehingga jangan dibersihkan pada saat memandikan bayi.

Memandikan bayi terlalu awal (dalam waktu 24 jam pertama) cenderung meningkatkan kejadian hipotermi. Untuk menghindari terjadinya hipotermi, sebaiknya memandikan bayi setelah suhu tubuh bayi stabil (setelah 24 jam).

6. Perawatan Tali Pusat

Pusat harus selalu kering dan bersih. Tali pusat merupakan tempat koloni bakteri, pintu masuk kuman dan biasaterjadi infeksi lokal. Perlu perawatan tali pusat

sejak manajemen aktif kala III pada saat menolong kelahiran bayi. Sisa tali pusat harus dipertahankan dalam keadaan terbuka dan ditutupi kain bersih secara longgar. Pemakaian popok sebaiknya popok dilipat di bawah tali pusat. Jika tali pusat terkena kotoran/feses, maka tali pusat harus dicuci dengan sabun dan air mengalir, kemudian keringkan.

7. Minum Bayi

Pastikan bayi diberi minum sesegeramungkin setelah lahir (dalam waktu 30 menit) atau dalam 3 jam setelah masuk rumah sakit, kecuali apabila pemberian minum harus ditunda karena masalah tertentu. Bila bayi dirawat di rumah sakit, upayakan ibu mendampingi dan tetap memberikan ASI.

8. Keamanan Bayi

Bayi merupakan sosok yang masih lemah dan rentan mengalami kecelakaan. Untuk menghindari terjadinya kecelakaan atau hal-hal yang tidak diinginkan pada bayi, sebaiknya tidak membiarkan bayi sendiri tanpa ada yang menunggu. Tidak membiarkan bayi sendirian dalam air atau tempat tidur, kursi atau meja.

e) Tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir

1. Tidak dapat menyusu sejak lahir, atau berhenti menyusu dengan baik
2. Kejang-kejang atau tidak bisa bergerak sejak lahir
3. Pernapasan cepat: Dua kali hitungan 60 kali napas atau lebih dalam satu menit
4. Dada tidak bisa digerakkan
5. Suhu tinggi: $37,5^{\circ}\text{C}$ atau lebih
6. Suhu sangat rendah: $35,4^{\circ}\text{C}$ atau kurang
7. Telapak kaki berwarna kuning
8. Gerakan hanya saat dirangsang, atau tidak ada gerakan

bahkan saat dirangsang

9. Tanda-tanda infeksi lokal: pusar merah atau mengeluarkan nanah, bisul pada kulit, atau mata berair nanah

f) Kunjungan Neonatus (KN1-3)

Waktu kunjungan neonatal yaitu:

- 1) KN 1: pada periode 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir;
- 2) KN 2: pada periode 3 hari sampai dengan 7 hari setelah lahir;
- 3) KN 3: pada periode 8 hari sampai dengan 28 hari setelah lahir.

D. Konsep Dasar Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas atau masa puerperium adalah masa setelah persalinan selesai sampai 6 minggu atau 42 hari. Selama masa nifas, organ reproduksi secara perlahan akan mengalami perubahan seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan organ reproduksi ini disebut involusi.

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu.

b. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Tujuan dari pemberian asuhan pada masa nifas:

- a) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis
- b) Melaksanakan skrining secara komprehensif, deteksi dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi.
- c) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehari-hari,
- d) Memberikan pelayanan keluarga berencana.

c. Peran dan Tanggung jawab Bidan

Adaapun peran dan tanggung jawab bidan secara komprehensif dalam asuhan masa nifas adalah sebagai berikut:

- a) Memberikan dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas.
 - b) Sebagai promotor hubungan antara ibu dan bayi serta keluarga.
 - c) Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.
 - d) Membuat kebijakan, rencana program kesehatan yang berkaitan ibu dan anak dan mampu melakukan kegiatan administrasi.
 - e) Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan.
 - f) Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktekkan kebersihan yang aman.
 - g) Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosa dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas
 - h) Memberikan asuhan secara professional.
- d. Tahapan Masa Nifas

Adapun tahapan pada masa nifas adalah sebagai berikut:

a) Puerperium Dini

Merupakan masa pemulihan awal dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan. Ibu yang melahirkan per vaginam tanpa komplikasi dalam 6 jam pertama setelah kala IV dianjurkan untuk mobilisasi segera.

b) Puerperium Intermedial

Suatu masa pemulihan dimana organ-organ reproduksi secara berangsur-angsur akan kembali ke keadaan sebelum hamil. Masa ini berlangsung selama kurang lebih enam minggu

atau 42 hari.

c) Remote Puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi Rentang waktu remote puerperium berbeda untuk setiap ibu, tergantung berat ringannya komplikasi yang dialami selama hamil atau persalinan.

Tahapan masa nifas menurut Reva Rubin,yaitu:

- a) Periode Taking In (Hari ke 1-2 setelah melahirkan)
 - a) Ibu pasif dan tergantung dengan orang lain
 - b) Perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran perubahan tubuhnya
 - c) Ibu akan mengulangi pengalaman-pengalaman waktu melahirkan
 - d) Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi normal
 - e) Nafsu makan ibu biasanya bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi. Jika ibu Kurang nafsu makan menandakan kondisi tubuh tidak normal.
- b) Periode Taking On/Taking Hold (hari ke-2-4 setelah melahirkan)
 - a) Ibu memperhatikan kemampuan sebagai orang tua dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayinya
 - b) Ibu memfokuskan perhatian pada pengontrolan fungsi tubuh bayi, BAK, BAB dan daya tahan tubuh bayi
 - c) Ibu berusaha untuk menguasai keterampilan merawat bayi seperti menggendong, menyusui, memandikan dan mengganti popok.
 - d) Ibu cenderung terbuka menerima nasehat bidan dan kritikan pribadi
 - e) Kemungkinan ibu mengalami depresi postpartum karena merasa tidak mampu membesarkan/merawat bayinya.

- c) Periode Letting Go
 - a) Terjadi setelah pulang ke rumah dan dipengaruhi oleh dukungan serta perhatian suami serta keluarga
 - b) Mengambil tanggung jawab dalam perawatan bayi dan memahami kebutuhan bayi sehingga akan mengurangi hak ibu dalam interaksi sosial
 - c) Depresi postpartum rentan terjadi pada masa ini.
- e. Kebijakan program nasional masa nifas

Kebijakan program nasional pada masa nifas yaitu paling sedikit empat kali melakukan kunjungan pada masa nifas, dengan tujuan untuk:

- 1) Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi.
- 2) Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan-kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya.
- 3) Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas.
- 4) Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas maupun bayinya.

Pemerintah melalui Depkes memberikan kebijakan yakni paling sedikit ada kali kunjungan pada masa nifas.

Tujuan:

- Untuk menilai kesehatan ibu dan bayi baru lahir
- Pencegahan terhadap kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya
- Mendeteksi adanya kejadian-kejadian masa nifas
- Menangani berbagai masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu maupun bayi pada masa nifas. (Dewi Ciselia & Vivi Oktari, n.d.)

Tabel 2.5 Jadwal kunjungan masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Asuhan
I	6 jam-3 hari <i>postpartum</i>	1. Mencegah pendarahan masa nifas karena Anterior uteri. 2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain

		<p>pendarahan rujuk jika pendarahan berlanjut.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu keluarga mengenai bagaimana cara mencegah pendarahan masa nifas karena Atonia uteri. 4. Pemberian ASI awal 5. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi yang baru lahir. 6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi. 7. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi yang baru lahir selama 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayinya dalam keadaan stabil.
II	6 hari <i>postpartum</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uterus berjalan normal dimana uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada pendarahan abnormal dan tidak ada bau. 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan. 3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat. 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik. 5. Memberikan konseling tentang bayi baru lahir, perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan lain- lain
III	2 minggu <i>Postpartum</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uterus berjalan normal dimana uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau. 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan pendarahan 3. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat. 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik 5. Memberikan konseling tentang bayi baru lahir, perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan lain- lain
IV	6 minggu <i>post partum</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas 2. Memberikan konseling KB secara dini

Sumber, Hutabarat (2022)

f. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

1) Kebutuhan Nutrisi dan Cairan

Bagi ibu yang menyusui harus mendapatkan gizi/nutrisi yang

baik untuk tumbuh kembang bayinya. Untuk itu, Ibu yang menyusui harus:

- a) Mengonsumsi tambahan 500-800 kalori tiap hari (ibu harus mengonsumsi 3 sampai 4 porsi setiap hari)
- b) Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan karbohidrat, protein, mineral, dan vitamin yang cukup
- c) Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui).
- d) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin
- e) Minum kapsul vitamin A (200.000 iu) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI nya. Pemberian vit dalam bentuk suplementasi dapat meningkatkan kualitas asi, meningkatkan daya tahan tubuh dan meningkatkan kelangsungan hidup anak pada bulan-bulan pertama kehidupan bayi bergantung pada vit A yang terkandung dalam ASI.

2) Kebutuhan Ambulasi

Mobilisasi dini (*early mobilization*) bermanfaat untuk:

- a) Melancarkan pengeluaran lokia, mengurangi infeksi puerperium
- b) Ibu merasa lebih sehat dan kuat.
- c) Mempercepat involusi alat kandungan.
- d) Fungsi usus, sirkulasi, paru-paru dan perkemihan lebih baik.
- e) Meningkatkan kelancaran peredaran darah, sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme.
- f) Memungkinkan untuk mengajarkan perawatan bayi pada ibu.
- g) Mencegah trombosis pada pembuluh tungkai.

3) Kebutuhan Eliminasi BAK/BAK

a) Miksi

Pada persalinan normal masalah berkemih dan buang air besar tidak mengalami hambatan apapun. Kebanyakan pasien dapat melakukan BAK secara spontan dalam 8 jam setelah melahirkan. Miksi hendaknya dilakukan sendiri secepatnya, kadang-kadang wanita mengalami sulit kencing, karena sfingter uretra ditekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi musculus spinchter ani selama persalinan, juga karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan. Bila dalam 3 hari ibu tidak dapat berkemih, dapat dilakukan rangsangan untuk berkemih dengan mengompres vesica urinaria dengan air hangat, jika ibu belum bisa melakukan maka ajarkan ibu untuk berkemih sambil membuka kran air, jika tetap belum bisa melakukan juga maka dapat dilakukan kateterisasi.

b) Defekasi

Buang air besar akan biasa setelah sehari, kecuali bila ibu takut dengan luka episiotomi. Bila sampai 3-4 hari belum buang air besar, sebaiknya dilakukan diberikan obat rangsangan per oral atau per rektal, jika masih belum bisa dilakukan klisma untuk merangsang buang air besar sehingga tidak mengalami sembelit dan menyebabkan jahitan terbuka.

4) Kebersihan diri atau personal hygiene

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada ibu. Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri dengan cara mandi yang teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan alas tempat tidur serta lingkungan di mana ibu tinggal. Ibu harus tetap bersih, segar dan wangi. Merawat perineum dengan baik dengan menggunakan antiseptik (PK/Dethol) dan selalu diingat bahwa membersihkan perineum dari arah depan ke belakang. Jaga kebersihan diri secara keseluruhan untuk menghindari infeksi,

baik pada luka jahitan maupun kulit.

1. Pakaian

Sebaiknya pakaian terbuat dari bahan yang mudah menyerap keringat karena produksi keringat menjadi banyak. Produksi keringat yang tinggi berguna untuk menghilangkan ekstra volume saat hamil. Sebaiknya, pakaian agak longgar di daerah dada sehingga payudara tidak tertekan dan kering. Demikian juga dengan pakaian dalam, agar tidak terjadi iritasi (lecet) pada daerah sekitarnya akibat lochea.

2. Rambut

Setelah bayi lahir, ibu mungkin akan mengalami kerontokan rambut akibat gangguan perubahan hormon sehingga keadaannya menjadi lebih tipis dibandingkan keadaan normal. Jumlah dan lamanya kerontokan berbeda-beda antara satu wanita dengan wanita yang lain. Meskipun demikian, kebanyakan akan pulih setelah beberapa bulan. Cuci rambut dengan kondisioner yang cukup. lalu menggunakan sisir yang lembut.

3. Kebersihan kulit

Setelah persalinan, ekstra cairan tubuh yang dibutuhkan saat hamil akan dikeluarkan kembali melalui air seni dan keringat untuk menghilangkan pembengkakan pada wajah, kaki, betis, dan tangan ibu. Oleh karena itu, dalam minggu-minggu pertama setelah melahirkan, ibu akan merasakan jumlah keringat yang lebih banyak dari biasanya. Usahakan mandi lebih sering dan jaga agar kulit tetap kering.

5) Kebutuhan Istirahat dan Tidur

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari.

1. Anjurkan ibu untuk istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.
2. Sarankan ibu untuk kembali ke kegiatan-kegiatan rumah tangga
3. Kurang istirahat mempengaruhi ibu dalam berbagai hal:
 - a) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi.
 - b) Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan.
 - c) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya.

6) Kebutuhan Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu darah merah berhenti dan ibu tidak merasa nyeri, aman untuk memulai, melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.

Hubungan seksual dapat dilakukan dengan aman ketika luka episiotomi telah sembuh dan lokia telah berhenti. Hendaknya pula hubungan seksual dapat ditunda sedapat mungkin sampai 40 hari setelah persalinan, karena pada waktu itu diharapkan organ-organ tubuh telah pulih kembali. Untuk itu bila sanggama tidak mungkin menunggu sampai hari ke-40, suami/istri perlu melakukan usaha untuk mencegah kehamilan. Pada saat inilah waktu yang tepat untuk memberikan konseling tentang pelayanan KB.

7) Kebutuhan Perawatan Payudara

Sebaiknya perawatan mammae telah dimulai sejak wanita hamil supaya puting lemas, tidak keras, dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya.

- a) Bila bayi meninggal, laktasi harus dihentikan dengan cara: pembalutan mammae sampai tertekan, pemberian obat estrogen untuk supresi LH seperti tablet Lynoral dan

Pardolel

- b) Ibu menyusui harus menjaga payudaranya untuk tetap bersih dan kering.
- c) Menggunakan Bra yang menyokong payudara.
- d) Apabila puting susu lecet oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali selesai menyusui, kemudian apabila lecetnya sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam. Asidikeluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok. Selain itu, untuk menghilangkan rasa nyeri dapat minum Paracetamol 1 tablet setiap 4-6 jam.

8) Latihan Senam Nifas

Selama kehamilan dan persalinan ibu banyak mengalami perubahan fisik seperti dinding perut menjadi kendur, longgarnya liang sanggama dan otot dasar panggul. Untuk mengembalikan kepada keadaan normal dan menjaga kesehatan agar tetap prima, senam nifas sangat baik dilakukan pada ibu setelah melahirkan. Ibu tidak perlu takut untuk banyak bergerak, karena dengan ambulasi dini (bangun dan bergerak setelah beberapa jam melahirkan) dapat membantu rahim untuk kembali ke bentuk semula.

Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan setiap hari sampai hari yang kesepuluh, terdiri dari sederetan gerakan tubuh yang dilakukan untuk mempercepat pemulihan keadaan ibu .

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan senam nifas adalah:

- a) Diskusikan pentingnya pengembalian otot perut dan panggul karena dapat mengurangi sakit punggung.
- b) Anjurkan ibu untuk melakukan ambulasi sedini mungkin secara bertahap, misal latihan duduk, jika tidak pusing baru boleh berjalan.

c) Melakukan latihan beberapa menit sangat membantu.

Senam nifas dapat dilakukan oleh ibu-ibu pasca persalinan, di mana senam nifas mempunyai tujuan untuk:

- a. Membantu mencegah pembentukan bekuan (trombosis) pada pembuluh tungkai dan membantu kemajuan ibu dari ketergantungan peran sakit menjadi sehat dan tidak bergantung.
- b. Mengencangkan otot perut, liang sanggama, otot-otot sekitar vagina maupun otot-otot dasar panggul.
- c. Memperbaiki regangan otot perut.
- d. Untuk relaksasi dasar panggul.
- e. Memperbaiki tonus otot pinggul.
- f. Memperbaiki sirkulasi darah.
- g. Memperbaiki regangan otot tungkai.
- h. Memperbaiki sikap tubuh dan

g. Tanda Bahaya Pada Masa Nifas

Tanda-tanda bahaya masa nifas yaitu:

1. Perdarahan hebat atau peningkatan perdarahan secara tiba-tiba (melebihi haid biasa atau jika perdarahan tersebut membasahi lebih dari 2 pembalut dalam waktu setengah jam)
2. Pengeluaran cairan vagina dengan bau busuk yang menyengat
3. Rasa nyeri diperut bagian bawah atau punggung
4. Sakit kepala yang terus menerus, nyeri epigastric, atau terdapat masalah/gangguan penglihatan
5. Pembengkakan pada wajah dan tangan demam, muntah, rasa Bakit sewaktu buang air seni, atau merasa tidak enak badan
6. Payudara yang berwarna kemerahan, panas, dan/atau sakit
7. Kehilangan selera makan untuk waktu yang berkepanjangan
8. Rasa sakit, warna merah, kelembutan dan/atau pembengkakan pada kaki
9. Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengurus diri sendiri

atau mengurus bayi

10. Merasa sangat letih atau bernapas terengah-engah.

E. Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga berencana adalah Gerakkan untuk membentuk keluarga yang sehat dan sejahtera dengan membatasi kelahiran.

Keluarga berencana merupakan suatu usaha suami istri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Usaha yang dimaksud termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga. Kontrasepsi berasal kata kontra berarti 'mencegah' atau 'melawan' dan konsepsi berarti pertemuan antara sel telur yang matang dan sel sperma yang mengakibatkan kehamilan. Maksud dari konsepsi adalah menghindari/mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur dan sel sperma tersebut. Ada dua pembagian cara kontrasepsi, yaitu cara kontrasepsi sederhana dan cara kontrasepsi modern (metode efektif). (Nujulah, 2022)

b. Manfaat KB

1. Aman, artinya tidak akan menimbulkan komplikasi berat bila digunakan.
2. Berdaya guna, artinya bila digunakan sesuai aturan akan dapat mencegah kehamilan.
3. Dapat diterima bukan hanya oleh klien melainkan juga oleh lingkungan budaya masyarakat.

c. Faktor yang harus dipertimbangkan dalam pelayanan KB

1. Status kesehatan
2. Efek samping potensial
3. Konsekuensi kegagalan
4. Besar keluarga yang direncanakan
5. Perserujuan pasangan
6. Norma budaya lingkungan dan orangtua

d. Tujuan program KB

- 1) Tujuan umum: meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan NKKBS (Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera) yang menjadi dasar terwujudnya masyarakat yang sejahtera dengan mengendalikan kelahiran sekaligus menjamin terkendalinya pertumbuhan penduduk.
- 2) Tujuan khusus: meningkatkan penggunaan alat kontrasepsi dan kesehatan keluarga berencana dengan cara pengaturan jarak kelahiran.

e. Sasaran Program KB

Sasaran utama dari pelayanan KB adalah Pasangan Usia Subur (PUS). Pelayanan KB diberikan di berbagai unit pelayanan baik oleh pemerintah maupun swasta dari tingkat desa hingga tingkat kota dengan kompetensi yang sangat bervariasi. Pemberi pelayanan KB antara lain adalah Rumah Sakit, Puskesmas, Dokter Praktek Swasta, Bidan Praktek Swasta dan Bidan Desa.

f. Ruang Lingkup Program KB

Ruang lingkup program KB, meliputi:

1. Komunikasi informasi dan edukasi
2. Konseling
3. Pelayanan infertilitas
4. Pendidikan seks
5. Konsultasi pra perkawinan dan konsultasi perkawinan
6. Konsultasi genetik

g. Strategi Pendekatan Pelayanan KB

Strategi pendekatan dalam program keluarga berencana antara lain:

1. Pendekatan kemasyarakatan (community approach). Diarahkan untuk meningkatkan dan menggerakkan peran serta masyarakat (kepedulian) yang dibina dan dikembangkan secara berkelanjutan.
2. Pendekatan koordinasi aktif (active coordinative approach). Mengkoordinasikan berbagai pelaksanaan program KB dan pembangunan keluarga sejahtera sehingga dapat saling menunjang

dan mempunyai kekuatan yang sinergik dalam mencapai tujuan dengan menerapkan kemitraan sejajar.

3. Pendekatan integrative (integrative approach). Memadukan pelaksanaan kegiatan pembangunan agar dapat mendorong dan menggerakkan potensi yang dimiliki oleh semua masyarakat sehingga dapat.
4. Pendekatan kualitas (quality approach). Meningkatkan kualitas pelayanan baik dari segi pemberi pelayanan (provider) dan penerima pelayanan (klien) sesuai dengan situasi dan kondisi.
5. Pendekatan kemandirian (self reliance approach) Memberikan peluang kepada sektor pembangunan lainnya dan masyarakat yang telah mampu untuk segera mengambil alih peran dan tanggung jawab dalam pelaksanaan program KB nasional.(Nujulah, 2022)

h. Akseptor KB

Akseptor KB adalah proses yang disadari oleh pasangan untuk memutuskan jumlah dan jarak anak serta waktu ke-lahiran. Adapun jenis - jenis akseptor KB, yaitu:

1. Akseptor Aktif

Akseptor aktif adalah kseptor yang ada pada saat ini menggunakan salah satu cara / alat kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan atau mengakhiri kesuburan. (Kes, 2019)

2. Akseptor aktif kembali

Akseptor aktif kembali adalah pasangan usia subur yang telah menggunakan kontrasepsi selama 3 (tiga) bulan atau lebih yang tidak diselingi suatu kehamilan, dan kembali menggunakan cara alat kontrasepsi baik dengan cara yang sama maupun berganti cara setelah berhenti / istirahat kurang lebih 3 (tiga) bulan berturut-turut dan bukan karena hamil. (Kes, 2019)

3. Akseptor KB Baru

Akseptor KB baru adalah akseptor yang baru pertama kali menggunakan alat / obat kontrasepsi atau pasangan usia subur

yang kembali menggunakan alat kontrasepsi setelah melahirkan atau abortus. (Kes, 2019)

4. Akseptor KB dini

Akseptor KB dini merupakan para ibu yang menerima salah satu cara kontrasepsi dalam waktu 2 minggu setelah melahirkan atau abortus. (Kes, 2019)

5. Akseptor KB langsung

Akseptor KB langsung merupakan para istri yang memakai salah satu cara kontrasepsi dalam waktu 40 hari setelah melahirkan atau abortus. (Kes, 2019)

6. Akseptor KB dropout

Akseptor KB dropout adalah akseptor yang menghentikan pemakaian kontrasepsi lebih dari 3 bulan. (Kes, 2019)

i. Metode Kontrasepsi Rasional

1. Fase Penundaan Kehamilan

Fase penundaan kehamilan pertama bagi pasangan yang istrinya berusia 20 tahun, sebaiknya memanfaatkan jda ini untuk menunda kehamilan, disarankan untuk menunda memiliki anak sampai usia dua puluh tahun, karena dengan alasan bahwa kontrasepsi pemulihan kesuburan yang tinggi, artinya kontrasepsi yang menjamin 100% kembalinya kesuburan. (Winarningsih et al., 2024)

2. Fase Menjarakkan Kehamilan

Kisaran usia ideal seorang istri untuk melahirkan adalah antara usia hingga 30 tahun dengan memiliki dua anak dan jarak antara setiap kelahiran 2 hingga 4 tahun. Karena pasangan tetap ingin hamil lagi, maka diperlukan kriteria kontrasepsi yang mempunyai efektivitas dan reversibilitas yang tinggi. Sesa dengan jarak kelahiran yang diharapkan, kontrasepsi dapat digunakan hingga tiga hingga empat tahun ke depan. (Winarningsih et al., 2024)

3. Fase Mengakhiri Kehamilan

Keluarga dengan dua anak seorang istri yang diatas riga ouluh tahun sebaiknya menghindari kehamilan. Keluarga dengan keadaan serupa harus menggunakan kontrasepsi yang sangat efektif karena jika gagal, dapat terjadi kehamilan yang menimbulkan resiko tinggi bagi ibu dan anak. Selain itu, IUD, implant, suntikkan KB, pil KB, dan kontrasepsi mantap merupakan bentuk kontrasepsi yang tepat dan direkomendasikan jika pasangan akseptor berniat memiliki anak lagi. (Winarningsih et al., 2024)

j. Metode Kontrasepsi

Alat kontrasepsi dibagi menjadi dua, yaitu Metode Kontrasepsi Jangka Panjang dan nonMetode Kontrasepsi Jangka Panjang. Metode Kontrasepsi Jangka Panjang adalah metode kontrasepsi yang sekali pemakaiannya untuk 3 tahun hingga seumur hidup, sedangkan non MKJP pemakaiannya berkisar 1 sampai 3 bulan saja.

Berikut ini adalah jenis alat Metode Kontrasepsi Jangka Panjang:

1. Intra Uterine Device (IUD)

IUD adalah alat kontrasepsi spiral yang berbahan plastik dan berbentuk seperti huruf T yang dipasang di dalam rahim untuk mencegah kehamilan.

a) Kelebihan IUD:

A. Bisa dilepas kapan saja

B. Aman untuk menyusui

C. Mengurangi risiko terkena kanker serviks dan kanker endometrium

b) Kekurangan IUD:

a. Masih terdapat risiko mengalami kehamilan

b. Tidak nyaman di perut saat baru dipasang

c. Tidak mencegah risiko penularan penyakit kelamin

2. Implant

Implan adalah alat kontrasepsi yang berbentuk tabung plastik kecil dan fleksibel yang berisi hormon. Alat kontrasepsi jenis ini sering disebut susuk yang dimasukkan

ke dalam kulit lengan atas.

a) Kelebihan implan:

- 1) Memiliki efektivitas tinggi untuk mencegah kehamilan.
- 2) Aman digunakan pada ibu menyusui.
- 3) Menghindari risiko mengalami kanker kandungan dan radang panggul.

b) Kekurangan implan:

- 1) Efektivitas dapat berkurang jika mengkonsumsi obat tertentu seperti antibiotik rifabutin, obat HIV, obat komplementasi, dan obat epilepsi.
- 2) Kemungkinan menimbulkan infeksi.
- 3) Sekitar 20% wanita pemakai implan tidak mengalami menstruasi.

3. Sterilisasi

Metode Operasi Wanita (MOW)

Metode ini dikenal dengan ligasi tuba atau tubektomi yang dilakukan dengan menutup kedua tuba falopi dalam tubuh wanita.

a) Kelebihan MOW:

- 1) Tidak menimbulkan efek samping.
- 2) Efektivitas sangat tinggi.
- 3) Aman bagi ibu menyusui.

b) Kekurangan MOW:

- 1) Bersifat permanen.
- 2) Menimbulkan rasa sakit/tidak nyaman pada awal pemakaian. Metode Operasi Pria (MOP)
- 3) Metode ini dikenal dengan vasektomi, yang dilakukan dengan memotong vasa deferensia atau pipa yang menyalurkan sperma dari testis menuju uretra.

Berikut ini jenis alat non-MKJP

1. Kondom

Kondom adalah alat kontrasepsi berbahan karet latex yang dipakaikan pada alat kelamin pria atau wanita.

a) Kelebihan kondom:

- 1) Dapat mencegah infeksi penyakit menular seksual.
- 2) Mudah untuk digunakan, Kekurangan kondom:
- 3) Hanya dapat digunakan sekali.
- 4) Dapat menimbulkan alergi.

2. Pil

Pil adalah alat kontrasepsi oral dengan metode pemakaiannya diminum sehari sekali pada jam yang sama setiap hari.

a) Kelebihan pil:

- 1) Efektif jika diminum secara teratur.
- 2) Bisa digunakan oleh wanita di segala usia.
- 3) Tidak mengganggu produksi ASI.

b) Kekurangan pil:

- 1) Berisiko mengalami kenaikan berat badan.
- 2) Haid biasanya dapat terhenti.
- 3) Kemungkinan terjadi pendarahan atau bercak darah apabila lupa/terlambat minum pil.

3. Suntik KB

Suntik KB adalah alat kontrasepsi yang digunakan dengan cara menyuntikan hormon ke dalam tubuh wanita. Suntik KB ada yang diberikan setiap 1 atau 3 bulan sekali.

a) Kelebihan suntik KB:

- a. Aman digunakan bagi ibu menyusui.
- b. Tidak mengganggu saat melakukan hubungan intim.

b) Kekurangan suntik KB:

- a. Berisiko mengalami kenaikan berat badan.
- b. Siklus menstruasi dapat terganggu. c. Pemulihan kesuburan yang lambat.(Jannah et al., 2023)

F. Manajemen kebidanan 7 Langkah Varney

1. Langkah-langkah Manajemen Kebidanan

Tujuh langkah manajemen kebidanan:

1) Pengumpulan data dasar dengan pengkajian

Pada langkah ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara melakukan Anamnesa: biodata, riwayat menstruasi, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, biopsikososial, spritual, pemeriksaan fisik dengan kebutuhan dan pemeriksaan dan vital, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang. (Syaniah Umar et al., 2024)

2) Interpretasi data dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi atas data-data yang telah dilakukan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Rumusab du=iagnosis dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat diidentifikasi seperti diagnosa tetapi tetap membutuhkan penanganan.

3) Identifikasi masalah potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bidan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosa atau masalah potensial ini ini menjadi benar-benar terjadi. (Syaniah Umar et al., 2024)

4) Tindakan segera

Langkah ini mencerminkan kesinambungan dalam proses penatalaksanaan kebidanan. Jadi penatalaksanaan bukan hanya kunjungan antenatal saja, tetapi selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus misalnya pada waktu wanita

tersebut dalam persalinan. Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk konsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien. (Syaniah Umar et al., 2024)

- 5) Rencana manajemen/merencanakan asuhan dengan penjelasan yang sungguh rasional sebagai dasar untuk mengambil keputusan

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi/data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. (Syaniah Umar et al., 2024)

- 6) Pelaksanaan/melaksanakan rencana asuhan secara efisien dan aman

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke-5 dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan yang lain. Jika bidan tidak melakukan sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya: memastikan agar langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana). Dalam situasi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter, untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan meningkatkan waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan klien. (Syaniah Umar et al., 2024)

- 7) Evaluasi/ Mengevaluasi keefektifan asuhan

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan

dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan. akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam masalah dan diagnosa. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam masalah dan diagnosa. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya.

Perlunya tindakan segera oleh Bidan atau Dokter, konsultasi atau kolaborasi atau rujukan sebagai langkah 2, 3 dan 4 Varney.(Syaniah Umar et al., 2024)

G. SOAP

Pendokumentasian atau pencatatan manajemen dapat diterapkan dengan metode SOAP. Dalam metode SOAP, S adalah data Subjektif, O adalah data Objektif, A adalah Analysis/Assessment dan P adalah Planning. Merupakan catatan yang paling sederhana, jelas, logis dan singkat. Prinsip dari metode SOAP ini merupakan proses pemikiran penatalaksanaan manajemen kebidanan.

- Subjektif : Apa yang dikatakan klien.
- Objektif : Apa yang dilihat dan dirasakan oleh bidan sewaktu melakukan pemeriksaan (laboratorium, tanda vital, dan lain-lain).
- Assesment : Kesimpulan dari data-data subjektif/objektif
- Planning : Apa yang dilakukan berdasarkan hasil pengevaluasian.

SOAP adalah catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis, dan tertulis. Seorang bidan hendaknya menggunakan SOAP setiap kali mengkaji pasien. Selama masa antepartum, bidan dapat menulis satu catatan SOAP untuk setiap kali kunjungan, sementara dalam masa

intrapartum bidan boleh menulis lebih dari satu catatan untuk satu pasien dalam satu hari. Bidan juga harus melihat catatan SOAP terdahulu bila merawat seorang klien untuk mengevaluasi kondisinya yang sekarang.

a) S: Data Subjektif

Data subjektif (S), merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui anamensis. Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis.

b) O:Data Objektif

Data objektif (O) merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnosis lain.

c) A: Assessment

Assessment (A) ,merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Dalam pendokumentasian manajemen kebidanan, karena keadaan pasien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamik. Hal ini juga menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan pasien dan, analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data pasien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada pasien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat.

d) P (Planning)

Planning/perencanaan, adalah membuat rencana asuhan.

saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu pasien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter.

H. 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.

Standar I: Pengkajian

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

Kriteria Pengkajian:

- d. Data tepat, akurat dan lengkap
- e. Terdiri dari data subyektif (hasil anamnesa; biodata, keluhan utama, riwayat obstetrik, riwayat Kesehatan dan latar belakang sosial budaya)
- f. Data obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang).

Standar II: Perumusan diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

Pernyataan Standar: Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk

menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

Kriteria Perumusan diagnosa dan atau Masalah:

- a. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- b. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
- c. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Standar III: Perencanaan

Pernyataan Standar: Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan

Kriteria Perencanaan:

- g. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien; tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif
- h. Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga
- i. Mempertimbangkan klien/keluarga kondisi psikologi, sosial budaya
- j. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
- k. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada.

Standar IV: Implementasi

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

Kriteria:

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (inform consent)

- c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
- d. Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan
- e. Menjaga privasi klien/pasien
- f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- g. Mengikuti perkembangan berkesinambungan kondisi klien secara
- h. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
- i. Melakukan tindakan sesuai standar
- j. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

Standar V: Evaluasi

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

Kriteria Evaluasi:

- l. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- m. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan/keluarga
- n. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- o. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien

b. Standar VI: Pencatatan Asuhan Kebidanan

Pernyataan Standar: Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. (Putri et al., 2024)

I. Nomenklatur Diagnosa Kebidanan

Tabel 2.6 Nomenklatur Kebidanan

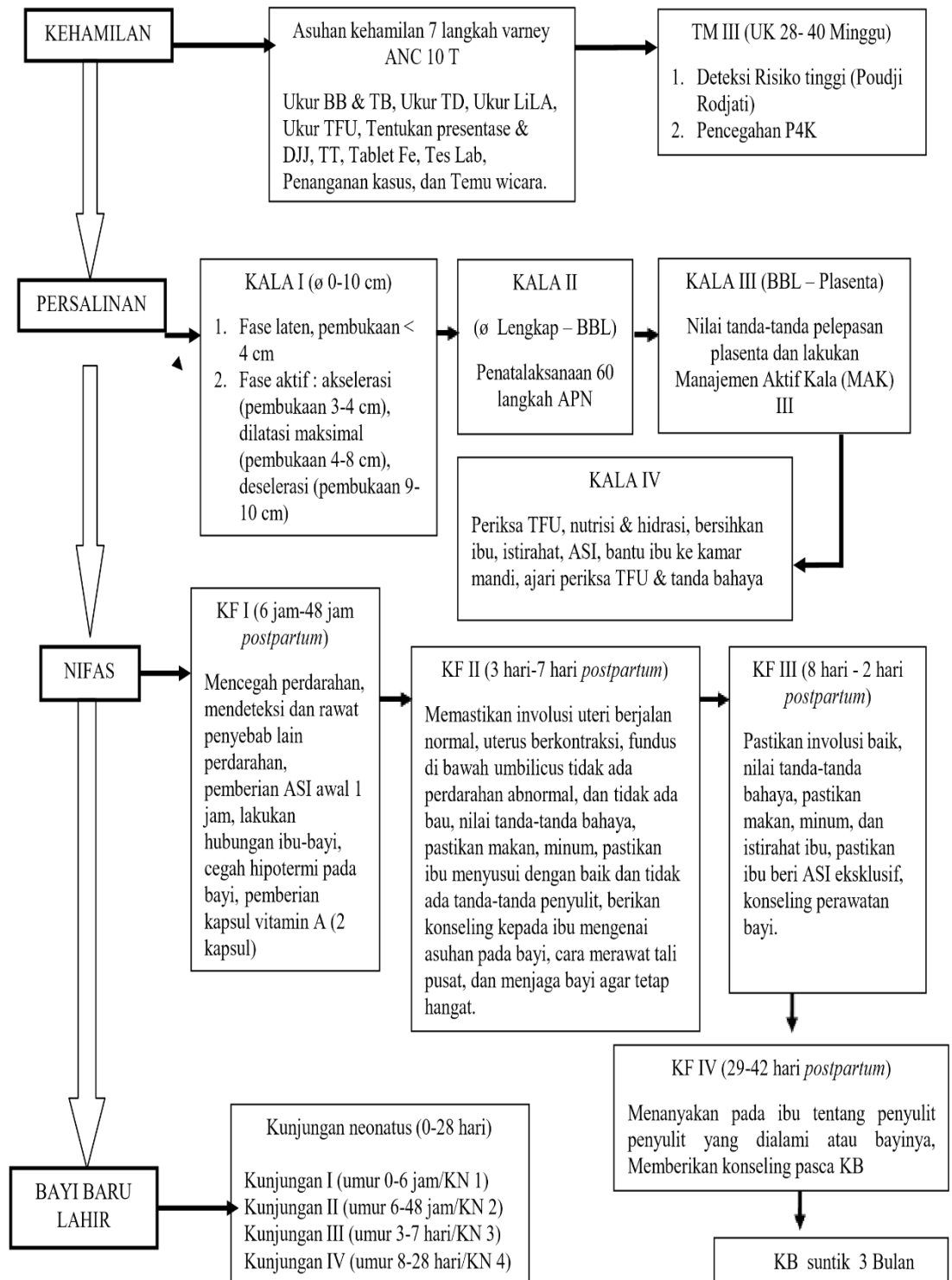
No	Nomenklatur Diagnosa	No	Nomenklatur Diagnosa
1	Kehamilan Normal	36	Infertio Uteri
2	Syok	37	Bayi Besar
3	Denyut Jantung Janin tidak normal	38	Malaria ringan tanpa Komplikasi
4	Denyut jantung janin tidak normal	39	Malaria ringan tanpa Komplikasi
5	Abortus	40	Mekomium
6	Solusi Plasenta	41	Meningtis
7	Akut pielonefritis	42	Metritis
8	Amnionitis	43	Migren
9	Anemia ringan/berat	44	Kehamilan Mola
10	Apendisitis	45	Kehamilan Ganda
11	Atonia Uteri	46	Petrus Macet
12	Post partum normal	47	Posisi oksiput posterior
13	Infeksi Mamae	48	Posisi oksiput Melintang
14	Pembekakan Mamae	49	Kista ovarium
15	Persentasi bokong	50	Absek pelvik
16	Asma bronkhiale	51	Peritonitis
17	Persentasi dagu	52	Plasenta previa
18	Disproporsi sevalopelvik	53	Pneumonia
19	Hipertensi kronik	54	Preeklampsia berat atau ringan

20	Koagulapati	55	Hipertensi karena Kehamilan
21	Persentasi Ganda	56	Ketuban pecah Dini
22	Cysitis	57	Partus prematuritas
23	Eklampsia	58	Prolapsus Tali pusat
24	Kehamilan ektopik	59	Partus fase laten lama
25	Ensisalitis	60	Partus kala II lama
26	Epilepsi	61	Retension plasenta
27	Hidramnion	62	Retension sisa Plasenta
28	Persentasi muka	63	Ruptura uteri
29	Persalinan semu	64	Bekas luka Uteri
30	Kematian janin	65	Presentasi bahu
31	Hemoragik antepartum	66	Distosia bahu
32	Hemoragik postpartum	67	Robekan serviks dan vagina
33	Gagal jantung	68	Tetanus
34	Inersial uteri	69	Letak lingtang.
35	Infeksi luka		

Sumber: Ngundju awang, (2024)

J. Kerangka Pikir

Gambar 2.1



Sumber: (2024)