

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kehamilan

1. Pengertian

Kehamilan adalah proses alami dan biologis yang dapat terjadi pada setiap wanita dengan organ reproduksi sehat, yang telah mengalami menstruasi, dan melakukan hubungan seksual dengan pria sehat, yang memiliki kemungkinan besar untuk hamil. Masa gestasi berlangsung dari konsepsi hingga kelahiran bayi, berlangsung selama 280 hari atau 40 minggu, dihitung dari hari pertama menstruasi terakhir (HPHT). Kehamilan dibagi menjadi tiga trimester yaitu: trimester pertama berlangsung dari konsepsi hingga 3 bulan (0-12 minggu), trimester kedua berlangsung selama 4 hingga 6 bulan (13-28 minggu), dan trimester ketiga berlangsung selama 7 hingga 9 bulan (29-40 minggu) (Nugrawati & Amriani, 2021).

Kehamilan merupakan masa yang dimulai dari konsepsi hingga lahirnya janin. Lama kehamilan ini berlangsung selama 280 hari (40 minggu atau sama dengan 9 bulan 7 hari) Kehamilan merupakan proses yang diawali dengan pertemuan sel ovum dan sel sperma di dalam uterus tepatnya di *tuba fallopi*. Setelah itu terjadi proses konsepsi dan terjadi *nidasi*, kemudian terjadi *implantasi* pada dinding uterus, tepatnya pada lapisan *edometrium* yang terjadi pada hari keenam dan ketujuh setelah konsepsi (Kasmiati *et al*, 2023).

Berdasarkan pengertian di atas maka penulis dapat menyimpulkan bahwa kehamilan merupakan suatu proses yang fisiologis dan alamiah dimana akan terjadi pertemuan antara sel sperma dan ovum dan normalnya akan berlangsung dalam waktu 280 hari atau 40 minggu yang di hitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT).

2. Nomenklatur Diagnosa Kebidanan Dalam Kehamilan

Kehamilan adalah suatu kondisi yang dialami seorang perempuan terhitung dari konsepsi sampai dengan periode sebelum melahirkan atau *inpartu*. Sesuai dengan amanah Undang-Undang Kebidanan No 4 Tahun 2019 bidan memiliki wewenang dalam memberikan asuhan kebidanan dalam kehamilan normal.

Merujuk dari konsep diagnosa dan *nomenklatur* yang diuraikan diatas bila kedua konsep ini digabungkan dengan konsep kehamilan maka nomenklatur diagnosa kebidanan dalam kehamilan dapat diartikan sebagai tata nama yang diberikan kepada setiap hasil pemeriksaan oleh bidan untuk mendiagnosa keadaan ibu dalam masa kehamilan. Dirumuskan secara sederhana, singkat berdasarkan hasil kesepakatan bidan sendiri lewat organisasi Standar Nomenklatur diagnosa kebidanan harus memenuhi syarat yaitu diakui dan telah disahkan oleh profesi, berhubungan langsung dengan praktik kebidanan, memiliki ciri khas kebidanan, didukung oleh *clinical judgement* dalam praktik kebidanan, Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan (Wariyaka, 2021).

3. Tata nama nomenklatur diagnosa kebidanan dalam kehamilan menurut varney

Menurut Wariyaka, (2021) Varney mengemukakan tentang ketentuan dari penggunaan nomenklatur dalam kebidanan untuk menunjukkan status *obstetric* seorang perempuan.

- a. *Gravida* merujuk pada jumlah berapa kali wanita hamil. Tidak masalah pada titik apa selama kehamilan atau kehamilan dihentikan. Juga tidak masalah berapa banyak bayi yang lahir dari kehamilan. Jika sekarang perempuan hamil maka ini juga termasuk didalamnya.
- b. *Para* mengacu pada jumlah kehamilan yang diakhiri dalam kelahiran janin yang mencapai titik *viabilitas* atau mampu dalam kelangsungan hidup. Jika seorang wanita memiliki beberapa kehamilan. Jika janinnya mati sewaktu lahir, tetapi melewati usia normal, itu sudah termasuk dalam kewajaran, ketika menetapkan paritas, dapat menggunakan 5 digit

notasi klasik paritas yaitu :

- 1) Digit pertama : Jumlah bayi cukup bulan yang dilahirkan oleh wanita itu. Istilah dalam sistim ini mengacu pada bayi 36 minggu atau 2500 gram atau lebih.
- 2) Digit kedua : Jumlah bayi *prematum* yang dilahirkan oleh wanita itu. *Prematur* dalam sistim ini mengacu pada bayi yang dilahirkan antara 28 dan 36 minggu atau dengan berat 1000 dan 2499 gram.
- 3) Digit ketiga : Jumlah kehamilan yang berakhir dengan *aborsi* (baik *spontaneous* maupun *induced* mengacu pada bayi yang dilahirkan bahkan mengira sekarang ada klasifikasi yang belum sempurna untuk bayi yang lahir antara 500 dan 999 gram. Untuk keperluan sistim ini meringkas riwayat kebidanan anak, ini dihitung sebagai *aborsi*.
- 4) Digit keempat : Jumlah anak yang hidup saat ini.
- 5) Digit kelima: Jumlah kehamilan yang menghasilkan banyak kelahiran (*gameli*). Digit kelima tidak umum digunakan tetapi berguna ketika ada riwayat beberapa kali kelahiran

4. Pengertian Kehamilan Trimester III

Kehamilan trimester III merupakan trimester akhir kehamilan, pada periode ini pertumbuhan janin dalam rentang waktu 29-40 minggu dimana periode ini adalah waktu untuk mempersiapkan persalinan (Rahmi & Ridhatullah, 2022). Tujuan melakukan asuhan pada ibu hamil trimester III secara menyeluruh dan berkesinambungan melalui pendekatan manajemen serta mendokumentasikan asuhan yang telah diberikan dengan pendokumentasian SOAP pada ibu hamil (Safitri *et al*, 2021)

5. Jadwal kunjungan ANC

Menurut Kemenkes RI, (2020) mencanangkan bahwa setiap ibu hamil minimal melakukan kunjungan ANC sebanyak enam kali selama kehamilan, kunjungan keenam adalah standar pelayanan *antenatal* ideal yang mencakup enam kali kunjungan selama kehamilan. Jadwal kunjungan meliputi dua kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dan tiga kali pada

trimester ketiga. Dari enam kunjungan tersebut, minimal dua kali harus dilakukan oleh dokter, yaitu pada kunjungan pertama di trimester pertama dan kunjungan kelima di trimester ketiga. Pemeriksaan dokter bertujuan untuk skrining faktor risiko, pemeriksaan USG, serta perencanaan persalinan. Jika kehamilan mencapai usia 40 minggu, ibu hamil harus dirujuk untuk evaluasi dan penentuan waktu persalinan.

6. Tanda-Tanda Pasti Hamil

Tanda pasti adalah tanda yang menunjukkan keberadaan janin yang dapat diperiksa langsung. Tanda Pasti Kehamilan yaitu:

- a. Gerakan dan bagian janin yang dapat dilihat, dirasa dan diraba. Gerakan janin baru dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 16 minggu pada ibu multipara dan usia kehamilan 20 minggu pada ibu primipara.
- b. Denyut jantung janin (DJJ). Denyut jantung janin dapat didengar dengan stetoskop monoral *Leannec* pada usia kehamilan 18-20 minggu, dicatat dan didengar dengan alat doppler pada usia kehamilan 12 minggu, dicatat dengan *feto elektrokardiogram*, dilihat pada *ultarosografi* (USG) pada usia kehamilan sekitar 8-10 minggu.
- c. Bagian-bagian janin yaitu bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (trimester III). Bagian janin ini dapat dilihat lebih sempurna menggunakan USG.
- d. Terlihat tulang-tulang janin dalam foto *rontgen*. Pemeriksaan janin dengan foto *rontgen* saat ini lebih dikurangi karena bahaya efek samping radiasi terhadap janin.

7. Perubahan dan adaptasi fisiologi dalam kehamilan trimester III

a. Uterus

Pada uterus terjadi penambahan ukuran sel-sel otot uterus dan terjadi *lightening* pada akhir-akhir kehamilan. Hal tersebut mendapatkan pengaruh hormon *estrogen* dan *progesteron* sebagaimana berikut yaitu *Hipertrofi* dan dilatasi otot, Penumpukan jaringan fibrosa dan elastis untuk menambah kekuatan dinding uterus, Penambahan jumlah dan

ukuran pembuluh darah vena, Dinding uterus semakin lama semakin menipis, Uterus kehilangan kekakuan dan menjadi lunak serta tipis bersamaan dengan bertambahnya umur kehamilan (Kasmiati *et al*, 2023)

Tabel 2.1 Perkembangan Tinggi Fundus Uteri Sesuai Umur Kehamilan

Umur	TFU
12 minggu	3 jari atas simfisis
16 minggu	Pertengahan pusat dan simfisis
20 minggu	3 jari di bawah pusat
24 minggu	Sepusat
28 minggu	3 jari atas pusat
32 minggu	Pertengahan pusat dan px
36 minggu	1-2 jari bawah px (<i>prosesus xypoides</i>)
40 minggu	2-3 jari bawah px (<i>prosesus xypoides</i>)

Sumber: Kasmiati *et al*, (2023)

Table 2.2 Taksiran berat badan janin

Umur Kehamilan	Berat Dadan Janin
1 bulan	-
2 bulan	5 gram
3 bulan	15 gram
4 bulan	120 gram
5 bulan	260 gram
6 bulan	600 gram
7 bulan	1000 gram
8 bulan	1800 gram
9 bulan	2800 gram
10 bulan	3000 gram

Sumber: Kasmiati *et al*, (2023)

b. Serviks

Serviks bertambah *vaskularisasinya* dan menjadi lunak yang disebut dengan tanda *goodell*. Kelenjar *endoservikal* membesar dan mengeluarkan banyak cairan *mucus*. Oleh karena pertambahan dan pelebaran pembuluh darah, warna menjadi *livid* yang disebut dengan tanda *chadwick*.

c. Vagina dan perineum

Selama kehamilan, terjadi peningkatan *vaskularitas* dan *hyperemia* di kulit dan otot perineum dan vulva, disertai pelunakan jaringan ikat di bawahnya. Meningkatnya *vaskularitas* sangat memengaruhi vagina dan

menyebabkan warnanya menjadi keunguan (tanda *chadwick*). Dinding vagina mengalami perubahan mencolok sebagai persiapan untuk meregang saat persalinan dan kelahiran. Perubahan-perubahan ini mencakup peningkatan bermakna ketebalan mukosa, melonggarnya jaringan ikat, dan *hipertrofi* sel otot polos. Papilla epitel vagina mengalami *hipertrofi* sehingga terbentuk gambaran berpaku-paku halus. Sekresi serviks ke dalam vagina selama kehamilan sangat meningkat dan berupa cairan putih agak kental, pH cairan asam berkisar antara 3,5 hingga 6. Hal ini disebabkan karena peningkatan produksi asam laktat dari glikogen diepitel vagina oleh kerja *lactobacillus acidophilus*.

d. Vulva

Pada vulva terjadi perubahan yaitu Vaskula Vrisasi meningkat dan Warna menjadi lebih gelap.

e. Ovarium

Selama kehamilan, ovulasi berhenti karena adanya peningkatan *estrogen* dan *progesteron* yang menyebabkan penekanan sekresi FSH dan LH dari *hipofisis* anterior. Masih terdapat *korpus luteum graviditas* sampai terbentuknya uri yang mengambil alih pengeluaran *estrogen* dan *progesteron*.

f. Payudara

Payudara akan membesar dan tegang akibat hormon *somatotropin*, *estrogen*, dan *progesteron*, akan tetapi belum mengeluarkan air susu. Pada kehamilan akan terbentuk lemak sehingga payudara menjadi lebih besar, areola mengalami *hiperpigmentasi*. Pada trimester akhir kehamilan pertumbuhan kelenjar *mammae* membuat ukuran payudara semakin meningkat. Pada kehamilan 32 minggu warna cairan agak putih seperti air susu yang sangat encer. Dari kehamilan 32 minggu hingga anak lahir, cairan yang keluar lebih kental, berwarna kuning, dan banyak mengandung lemak. Cairan ini disebut *kolostrum*

8. Perubahan dan Adaptasi Psikologi dalam Kehamilan Trimester III

Pada fase trimester ketiga perubahan-perubahan psikologis pada ibu hamil semakin kompleks dan meningkat dari trimester sebelumnya. Hal ini dikarenakan kondisi kehamilan yang semakin membesar. Beberapa kondisi psikologis yang terjadi pada trimester ketiga antara lain: rasa tidak nyaman, merasa dirinya jelek, aneh, tidak menarik, merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu, takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya, khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya, ibu tidak sabar menunggu kelahiran bayinya, semakin ingin menyudahi kehamilannya, aktif mempersiapkan kelahiran bayinya, bermimpi dan berkhayal tentang bayinya.

9. Kebutuhan Dasar Bagi Ibu Hamil Trimester III

a. Oksigen

Kebutuhan oksigen ibu hamil meningkat kira-kira 20%, sehingga untuk memenuhi kebutuhannya itu, ibu hamil harus bernapas lebih dalam dan bawah thoraxnya juga melebar. Kehamilan 32 minggu ke atas, usus-usus tertekan oleh uterus yang membesar ke arah diafragma, sehingga diafragma sulit bergerak dan tidak jarang ibu hamil mengeluh sesak napas dan napas pendek.

Untuk mencegah hal tersebut dan untuk memenuhi kebutuhan oksigen sebaiknya yang harus diperhatikan dan dilakukan oleh ibu hamil untuk mengurangi perubahan sistem respirasi tersebut adalah sebagai berikut: tidur dengan posisi miring kearah kiri untuk meningkatkan perfusi uterus dan oksigenasi plasenta dengan mengurangi tekanan pada *vena asenden*, melakukan senam hamil untuk melakukan latihan pernapasan, posisi tidur dengan kepala lebih tinggi, usahakan untuk berhenti makan sebelum merasa kenyang. Apabila ada keluhan yang sangat mengganggu pada sistem respirasi segera konsultasi ke tenaga kesehatan.

b. Nutrisi

Dalam masa kehamilan, kebutuhan akan zat gizi meningkat. Hal ini diperlukan untuk memenuhi kebutuhan tumbuh kembang janin, pemeliharaan kesehatan ibu dan persediaan untuk laktasi, baik untuk ibu maupun janin. Kekurangan nutrisi dapat mengakibatkan *anemia*, *abortus*, *partus prematurus*, *inersia* uteri, perdarahan pasca persalinan, sepsis *puerperalis* dan lain-lain. Kelebihan nutrisi karena dianggap makan untuk dua orang dapat berakibat kegemukan, preeklamsia, janin besar dan lain-lain. Selama kehamilan, terjadi peningkatan kalori sekitar 80.000 kkal, sehingga dibutuhkan penambahan kalori sebanyak 300 kkal/hari. Penambahan kalori ini dihitung melalui protein, lemak yang ada pada janin, lemak pada ibu dan konsumsi O₂ ibu selama 9 bulan.

c. *Personal hygiene*

Mandi diperlukan untuk menjaga kebersihan terutama perawatan kulit. Pasalnya, pada masa kehamilan fungsi ekskresi dan keringat biasanya bertambah. Untuk ibu, digunakann atau diperlukan pula sabun yang lembut atau ringan.

d. Pakaian

Pakaian yang dikenakan harus longgar, bersih dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut. Selain itu, wanita dianjurkan mengenakan bra yang menyokong payudara dan pakaian dalam yang dikenakan harus selalu bersih dan menyerap keringat. Dianjurkan pula memakai pakaian dari bahan katun yang dapat menyerap keringat pakaian dalam harus selalu kering dan harus selalu diganti jika lembab.

e. Eliminasi

Wanita dianjurkan untuk efikasi teratur dengan mengonsumsi makanan yang banyak mengandung serat seperti sayuran. Selain itu, perawatan perineum dan vagina dilakukan setelah BAK/BAB dengan cara membersihkan dari depan ke belakang.

i. Imunisasi

Imunisasi *tetanus toksoid* untuk melindungi bayi terhadap penyakit tetanus *neonatorum*. Imunisasi dilakukan pada trimester I/II pada kehamilan 3-5 bulan dengan *interval* minimal 4 minggu. Lakukan penyuntikan secara IM dengan dosis 0,5 ml.

Tabal 2.3 Jadwal Pemberian Imunisasi Tetanus Toksoid

Antigen	Selang Waktu Pemberian Minimal	Lama Perlindungan
TT 1	Selama kunjungan kehamilan pertama atau sdini mungkin pada kehamilan	-
TT 2	4 minggu setelah TT 1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10 tahun
TT 5	1 tahun setelah TT 4	25 tahun

Sumber: (Kasmiati *et al*, 2023)

f. Seksual

Berdasarkan beberapa penelitian, terdapat perbedaan respons fisiologis terhadap seks anatara ibu hamil dan wanita tidak hamil.

g. Mobilisasi/*Body* Mekanik

Wanita pada masa kehamilan boleh melakukan pekerjaan seperti yang biasa dilakukan sebelum hamil. Sebagai contoh bekerja di kantor, melakukan pekerjaan rumah dengan syarat pekerjaan tersebut masih bersifat ringan dan tidak mengganggu kesehatan ibu dan janin seperti radiasi dan mengangkat beban yang berat.

h. Istirahat/tidur

Pada saat kehamilan, seorang ibu hamil harus memperhatikan pola istirahatnya karena ibu hamil membutuhkan waktu istirahat yang lebih panjang. Seperti istirahat siang kurang lebih 1 jam dan tidur malam kurang lebih 8 jam/hari.

10. Ketidaknyamanan kehamilan trimester III

Menurut Wulandari, (2021) ibu hamil lanjut pada kehamilan trimester III sering merasakan ketidaknyamanan akibat adanya perubahan fisik maupun psikologis yang terjadi pada ibu hamil. Ketidaknyamanan yang dimaksud adalah sebagai berikut:

a. Edema

Edema adalah penimbunan cairan secara berlebihan di antara sel-sel tubuh atau di dalam berbagai rongga tubuh. Secara umum cairan edema dikelompokkan menjadi *edema* peradangan atau *eksudat* dan *edema non* radang atau *transudat*. *Eksudat* muncul selama proses peradangan dan mempunyai berat jenis besar ($>1,2$), cairan ini mengandung protein tinggi. Sedangkan *transudat* mempunyai berat jenis rendah ($<1,15$) dan mengandung sedikit protein. Faktor Penyebab sehingga adanya *edema* pada ibu hamil, khususnya ibu hamil trimester III antara lain: Pembesaran uterus pada ibu hamil mengakibatkan tekanan pada *vena pelvik* sehingga menimbulkan gangguan sirkulasi. Hal ini terjadi terutama pada waktu ibu hamil duduk atau berdiri dalam waktu yang lama, tekanan pada *vena cava inferior* pada saat ibu berbaring terlentang, *kongesti* sirkulasi pada ekstremitas bawah, kadar *sodium* (Natrium) meningkat karena pengaruh dari hormonal. Natrium bersifat retensi cairan, pakaian ketat untuk meringankan atau mencegah *edema*, sebaiknya ibu hamil menghindari menggunakan pakaian ketat, mengkonsumsi makanan yang berkadar garam tinggi sangat tidak dianjurkan, saat bekerja atau istirahat hindari duduk atau berdiri dalam jangka waktu lama, saat istirahat naikkan tungkai selama 20 menit berulang-ulang dan sebaiknya ibu hamil makan makanan tinggi protein.

b. Sering Buang Air Kecil

Keluhan sering BAK sering dialami oleh ibu hamil trimester I dan III, hanya frekuensinya lebih sering pada ibu hamil trimester III. Apabila sering BAK ini terjadi pada malam hari akan mengganggu tidur sehingga ibu hamil tidak dapat tidur dengan nyenyak, sebentar-

sementar terbangun karena merasa ingin BAK. Sering buang air (BAK) sering disebabkan oleh karena uterus membesar, yang disebabkan karena terjadi penurunan bagian bawah janin sehingga menekan kandung kemih. Upaya untuk meringankan dan mencegah sering BAK, ibu hamil dilarang untuk menahan BAK, upayakan untuk mengosongkan kandung kencing pada saat terasa ingin BAK. Perbanyak minum pada siang hari untuk menjaga keseimbangan hidrasi.

c. Hemoroid

Hemoroid atau wasir biasa terjadi pada ibu hamil trimester II dan trimester III, semakin bertambah parah dengan bertambahnya umur kehamilan karena pembesaran uterus semakin meningkat. Hemoroid dapat terjadi oleh karena adanya konstipasi. Hal ini berhubungan dengan meningkatnya *progesteron* yang menyebabkan peristaltik usus lambat dan juga oleh *vena hemoroid* tertekan karena pembesaran uterus.

d. Insomnia (sulit tidur)

Insomnia dapat terjadi pada wanita hamil maupun wanita yang tidak hamil. Insomnia pada ibu hamil ini biasanya dapat terjadi mulai pada pertengahan masa kehamilan sampai akhir kehamilan. Semakin bertambahnya umur kehamilan maka insomnia semakin meningkat karena kecuali faktor fisik, faktor psikologis juga ikut menjadi penyebab insomnia pada ibu hamil. Insomnia dapat disebabkan oleh perubahan fisik yaitu pembesaran uterus.

e. Keputihan / *leukorrea*

Ibu hamil sering mengeluh mengeluarkan lendir dari vagina yang lebih banyak sehingga membuat perasaan tidak nyaman karena celana dalam sering menjadi basah sehingga harus sering ganti celana dalam. Hal ini disebabkan oleh karena terjadi peningkatan kadar hormon *estrogen*, *hyperplasia* pada mukosa vagina, pada ibu hamil.

f. Kram pada kaki

Kram pada kaki biasanya timbul pada ibu hamil mulai kehamilan 24 minggu. Kram ini dirasakan oleh ibu hamil sangat sakit. Kadang kala masih terjadi pada saat persalinan sehingga sangat mengganggu ibu dalam proses persalinan. Faktor penyebab belum pasti, namun ada beberapa kemungkinan diantaranya adalah kadar kalsium dalam darah rendah, uterus membesar sehingga menekan pembuluh darah *pelvic*, keletihan dan sirkulasi darah ke tungkai bagian bawah kurang.

g. Pusing

Rasa pusing sering menjadikan keluhan ibu hamil trimester II dan trimester III. Hal ini menimbulkan rasa ketidaknyamanan pada ibu hamil, kalau tidak ditangani penyebabnya maka dapat mengakibatkan tekanan darah rendah dan sampai meninggal. Sebaiknya ibu hamil posisi tidur posisi berbaring terlentang, karena penambahan berat badan dan pembesaran uterus maka menyebabkan menekan pada vena *cava inferior* sehingga menghambat dan mengurangi jumlah darah yang menuju ke hati dan jantung. Rasa pusing pada ibu hamil pada trimester II dan III, kemungkinan disebabkan karena *hypoglycemia*.

h. Sakit kepala

Ibu hamil sering mengeluh sakit kepala, keluhan ini bisa dirasakan ibu hamil baik trimester I, trimester II maupun trimester III. Sakit kepala dapat terjadi bila ibu hamil kelelahan atau keletihan, *spasme*/ketegangan otot. Ketegangan pada otot mata dapat juga menimbulkan sakit kepala, *kongesti* yaitu akumulasi berlebihan cairan tubuh. Kadang kala hal ini dapat terjadi oleh dinamika cairan syaraf yang berubah.

i. Sakit punggung

Sakit punggung pada ibu hamil terjadi pada ibu hamil trimester II dan III, dapat disebabkan karena pembesaran payudara yang dapat berakibat pada ketegangan otot dan keletihan.

j. Varises pada kaki atau vulva

Varises pada kaki menyebabkan perasaan tidak nyaman pada ibu hamil, biasa terjadi pada kehamilan trimester II dan trimester III. Varises dapat terjadi oleh karena bawaan keluarga (turunan), atau oleh karena peningkatan hormon *estrogen* sehingga jaringan *elastic* menjadi rapuh. Varises juga terjadi oleh meningkatnya jumlah darah pada vena bagian bawah.

11. Tanda bahaya Trimester III

Tanda bahaya Trimester III menurut Wulandari, (2021) adalah

a. Perdarahan Pervaginan

1). Pengertian

Perdarahan atepartum atau pendarahan pada kehamilan lanjut adalah pendarahan pada trimester terakhir dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan. Saat kehamilan lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah perdarahan warna merah, banyak dan disertai rasa nyeri.

2). Jenis-Jenis Perdarahan Antepartum

Plasenta *previa* merupakan plasenta yang berimplantasi rendah sehingga menutupi sebagian atau seluruh *ostium uteri internum*. (Implantasi plasenta yang normal adalah pada dinding depan, dinding belakang rahim, atau didaerah fundus uteri).

3) Tanda dan gejala plasenta *previa* adalah perdarahan tanpa nyeri

Biasanya terjadi secara tiba-tiba dan kapan saja, bagian terendah janin sangat tinggi karena plasenta terletak pada bagian bawah rahim sehingga bagian terendah tidak mendekati pintu atas panggul.

b. Solution Plasenta

Solution plasenta merupakan terlepasnya plasenta sebelum waktunya. Secara normal plasenta terlepas setelah anak lahir. Tanda dan gejala *solusio plasenta* adalah perdarahan dari tempat pelepasan keluar ke serviks sehingga tampak ada darah yang keluar dan kadang-kadang darah tidak keluar, terkumpul dibelakang plasenta (perdarahan

tersembunyi atau perdarahan ke dalam). *Solusio plasenta* dengan perdarahan tersembunyi menimbulkan tanda yang lebih khas (rahim keras seperti papan) karena seluruh perdarahan tertahan didalam umumnya berbahaya karena jumlah perdarahan yang keluar tidak sesuai dengan beratnya syok. Perdarahan juga disertai nyeri, nyeri abdomen pada saat dipegang, Palpasi sulit dilakukan, fundus uteri makin lama makin naik, serta bunyi jantung biasanya tidak ada. Deteksi dini yang dapat dilakukan oleh bidan adalah *Anamnesis* tanyakan pada ibu tentang karakteristik perdarahannya, kapan mulai, seberapa banyak, apa warnanya, adakah gumpalan, serta menanyakan apakah ibu merasakan nyeri atau sakit ketika mengalami perdarahan tersebut. (Hatijar & Yanti, 2020).

c. Sakit Kepala yang hebat

Wanita hamil bisa mengeluh sakit kepala yang hebat, sakit kepala seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan, namun sakit kepala pada kehamilan dapat menunjukkan suatu masalah serius apabila sakit kepala itu dirasakan menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan nyeri kepala yang hebat itu, ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau kondisi sakit kepala yang hebat dalam kehamilan dapat menjadi gejala dari preklamsi. Jika rasa sakit kepala disertai dengan penglihatan kabur atau terbayang, maka tanyakan pada ibu, apakah ia mengalami *oedema* pada muka atau tangan atau gangguan visual. Selanjutnya melakukan pemeriksaan tekanan darah, protein urine, *reflex* dan *oedema* serta periksa suhu dan jika suhu tubuh tinggi, lakukan pemeriksaan darah untuk mengetahui adanya parasit malaria.

d. Penglihatan Kabur

Wanita hamil mengeluh penglihatan yang kabur. Karena pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah dalam kehamilan. Perubahan ringan (*minor*) adalah normal masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam adalah perubahan

visual yang mendadak, misalnya pandangan kabur dan berbayang. Perubahan penglihatan ini mungkin di sertai sakit kepala yang hebat dan mungkin menjadi suatu tanda preeklamsia. Deteksi dini yang dapat dilakukan adalah dengan melakukan pemeriksaan data lengkap, pemeriksaan tekanan darah, protein urine, *reflex* dan *oedema*/bengkak di wajah dan jari-jari tangan. Hampir dari separuh ibu hamil akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat dengan meninggikan kaki. *Oedema* biasa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini merupakan pertanda anemia, gagal jantung atau preeklamsi.

e. Keluar cairan pervaginam

Keluarnya cairan berupa air-air dari vagina pada trimester tiga yang merupakan cairan ketuban. Ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan preterm (sebelum kehamilan 37 minggu), maupun pada kehamilan aterm. Normalnya selaput ketuban pecah pada akhir kala satu atau pada awal kala dua dalam persalinan dan bisa juga pecah saat mendedan.

f. Gerakan janin tidak terasa

Normalnya ibu mulai merasakan gerakan janinnya pada bulan ke-5 atau ke-6 kehamilan dan beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Gerakan bayi lebih muda terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik. Gerakan bayi kurang dari 3 kali dalam periode 3 jam merupakan salah satu tanda bahaya pada kehamilan usia lanjut.

g. Nyeri perut hebat

Nyeri abdomen yang berhubungan dengan persalinan normal adalah normal, nyeri abdomen yang mungkin menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa adalah yang hebat, menetap dan

tidak hilang setelah beristirahat. Hal ini bisa berarti *apendisitis* kehamilan *ektopik*, *aborsi*, penyakit radang panggul, persalinan *preterm*, *gastritis* atau infeksi lain.

12. Standar Pelayanan Antenatal Care (10 T)

Menurut Kemenkes RI (2020) Standar pelayanan antenatal terpadu minimal adalah sebagai berikut (10 T) :

a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Penimbangan berat badan setiap kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kg selama kehamilan atau kurang dari 1 kg setiap bulanya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor resiko pada ibu hamil.

Tabel 2.4 Klasifikasi BB Ibu Hamil Berdasarkan BMI

Klasifikasi BB	BMI	Penambahan BB
Berat badan kurang	<18,50	± 12 – 15 kg
Berat badan normal	18,50 – 24,99	9 – 12 kg
Berat badan lebih	≥25,00	6 – 9 kg
Preobes (sedikit gemuk)	25,00 – 29,99	± 6 kg
Obesitas	≥30,00	± 6 kg

Sumber: Kemenkes RI (2020)

b. Ukur tekanan darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah \geq 140/90 mmHg). Kehamilan dengan preeklampsia (hipertensi disertai Oedema wajah dan atau tungkai bawah dan atau protein uria).

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

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil beresiko Kurang

Energi Kronis (KEK), disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan atau tahun) dimana LILA kurang dari 23,5 cm.

d. Ukur tinggi puncak rahim (fundus uteri)

Pengukuran tinggi fundus uteri berguna untuk melihat pertumbuhan janin apakah sesuai dengan usia kehamilan. Pengukuran TFU dengan teknik Mc Donald adalah cara mengukur tinggi fundus uteri menggunakan alat ukur Panjang mulai dari tepi atas *simfisis pubis* sampai pada fundus uteri atau sebaliknya. Pengukuran TFU dengan teknik Mc Donald dilakukan pada usia kehamilan 22 minggu. Tinggi fundus uteri dalam sentimeter (cm), yang normal harus ditentukan berdasarkan HPHT. Jika hasil pengukuran berbeda 1-2 cm, masih dapat ditoleransi, tetapi jika deviasi lebih kecil 2 cm dari umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin, sedangkan bila deviasi lebih besar dari 2 cm kemungkinan terjadi bayi kembar (*gemeli*), *polihidramnion*, atau janin besar. Pada wanita hamil, untuk menentukan letak, presentasi, posisi dan penurunan kepala dengan melakukan Leopold, dibagi menjadi 4 tahap yaitu:

1) Leopold I Tujuan Pemeriksaan

Mengetahui tinggi fundus uteri, untuk memperkirakan usia kehamilan dan menentukan bagian-bagian janin di fundus uteri.

2) Leopold II Tujuan Pemeriksaan

Mengetahui bagian-bagian janin yang berada di bagian samping kanan dan kiri rahim.

3) Leopold III Tujuan Pemeriksaan

Menentukan presentasi janin dan menentukan apakah presentasi sudah masuk ke pintu atas panggul.

4) Leopold IV Tujuan Pemeriksaan

Pastikan bagian bawah janin sudah masuk ke dalam pintu atas panggul dan tentukan seberapa jauh bagian bawah janin sudah masuk ke dalam pintu atas panggul.

Tabel 2.5 Tinggi fundus Uteri Menurut Leopold

No.	Tinggi fundus Uteri Menurut Leopold	Tinggi fundus Uteri Menurut Leopold
1.	22-28 minggu	24-25 cm di atas simfisis
2.	28 minggu	26,7 cm di atas simfisis
3.	30 minggu	29,5-30 cm di atas simfisis
4.	32 minggu	29,5-30 cm di atas simfisis
5.	34 minggu	31 cm di atas simfisis
6.	36 minggu	32 cm di atas simfisis
7.	38 minggu	33 cm di atas simfisis
8.	40 minggu	37-7 cm di atas simfisis

Sumber : Rahmah *et al*, (2022)

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

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan *antenatal*. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit, atau ada masalah lain.

f. Imunisasi *Tetanus Toksoid*

Tujuan pemberian imunisasi TT adalah untuk melindungi janin dari tetanus neonatrum. Efek samping vaksin TT yaitu nyeri, kemerah-merahan dan bengkak untuk 1–2 hari pada tempat penyuntikan.

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

Tablet ini mengandung 200 mg *Sulfat Ferosus* 0,25 mg asam folat yang diikat dengan laktosa. Tujuan pemberian tablet Fe adalah untuk memenuhi kebutuhan zat besi pada ibu hamil dan nifas, karena pada masa kehamilan kebutuhannya meningkat seiring dengan pertumbuhan janin.

h. Tes laboratorium

Tes kehamilan, kadar hemoglobin darah, golongan darah, tes *triple* eliminasi (HIV, *Sifilis* dan *Hepatitis B*) dan malaria pada daerah *endemis*

i. Tata laksana/penanganan kasus sesuai kewenangan

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal diatas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan.

j. Temu wicara (konseling)

Informasi yang disampaikan saat konseling minimal meliputi hasil pemeriksaan, perawatan sesuai usia kehamilan dan usia ibu, gizi ibu hamil, kesiapan mental, mengenali tanda bahaya kehamilan, persalinan, dan nifas, persiapan persalinan, kontrasepsi pasca persalinan, perawatan bayi baru lahir, inisiasi menyusu dini, ASI eksklusif.

13. Persiapan Rujukan Maternal Neonatal

Menurut Parwatiningsih *et al*, (2021) persiapan rujukan maternal neonatal adalah sebagai berikut:

1) Prinsip Rujukan

a) Menentukan kegawatdaruratan penderita

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

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

b) Menentukan tempat rujukan

Prinsip dalam menentukan tempat rujukan adalah fasilitas pelayanan yang mempunyai kewenangan dan terdekat termasuk fasilitas pelayanan swasta dengan tidak mengabaikan kesediaan dan

kemampuan penderita.

- (1) Memberikan informasi kepada penderita dan keluarga.
- (2) Mengirimkan informasi kepada tempat rujukan yang dituju.
- (3) Memberitahukan bahwa akan ada penderita yang dirujuk.
- (4) Meminta petunjuk apa yang perlu dilakukan dalam rangka persiapan dan selama dalam perjalanan ke tempat rujukan.
- (5) Meminta petunjuk dan cara penanganan untuk menolong penderita bila penderita tidak mungkin di kirim.

c) Persiapan rujukan maternal neonatal disingkat menjadi BAKSOKUDAPN.

(1) B (Bidan)

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

(2) A (Alat)

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

(3) K (Keluarga)

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

(4) S (Surat)

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

(5) O (Obat)

Sediakan obat-obatan *esensial* dalam proses rujukan, misal: *oxytosin, metil ergometrin, magnesium sulfat, dexamethasone*

dan *fenobarbital*.

(6) K (Kendaraan)

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

(7) U (Uang)

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

(8) DA (Darah)

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

(9) P (Posisi) : Tentukkan posisi yang diinginkan pasien.

(10) N (Nutrisi) : Pastikan penderita mendapatkan kebutuhan nutrisi yang cukup.

13. Deteksi dini kehamilan risiko tinggi dengan kartu Scor Poedji Roehjati

Tabel 2.6 Kartu Scor Poedji Roehjati

I KEL F.R	II NO	III Masalah / faktor resiko	SK OR	IV Tribulan			
				I	II	III.1	III.2
		Skor awal ibu hamil	2				
I	1.	Terlalu muda hamil ≤ 16 th	4				
	2.	Terlalu tua hamil ≥ 35 th	4				
		Terlalu lambat hamil I, kawin ≥ 4 th	4				
	3.	Terlalu lama hamil lagi ≥ 10 th	4				
	4.	Terlalu cepat hamil lagi < 2 th	4				
	5.	Terlalu banyak anak 4/ lebih	4				
	6.	Terlalu tua, umur ≥ 35 th	4				
	7.	Terlalu pendek ≤ 145 cm	4				
	8.	Pernah gagal kehamilan	4				
	9.	Pernah melahirkan dengan					
	a.	Tarikan tang/ wakum	4				
	b.	Uri dirogoh	4				
	c.	Di beri infus/ trafungsi	4				
	10.	Pernah operasi sesar	8				
II	11.	Penyakit pada ibu hamil :	4				
		a.	Kurang darah	4			
		b.	Malaria	4			
		c.	TBC paru	4			
		d.	Payanh jantung	4			
		e.	Kencing manis (diabetes)	4			
		f.	Penyakit menular seksual	4			
		12.	Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan darah tinggi	4			
		13.	Hamil kembar 2 atau lebih	4			
		14.	Hamil kembar air (hydramnion)	4			
	15.	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16.	Kehamilan lebih bulan	4				
	17.	Letak sungsang	8				
	18.	Letak lintang	8				
	19.	Perdarahan pada kehamilan dini	8				
	20.	Preeklamsia berat/kejang-kejang	8				
		JUMBLAH SKOR					

Sumber : Syaiful & Fatmawati, (2020)

a. Pengertian Kartu Skor Poedji Rohjati

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) adalah kartu yang digunakan sebagai data skrining antenatal berbasis keluarga untuk menemukan faktor risiko ibu hamil, yang selanjutnya mempermudah pengenalan kondisi untuk mencegah terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan. Upaya skrining antenatal deteksi dini terhadap kehamilan risiko tinggi, dapat dilakukan dengan menggunakan instrumen bantu, Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR), yang sudah dimasukkan kedalam buku KIA. Sehingga diharapkan setiap ibu hamil mempunyai buku KIA terbarunya sudah ada kartu skor, yang pelaksanaannya dipantau oleh tenaga kesehatan, kader posyandu, meupun ibu-ibu anggota/pengurus PKK (Syaiiful & Fatmawati, 2020).

Kartu skor Poedji Rochjati (KSPR) digunakan untuk menentukan tingkat resiko pada Ibu hamil. KSPR pertama kali di gunakan pada tahun 1992-1993. KSPR telah di susun dengan format yang sederhana agar mempermudah untuk melakukan skrining terhadap ibu hamil dan mengelompokan ibu hamil kedalam kategori sesuai ketetapan sehingga dapat menentukan intervensi yang tepat terhadap ibu hamil tersebut.

b. Tujuan kartu Scor Poedji Rohjati

- 1) Tujuan KSPR adalah sebagai alat skrining antenatal/deteksi dini faktor risiko pada ibu hamil risiko tinggi.
- 2) Sebagai alat pemantauan dan pengendalian ibu hamil selama kehamilan.
- 3) Sebagai media pencatatan kondisi ibu selama kehamilan, persalinan, nifas dan kondisi bayi atau anak.
- 4) Sebagai pedoman untuk memberikan penyuluhan.
- 5) Sebagai alat untuk validasi data kehamilan, persalinan, nifas dan perencanaan KB.
- 6) Membuat pengelompokan dari ibu hamil (KRR, KRT, KRST) agar berkembang perilaku kebutuhan tempat dan penolong persalinan sesuai dengan kondisi dari ibu hamil.

- 7) Melakukan pemberdayaan ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat agar peduli dan memberikan dukungan dan bantuan untuk kesiapan mental, biaya dan transportasi untuk kesiapan mental, biaya dan transportasi untuk melakukan rujukan terencana.

c. Sistem pemberian Skor Poedji Roehjati

Sistem skor memudahkan pengedukasian mengenai berat ringannya faktor risiko kepada ibu hamil, suami maupun keluarga. Skor dengan nilai 2, 4 dan 8 merupakan bobot risiko dari tiap faktor risiko. Sedangkan jumlah skor setiap kontak merupakan perkiraan besar risiko persalinan dengan perencanaan pencegahan. Kelompok risiko dibagi menjadi 3 yaitu:

- 1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) Skor 2 (Hijau)
- 2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT): Skor 6-10 (Kuning)
- 3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST): skor > 12 (Merah)

Terdapat 20 faktor risiko yang dibagi menjadi 3 kelompok faktor risiko penilaian KSPR yang di antaranya :

- a) Kelompok faktor risiko I (ada potensi gawat obstetrik) yaitu : Primi muda: terlalu muda, hamil pertama usia 16 tahun atau kurang, Primi tua jarak anak terkecil > 10 tahun, Primi tua sekunder: jarak anak terkecil > 10 tahun, Anak terkecil < 2 tahun: terlalu cepat memiliki anak lagi, *Grande multi*: terlalu banyak memiliki anak, Umur ibu > 35 tahun: terlalu tua, Tinggi badan < 145 cm: terlalu pendek, belum pernah melahirkan normal dengan bayi cukup bulan dan hidup, curiga panggul sempit, pernah gagal kehamilan.
- b) Kelompok faktor risiko II yaitu: Penyakit ibu anemia, malaria, TBC, payah jantung dan penyakit lain, Preeklamsia ringan. Hamil kembar, *Hidramnion* air ketuban terlalu banyak, IUFD (*Intra Uterine Fetal Death*): bayi mati dalam kandungan, Hamil setotinus: hamil lebih bulan (≥ 42 minggu belum melahirkan), letak sungsang dan letak lintang.

c) Kelompok faktor risiko III yaitu : Perdarahan *antepartum* dapat berupa *solusio* plasenta, plasenta *previa* atau *vasa previa* preeklampsia dan eklampsia.

d. Pencegahan kehamilan risiko tinggi

Penyuluhan komunikasi, informasi, edukasi untuk kehamilan dan persalinan aman.

(1)Kehamilan Risiko Rendah (KRR), tempat persalinan dapat dilakukan di rumah maupun di polindes, tetapi penolong persalinan harus bidan, dukun membantu perawatan nifas bagi ibu dan bayinya.

(2)Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), ibu PKK memberi penyuluhan agar pertolongan persalinan oleh bidan atau dokter puskesmas, di polindes, puskesmas, atau langsung dirujuk ke Rumah Sakit, misalnya pada letak lintang dan ibu hamil pertama dengan tinggi badan rendah.

(3)Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST), diberi penyuluhan dirujuk untuk melahirkan di rumah sakit dengan alat lengkap dan dibawah pengawasan dokter spesialis yaitu: Pengawasan antenatal, memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan yang menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinannya, mengenal dan menangani sedini mungkin penyulit yang terdapat saat kehamilan, saat persalinan, dan nifas, mengenal dan menangani penyakit yang menyertai hamil, persalinan, dan kala nifas, memberikan nasihat dan petunjuk yang berkaitan dengan berencana, menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal (Syaiiful & Fatmawati, 2020).

14. Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

a. Pengertian P4K

P4K sendiri adalah singkatan dari Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi, ini adalah kegiatan yang dirancang guna menggerakkan peran suami, keluarga, dan masyarakat

dengan bidan sebagai fasilitator untuk dapat ikut serta secara aktif merencanakan persalinan yang aman dan mempersiapkan ibu hamil untuk menghadapi komplikasi; termasuk merencanakan penerapan kontrasepsi setelah bersalin dengan stiker sebagai alat komunikasi guna memaksimalkan luasan dan kualitas layanan kesehatan bagi ibu dan BBL (Kemenkes RI, 2023).

b. Tujuan P4K dengan Stiker

Tujuan dari P4K adalah untuk menaikkan kuantitas dan mutu layanan yang ditujukan pada ibu dan BBL mulai dari masa kehamilan hingga masa nifas. Kegiatan P4K meliputi pendataan dan pemetaan ibu hamil, manajemen donor darah dan transportasi, perencanaan dan manajemen dasolin dan tabulin, pengenalan tanda bahaya terkait kehamilan dan persalinan, dan penandatanganan amanat persalinan.

c. Manfaat P4K

Manfaat P4K diantaranya mempercepat fungsi desa siaga, meningkatkan cakupan pelayanan antenatal care (ANC) sesuai standar, meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan terampil, meningkatkan kemitraan bidan dan dukun, tertanganinya kejadian komplikasi secara dini, meningkatnya peserta KB pasca salin, terpantaunya kesakitan dan kematian ibu dan bayi, menurunnya kejadian kesakitan dan kematian ibu serta bayi.

d. Sasaran P4K dengan Stiker

Keseluruhan ibu hamil yang berada disuatu kawasan menjadi target dari program ini. Disamping itu juga terdapat sasaran lainnya seperti, pengurus program KIA Provinsi dan Kabupaten/Kota, Bidan Koordinator, Kepala Puskesmas, Dokter, Perawat, Bidan, Kader, Forum Peduli KIA (Forum P4K/ kelompok kerja Posyandu, dll) (Kemenkes RI, 2023).

e. Output P4K Dengan Stiker

Terdaftaranya seluruh ibu hamil dan adanya stiker P4K yang ditempel dirumahnya masing-masing., Pemberian pelayanan

kehamilan yang sesuai standar oleh bidan.. Penolong persalinan mendampingi ibu hamil dan keluarga untuk membuat perencanaan persalinan, termasuk kontrasepsi. Pemberian layanan pasca persalinan oleh bidan yang sesuai dengan standar yang ditetapkan. Persiapan keseluruhan oleh keluarga yang meliputi dana bersalin, sanitasi, dan kesehatan lingkungan baik sosial maupun budaya. Menciptakan keikutsertaan pemuka golongan. Pemberian pelayanan kontrasepsi masa nifas kepada ibu. Menciptakan kerjasama antara tenaga terkait seperti Bidan, Petugas Pustu, Forum Peduli KIA atau kelompok kerja Posyandu, serta pendamping persalinan (Kemenkes RI, 2023).

B. Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian

Persalinan adalah pengeluaran hasil konsepsi janin dan plasenta yang cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Podungge, 2020).

Persalinan adalah proses pengeluaran janin pada kehamilan cukup bulan yaitu sekitar 37-42 minggu dan lahir secara spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18-24 jam tanpa komplikasi. Persalinan adalah perlakuan oleh rahim ketika bayi akan dikeluarkan. Bahwa rahim selama persalinan akan berkontraksi dan mendorong bayi sampai ke leher rahim, sehingga dorongan ini menyebabkan leher rahim mencapai pembukaan lengkap (Andria *et al*, 2022).

Berdasarkan kedua pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa Persalinan adalah suatu proses pengeluaran konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar melalui jalan lahir atau jalan lain pada kehamilan cukup bulan dengan presentase belakang kepala yang berlangsung sekitar 18 jam yang diawali dengan kontraksi uterus yang teratur dan memuncak.

2. Sebab-sebab mulainya persalinan

Persalinan adalah penurunan kadar progesteron, progesterone menimbulkan relaksasi otot-otot rahim sebaliknya oestrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan dapat keseimbangan antara kadar *progesterone* dan *estrogen* didalam darah tetapi pada akhir kehamilan kadar *progesterone* menurun sehingga timbul his, pada akhir kehamilan kadar oksitosin bertambah oleh karena itu timbul kontraksi otot-otot rahim, keregangannya otot-otot rahim dengan majunya kehamilan maka makin teregang otot-otot rahim dan makin rentan, pengaruh janin, *hipofise* dan kelenjer *suprarenal* janin memegang peranan karena pada *anencephalus* kehamilan sering lebih lama dari biasa.

3. Tahapan Persalinan

a. Kala I persalinan (Kala Pembukaan)

Kala I dimulai sejak terjadinya his yang teratur dan semakin meningkat yang dapat menyebabkan pembukaan hingga serviks membuka secara lengkap. Dalam kala I terbagi menjadi dua fase yaitu fase laten dan fase aktif. Fase laten dimulai dari awal kontraksi yang dapat menyebabkan pembukaan hingga pembukaan mencapai 3 cm dan pada umumnya fase laten berlangsung selama 8 jam. Fase aktif dimulai dengan adanya kontraksi uterus yang makin lama makin adekuat (3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung 40 detik atau lebih). Fase aktif ini juga ditandai dengan adanya pembukaan serviks dari 4 cm sampai 10 cm dimana terjadi penurunan bagian terendah janin biasanya dengan kecepatan 1cm/jam untuk *nulipara/primigravida* dan lebih dari 1-2 cm/jam untuk *multigravida*.

b. Kala II persalinan (Kala Pengeluaran)

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap hingga lahirnya bayi. Tanda pasti kala II adalah ditemukan melalui pemeriksaan dalam VT (*Vagina Touch*) yang hasilnya pembukaan serviks yang lengkap 10 cm dan terlihat bagian kepala bayi dari *introitus* vagina. Normalnya kala II kepala janin sudah masuk kedasar panggul

sehingga pada saat his dapat dirasa tekanan otot dasar panggul secara reflek. Jika plasenta sudah keluar sebagian maka lakukan putaran searah jarum jam untuk mengeluarkan plasenta seutuhnya ketika plasenta sudah dilahirkan cek kelengkapan plasenta.

c. Kala III (Kala Pengeluaran Urin)

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

d. Kala IV

Kala IV persalinan dimulai dari lahirnya plasenta hingga 2 jam post partum pertama. Kala IV adalah kondisi paling kritis karena proses pendarahan dapat terjadi pada kala ini yang berlangsung pada masa 1 jam setelah plasenta lahir oleh karena itu dilakukan observasi secara intensif yaitu dengan pemantauan setiap 15 menit pada 1 jam pertama setelah kelahiran plasenta dan setiap 30 menit pada jam kedua setelah kelahiran plasenta jika kondisi ibu tidak stabil ibu dipantau lebih sering,

4. Kebutuhan dasar dalam persalinan

Setiap ibu yang akan memasuki masa persalinan biasanya diikuti dengan perasaan takut, khawatir, ataupun cemas. Perasaan takut bisa meningkatkan nyeri, otot-otot menjadi tegang dan ibu menjadi cepat lelah yang pada akhirnya akan menghambat proses persalinan maka dari itu sangat dibutuhkan dukungan baik itu dukungan fisik maupun psikologis (Fathony *et al*, 2022).

1) Kebutuhan makanan dan cairan

Makanan padat tidak boleh di berikan selama proses persalina aktif, karena dapat lebih lama tinggal dalam lambung dari pada makanan cair, sehingga proses perencanaan berjalan lebih lambat selama persalinan. Bila ada pemberian obat, dapat juga merangsang terjadinya mual/muntah, yang bisa mengakibatkan terjadinya aspirasi ke dalam paru-paru. Untuk mencegah dehidrasi pasien boleh di berikan minuman yang segar (jus buah, sup) selama proses persalinan, namun bila mual/muntah dapat diberikan cairan IV (RL).

2) Kebutuhan eliminasi

Kandung kemih harus dikosongkan setiap 2 jam selama proses persalinan. Demikian pula dengan jumlah dan waktu berkemih juga harus dicatat. Bila pasien tidak mampu berkemih sendiri, dapat dilakukan katerisasi, karena kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terbawah janin. Selain itu juga akan menimbulkan perasaan tidak nyaman yang tidak di kenali pasien karena bersamaan dengan munculnya kontraksi uterus. Rectum yang penuh akan mengganggu penurunan terbawah janin, namun bila pasien mengatakan ingin buang air besar, bidan harus memastikan kemungkinan adanya tanda dan gejala tanda kala II.

3) Posisi dan aktivitas

Posisi meneran adalah posisi yang nyaman bagi ibu bersalin. Ibu bersalin dapat berganti posisi secara teratur selama persalinan kala II, karena hal ini sering kali mempercepat kemajuan persalinan dan ibu mungkin merasa dapat meneran secara efektif pada posisi tertentu yang dianggap nyaman bagi ibu.

4) Pengurangan rasa nyeri

Nyeri adalah rasa tidak enak akibat perangsangan ujung-ujung saraf khusus, selama persalinan dan kelahiran pervaginam, nyeri disebabkan oleh kontraksi rahim, dilatasi serviks, dan distensi perinium. Teknik pengurangan rasa nyeri antara lain:

a) Farmakologis

Berbagai obat disuntikan ke ibu dengan tujuan untuk mengurangi rasa nyeri ketika menghadapi persalinan.

b) Non Farmakologis

Beberapa teknik dukungan untuk mengurangi rasa nyeri/sakit tanpa menggunakan obat-obatan diantaranya adalah seperti pendampingan persalinan, perubahan posisi, sentuhan atau massange, kompres hangat dan dingin, berendam, *aromaterapi*, teknik pernapasan.

5) Mekanisme nyeri persalinan

Rasa nyeri persalinan di sebabkan oleh kombinasi peregangan segmen bawah rahim dan iskemia otot-otot rahim. Dengan peningkatan kekuatan kontraksi, serviks akan tertarik. Kontraksi yang kuat ini juga membatasi pengaliran oksigen pada otot-otot rahim sehingga terjadi nyeri iskemik. Keadaan ini di akibatkan oleh kelelahan di tambah lagi dengan kecemasan yang selanjutnya akan menimbulkan ketegangan, sehingga menghalangi relaksasi pada tubuh (Viva, 2020).

5. Perubahan fisiologis dan psikologis dalam persalinan

1) Perubahan Fisiologis Kala I

a) Uterus

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

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

Kontraksi uterus mulai dari fundus dan terus melebar sampai kebawa abdomen dengan dominasi tarikan kearah fundus. Kontraksi uterus berakhir dengan masa yang terpanjang dan sangat kuat pada

fundus.

b) Serviks

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

(1)Pendataran serviks (*effacement*), yaitu pemendekan kanalis servikalis dari 1-2 cm menjadi satu lubang dengan pinggir yang tipis.

(2)Pembukaan serviks yaitu pembesaran dari ostium eksternum yang tadinya berupa satu lubang dengan diameter beberapa *millimeter* menjadi bagian lubang kira-kira 10 cm dan nantinya dapat dilalui bayi, saat pembukaan lengkap, bibir portio tidak teraba lagi, kepala janin akan menekan serviks dan membantu pembukaan secara efisien.

c) Ketuban

Ketuban akan pecah dengan sendirinya ketika pembukaan hampir atau sudah lengkap. Tidak jarang ketuban harus di pecahkan ketika pembukaan sudah lengkap. Bila ketuban telah pecah sebelum pembukaan 5 cm, di sebut Ketuban pecah dini.

d) Tekanan darah

(1) Tekanan darah akan meningkat selama kontraksi, di sertai peningkatan *sistol* rata-rata 15-20 mmHg dan *diastole* rata-rata 5-10 mmHg.

(2) Pada waktu-waktu tertentu di antara kontraksi, tekanan darah akan Kembali ketingkat sebelum persalinan. Untuk memastikan tekanan darah yang sebenarnya, pastikan untuk melakukan cek tekanan darah selama interval kontraksi.

(3) Dengan mengubah posisi pasien dari terlentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama persalinan dapat di hindari.

(4) Nyeri, rasa takut, dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah.

e) Metabolisme

- (1) Selama persalinan, metabolisme karbohidrat baik *aerob* maupun *anaerob* meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini akan menyebabkan kecemasan dan aktivitas otot rangka.
- (2) Peningkatan aktivitas metabolic dari peningkatan suhu, denyut nadi, pernapasan, curah jantung, dan cairan yang hilang.

f) Suhu tubuh

- (1) Suhu tubuh meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah persalinan.
- (2) Peningkatan suhu tubuh sedikit adalah normal dalam persalinan, namun bila persalinan berlangsung lebih lama peningkatan suhu tubuh dapat mengindikasikan dehidrasi, sehingga parameter lain harus di cek.

g) Detak jantung

- (1) Perubahan yang mencolok selama kontraksi di sertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi yang lebih rendah dari pada frekuensi di antara kontraksi, dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim di antara kontraksi.
- (2) Penurunan yang mencolok selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring.
- (3) Frekuensi denyut nadi di antara kontraksi sedikit lebih tinggi di banding selama proses menjelang persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan.
- (4) Sedikit peningkatan denyut jantung di anggap normal, maka di perlukan pengecekan untuk menyingkirkan kemungkinan proses infeksi.

h) Pernapasan

- (1) Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan di anggap normal selama persalinan, hal tersebut mencerminkan peningkatan

metabolisme. Meskipun sulit memperoleh temuan akurat mengenai frekuensi pernapasan, karena sangat di pengaruhi oleh rasa senang, nyeri, rasa takut dan teknik pernapasan.

(2) Hiperventilasi yang memanjang adalah temuan abnormal dan dapat menyebabkan *alkalosis*. Amati pernapasan pasien mengendalikan untuk menghindari hiperventilasi berkelanjutan, yang di tandai dengan rasa kesemutan pada ekstremitas dan pusing.

2) Perubahan fisiologis kala II

Kala dua persalinan adalah kala pengeluaran di mulai saat serviks membuka lengkap dan berkelanjutan hingga bayi lahir. Pada kala II, kontraksi uterus menjadi lebih kuat dan lebih cepat yaitu setiap dua menit sekali dengan durasi lebih dari empat puluh detik, intensitas semakin lama semakin kuat. Perubahan fisiologis antara lain :

a) Serviks

Serviks akan mengalami pembukaan yang biasanya di dahului oleh pendataran serviks yaitu pemendekan dari kinalis servikalis yang semula berupa sebuah saluran yang panjang 1-2 cm, menjadi suaru lubang dengan pinggir tipis. Lalu akan terjadi pembesaran *ostium eksternum* yang tadinya berupa lubang dengan beberapa milimeter menjadi lubang yang di lalui anak, kira-kira 10 cm. Pada pembukaan lengkap tidak teraba bibir portio, segmen bawah rahim, serviks dan vagina telah merupakan satu saluran.

b) Uterus

Saat ada his, uterus teraba sangat keras karena seluruh ototnya berkontraksi. Proses ini akan efektif hanya jika his bersifat *fundal dominan*, yaitu kontraksi didominasi otot fundus yang menarik otot bawah rahim keatas sehingga akan menyebabkan pembukaan serviks dan dorongan janin ke bawah secara alami.

c) Vagina

Sejak kehamilan vagina mengalami perubahan-perubahan sedemikian rupa, sehingga dapat dilalui bayi. Setelah ketuban pecah, segala perubahan, terutama pada dasar panggul diregang menjadi satu saluran dengan dinding-dinding yang tipis oleh bagian depan anak. Waktu kepala sampai di vulva, lubang vulva menghadap ke depan atas.

d) Pergeseran organ dasar panggul

Tekanan pada otot dasar panggul oleh kepala janin akan menyebabkan pasien ingin meneran, serta diikuti dengan perinium yang menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka. Labia mulai membuka dan tak lama kemudian kepala janin tampak pada vulva saat ada his.

e) Ekspulsi janin

Dengan his serta kekuatan meneran maksimal, kepala janin dilahirkan dengan *suboksiput* di bawah simpisis, kemudian dahi, muka, dan dagu melewati perinium. Setelah istirahat sebentar, his mulai lagi untuk mengeluarkan badan dan anggota tubuh bayi.

f) Sistem kardiovaskuler

- (1) Kontraksi menurunkan aliran darah menuju uterus sehingga jumlah darah dalam sirkulasi ibu meningkat.
- (2) Resistensi perifer meningkat sehingga tekanan darah meningkat
- (3) Saat mengejan *cardiac output* meningkat 40-50%.
- (4) Tekanan darah *sistolik* meningkat rata-rata 15 mmHg saat kontraksi. Upaya meneran juga akan memengaruhi tekanan darah, dapat meningkatkan dan kemudian menurun kemudian akhirnya kembali lagi sedikit di atas normal. Rata-rata normal peningkatan tekanan darah selama kala II adalah 10 mmHg.
- (5) Oksigen yang menurun selama kontraksi menyebabkan hipoksia tetapi dengan kadar yang masih adekuat tidak menimbulkan masa serius.

g) Respirasi

- (1) Respons terhadap perubahan sistem kardiovaskler: konsumsi oksigen meningkat.
- (2) Percepatan pematangan *surfactant* (*fetus labor speed maturation of surfactant*) : penekanan pada dada selama proses persalinan dan segera setelah peningkatan suhu normal adalah 0,5-1 derajat (Hamid *et al*, 2023).

6. Tanda-tanda Persalinan

1) Tanda-tanda bahwa persalinan sudah dekat

a) *Lightening*

Menjelang minggu ke 36, pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan : kontraksi *Braxton His*, ketegangan dinding perut, ketegangan *ligamentum rotundum* dan gaya berat badan janin dimana kelapa kearah bawah. Masuknya bayi ke pintu atas panggul menyebabkan ibu merasakan ringan dibagian atas dan rasa sesaknya berkurang, bagian bawah perut ibu terasa penuh dan mengganjal, terjadinya kesulitan saat berjalan dan sering kencing (*folaksuria*).

b) Terjadinya his permulaan

Makin tua kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesterone makin berkurang sehingga produksi oksitosin meningkat, dengan demikian dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering, his permulaan ini lebih sering diistilahkan sebagai his palsu. Sifat his palsu antara lain : Rasa nyeri ringan dibagian bawah, datangnya tidak teratur, tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan, durasinya pendek dan tidak bertambah bila beraktivitas.

c) Serviks

Pada akhir bulan ke IX hasil pemeriksaan serviks menunjukkan bahwa serviks yang tadinya menutup, panjang dan lunak namun kondinya berubah menjadi lebih lembut, beberapa menunjukkan telah

terjadi pembukaandan penipisan. Perubahan ini berbeda untuk masing-masing ibu, misalnya pada ibu *multipara* sudah terjadi pembukaan 2 cm namun pada primipara sebagian besar masih dalam keadaan tertutup. Perubahan serviks diduga terjadi akibat peningkatan *instansi* kontraksi *braxton hicks*. Serviks menjadi matang selama periode yang berbeda-beda selama persalinan. Kematangan serviks mengindikasikan kesiapannya untuk persalinan.

d) Persalinan palsu

Persalinan palsu terdiri dari kontraksi uterus yang sangat nyeri, yang memberi pengaruh signifikan terhadap serviks. Kontraksi pada persalinan palsu sebenarnya timbul akibat kontraksi *Braxton hicks* yang tidak nyeri yang telah terjadi sejak enam minggu kehamilan.

e) Pecahnya air ketuban

Pada kondisi normal, ketuban pecah pada akhir kala I persalinan, apa bila terjadi sebelum akhir kala I, kondisi ini disebut dengan Ketuban Pecah Dini (KPD).

f) *Bloody show*

Bloody show merupakan tanda persalin yang akan terjadi akan tetapi, biasanya dalam 24-48 jam. Akan tetapi *bloody show* bukan merupakan tanda persalinan yang bermakna jika pemeriksaan vagina sudah dilakukan 48 jam sebelumnya karena rabas lender yang bercampur darah selama waktu tersebut mungkin akibat trauma kecil atau perusakan plak lender saat pemeriksaan tersebut dilakukan.

2) Tanda-tanda timbulnya persalinan (inpartu)

a) Terjadinya his persalinan

His merupakan kontraksi rahim yang dapat diraba, menimbulkan rasa nyeri diperut serta dapat menimbulkan perubahan serviks. His yang menimbulkan pembukaan serviks dengan kecepatan tertentu disebut his efektif, his efektif mempunyai sifat : adanya dominan kontraksi uterus pada fundus uteri (*fundal*

dominance), kondisi berlangsung secara sinkron dan harmonis, adanya intensitas kontraksi yang maksimal diantara dua kontraksi, irama teratur dan frekuensi yang kian sering, lama his berkisar 45-60 detik. Pengaruh his sehingga dapat menimbulkan: terhadap desakan uterus (meningkat), terhadap janin (penurunan), terhadap korpus uterus (dinding menjadi tebal), terhadap *isthmus* uterus (teregang dan menipis), terhadap kanalis servikalis (*effacement* dan pembukaan).

b) Pinggangnya terasa sakit dan menjalar kedepan

Sifat his teratur, interval semakin pendek, kekuatan semakin besar, terjadinya perubahan servik dan keluarnya lendir bercampur darah pervaginam.

c) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya

Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban pecah maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung selama 24 jam. Namun apabila tidak tercapai maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstaksivakun dan *section caesarea*.

d) Dilatasi dan *Effacement*

Dilatasi merupakan terbukanya kanalis servikalis secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. *Effacement* merupakan pendataran atau pemendekan kanalis servikalis yang semula panjang 1-2 cm menjadi hilang sama sekali, sehingga tinggal hanya ostium yang tipis seperti kertas.

7. Pemantauan dengan Partograf

1) Pengertian Partograf

Partograf merupakan alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi atau riwayat dan pemeriksaan fisik pada ibu dalam persalinan dan alat penting khususnya untuk membuat keputusan klinis selama kala I hal-hal yang diamati pada kemajuan persalinan dalam menggunakan partograf antara lain:

- a) Pembukaan serviks dinilai pada saat melakukan pemeriksaan vagina dan ditandai dengan huruf x. Garis waspada adalah sebuah garis yang dimulai pada saat pembukaan servik 4 cm hingga titik pembukaan penuh yang diperkirakan dengan laju 1 cm per jam.
- b) Penurunan bagian terbawah janin metode perlimaan dapat mempermudah penilaian terhadap turunnya kepala maka evaluasi penilaian dilakukan setiap 4 jam melalui pemeriksaan luar dengan perlimaan diatas simphisis, yaitu dengan memakai 5 jari, sebelum dilakukan pemeriksaan dalam. Bila kepala masih berada diatas PAP maka masih dapat diraba dengan 5 jari (rapat) dicatat dengan 5/5, pada angka 5 digaris vertikal sumbu X pada partograf yang ditandai dengan "O". Selanjutnya pada kepala yang sudah turun maka akan teraba sebagian kepala di atas simphisis (PAP) oleh beberapa jari 4/5, 3/5, 2/5, yang pada partograf turunnya kepala ditandai dengan "O" dan dihubungkan dengan garis lurus.
- c) Kontraksi uterus (His) Persalinan yang berlangsung normal his akan terasa makin lama makin kuat, dan frekuensinya bertambah. Pengamatan his dilakukan tiap 1 jam dalam fase laten dan tiap ½ jam pada fase aktif. Frekuensi his diamati dalam 10 menit lama his dihitung dalam detik dengan cara melakukan palpasi pada perut, pada partograf jumlah his digambarkan dengan kotak yang terdiri dari 5 kotak sesuai dengan jumlah his dalam 10 menit. Lama his (*duration*) digambarkan pada partograf berupa arsiran di dalam kotak: (titik - titik) 20 menit, (garis - garis) 20 – 40 detik, (kotak dihitamkan) > 40 detik.
- d) Keadaan janin ,DJJ dapat diperiksa setiap setengah jam. Saat yang tepat untuk menilai DJJ segera setelah his terlalu kuat berlalu selama ± 1 menit, dan ibu dalam posisi miring, yang diamati adalah frekuensi dalam satu menit dan keteraturan DJJ, pada partograf DJJ dicatat dibagian atas, ada penebalan garis pada angka 120 dan 160 yang menandakan batas normal. DJJ.Nilai kondisi ketuban setiap

kali melakukan periksa dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah.

- e) Keadaan ibu waktu pencatatan kondisi ibu dan bayi pada fase aktif adalah: DJJ setiap 30 menit, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap 30 menit, nadi setiap 30 menit tandai dengan titik, pembukaan serviks setiap 4 jam, penurunan tiap 4 jam tandai dengan panah, tekanan darah setiap 4 jam, suhu setiap 2 jam. Urine, *aseton*, protein tiap 2–4 jam (catat setiap kali berkemih).

2) Asuhan Persalinan Kala II

60 Langkah asuhan persalinan normal antara lain :

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

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah di basahi air desinfeksi tingkat tinggi.
8. Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.
9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
10. Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit). Menyiapkan Ibu dan Keluarga.
11. Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, membantu ibu dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran.
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (pada saat adanya his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan dia merasa nyaman).
13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi.
14. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
15. Meletakkan kain yang bersih di lipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
16. Membuka partus set.
17. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan. Menolong Kelahiran Bayi.
18. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakan tangan

yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala lahir perlahan-lahan. Menganjurkan ibu meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.

19. Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.
20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika terjadi lilitan tali pusat.
 - (1) Jika tali pusat melilit leher janin secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - (2) Jika tali pusat melilit leher janin dengan erat, mengklemp di dua tempat dan memotongnya.
21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran peksi luar secara spontan. Lahir Bahu.
22. Setelah kepala melakukan putaran peksi luar, tepatkan ke dua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya, dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar sehingga bahu *anterior* muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu *posterior*.
23. Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan *posterior* lahir ketangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan tangan bagian bawah saat menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan *anterior* (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan *anterior* saat bayi keduanya lahir.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (*anterior*) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangga saat punggung dan kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dan dengan hati-hati membantu kelahiran kaki. Penanganan Bayi Baru

Lahir.

25. Menilai bayi dengan cepat (dalam waktu 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan).
26. Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi.
27. Mencepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama.
28. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara dua klem tersebut.
29. Meringkakan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan bagian tali pusat terbuka.
30. Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan mulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya. Oksitosin.
31. Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
32. Memberitahu pada ibu bahwa ia akan disuntik.
33. Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 unit I.M di *gluteus* atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu. Peregangan Tali Pusat Terkendali.
34. Memindahkan klem pada tali pusat.
35. Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus, memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.

36. Menunggu uterus kontraksi dan kemudian melakukan penegangan kearah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (*dorsokranial*) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya *inversio* uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai mengeluarkan plasenta
37. Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat: Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM, lakukan kateterisasi (*aseptik*) jika kandung kemih penuh, minta keluarga untuk menyiapkan rujukan, ulangi penegangna tali pusat 15 menit berikutnya, plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir.
38. Jika plasenta terlihat di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan menggunakan ke dua tangan. Memegang plasenta dengan kedua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin, dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut. Pemijatan Uterus.
39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (Fundus menjadi keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase. Menilai Perdarahan.
40. Memeriksa kedua sisi plasenta yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh.

41. Masukkan plasenta kedalam kantung plastik atau tempat khusus. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif. Melakukan Prosedur Pasca Persalinan.
42. Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
43. Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air DTT dan mengeringkan dengan kain yang bersih dan kering.
44. Menempatkan tklem tali pusat DTT atau steril atau mengikatkan tali DTT dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
45. Mengikatkan satu lagi simpul mati di bagian pusat yang bersebrangan dengan simpul mati yang pertama.
46. Melepaskan klem dan meletakkannya kedalam larutan klorin0,5%.
47. Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan kainnya bersih atau kering.
48. Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
49. Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam.
50. Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan *masase* uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
51. Mengevaluasi kehilangan darah.
52. Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan. Kebersihan dan Keamanan.
53. Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
54. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.

55. Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu untuk memakai pakaian yang bersih dan kering.
56. Memastikan bahwa ibu nyaman, membantu ibu memberikan ASI, menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
57. Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5%, dan membilas dengan air bersih.
58. Mencelupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% membalikan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
59. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air yang mengalir. Dokumentasi.
60. Dokumentasi dengan melengkapi partograf (Syaiful & Fatmawati, 2020).

3) Asuhan Persalinan Kala III

Mengetahui Fisiologi kala III. Pada kala III persalinan, otot uterus berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus. Tempat implantasi plasenta mengalami pengerutan akibat pengosongan kavum uteri dan kontraksi lanjutan, sehingga plasenta dilepaskan dari pelekatnya dan pengumpulan darah pada ruang uteroplasenta akan mendorong plasenta keluar dari jalan lahir. Terdapat tanda-tanda lepasnya plasenta, yaitu: Perubahan bentuk dan tinggi fundus uteri, tali pusat memanjang dan semburan darah tiba-tiba keluar dari jalan lahir.

4) Langkah Manajemen Aktif Kala III (MAK III)

- a) Pemberian suntikan oksitosin 10 IU dalam 1 menit setelah bayi lahir secara IM (*intramuskular*).
- b) Melakukan penegangan Tali Pusat Terkendali (PTT).
- c) Melakukan masase fundus uteri.

5) Asuhan Persalinan Kala IV

Pemantauan kala IV setiap 15 menit pada jam pertama, dan setiap

30 menit pada jam kedua. Keadaan yang dipantau meliputi keadaan umum ibu, tekanan darah, pernapasan, suhu, nadi, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih dan jumlah darah.

8. Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Persalinan

1) Power/Kontraksi

Uterus terdiri dari tiga lapisan jaringan, yaitu:

- a) Perimetrium yaitu membrane terluar yang tebal dan membungkus uterus.
- b) Miometrium yaitu lapisan tengah yang mengandung sel otot khusus yaitu sel myometrium.
- c) Endometrium yaitu lapisan terdalam yang menganung kelenjar dan jaringan nutrient.

Pada saat *miometrium* terjadi kontraksi, uterus terpisah menjadi dua bagian. Bagian atas (Segmen Atas Rahim/SAR) terjadi pemendekan dan penebalan serat *miometrium* sehingga menjadi lebih tebal dan lebih kuat. Uterus di persiapkan untuk mendorong bayi saat persalinan. Bagian bawah uterus (Segmen bawah rahim/SBR) menjadi lebih tipis, lunak dan relaks. Saat *miometrium* relaksasi bagian bawah menjadi lebih panjang sehingga bayi menjadi lebih mudah di dorong saat persalinan. Tekanan ke bawah akibat kontraksi segmen fundus *ditransmisi* secara perlahan ke segmen bawah yang pasif atau posio serviks, menyebabkan terjadinya *effacement* (penipisan serviks) dan dilatasi serviks. Serviks tertarik keatas dan melewati bayi, memungkinkan bayi turun ke jalan lahir. Serviks di bentuk oleh bagian dalam, yaitu *ostium uteri internum* dan bagian luar, yaitu *ostium uteri eksternum*.

Kontraksi uterus di mulai dari fundus uteri dan menyebar ke depan dan ke bawah abdomen. Setelah kontraksi, terjadi retraksi sehingga rongga uterus mengecil dan menorong janin ke bawah. Kontraksi paling kuat di fundus dan berangsur berkurang ke bawah. Kontraksi memiliki pola seperti gelombang yang dapat di bagi menjadi beberapa segmen yaitu:

- a) Kenaikan, biasanya merupakan bagian terpanjang kontraksi.

- b) Puncak, bagian kontraksi yang paling pendek tetapi paling kuat.
- c) Penurunan, hilangnya kontraksi yang cukup cepat.

Karakteristik kontraksi antara lain:

- 1) Frekuensi yaitu seberapa sering kontraksi pada 10-15 menit dan semakin memendek seiring kemajuan persalinan.
- 2) Keteraturan yaitu saat persalinan telah di mulai, kontraksi terjadi dengan pola berirama.
- 3) Durasi yaitu lama kontraksi meningkat seiring dengan kemajuan persalinan. Kontraksi pada awal persalinan dapat terjai singkat yaitu 30 detik dan meningkat secara bertahap hingga 90 detik.
- 4) Intensitas yaitu karakteristik ini dapat di kaji sebagai lemah, sedang atau kuat. Kekuatan kontraksi meningkat seiring dengan peningkatan intensitas persalinan. Variabel yang memengaruhi intensitas (kekuatan) kontraksi adalah paritas, kondisi serviks, obat nyeri, dan penggunaan oksitosin eksogen.
- 5) Untuk memperoleh perkiraan intensitas, dapat dilakukan dengan palpasi abdomen menggunakan tangan.

2) Passage/Panggul Ibu

a) Anatomi panggul ibu

Jalan lahir keras di bentuk oleh tulang. Tulang panggul terdiri dari 4 buah tulang yaitu 2 tulang pangkal paha (*ossa coxae*), 1 tulang kelangka (*os sacrum*) an 1 tulang tunggung (*os coccyges*).

- 1) Bidang Luas panggul Bidang luas panggul adalah ukuran-ukuran yang terbesar. Bidang ini terbentang antara pertengahan simpisis, pertengahan *acetabulum* dan pertemuan antara *sacral* II dan III. Ukuran muka belakang 12,75 cm dan ukuran melintang 12,5 cm. pada bidang ini tidak menimbulkan kesukaran dalam persalinan.
- 2) Bidang Sempit panggul Merupakan bidang dengan ukuran terkecil. Bidang ini terdapat setinggi pinggir bawah *sympis*, kedua *spina ischiadica* memotong *sacrum* 1-2 cm, diatas ujung *sacrum*. Ukuran muka belakang 11,5cm ukuran melintang 10cm dan diameter

sagialis posterior ialah dari sacrum ke pertengahan antara *spina ischiadica* 5 cm. Kesempitan pintu bawah panggul biasanya di sertai kesempitan bidang sempit panggul.

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

4) Sumbu panggul

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

5) Bidang panggul

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

- 1) Hodge I: bidang yang setinggi pintu atas panggul (PAP) yang di bentuk oleh promontorium, artikulasio *sacroiliaca*, sayap

sacrum, linia inominata, ramus superior *os pubis*, tepi atas symphysis pubis.

2)Hodge II: bidang setinggi pinggir bawah symphysis pubis berhimpit dengan PAP (hodge 1).

3)Hodge III. bidang setinggi *spina ischiadica* berhimpit dengan PAP (hodge I).

4)Hodge IV bidang setinggi ujung *os cocygis* berhimpit dengan PAP(Hodge 1).

3) *Passanger*

Passanger terdiri dari janin (kepala janin), plasenta dan air ketuban.

a. Kepala Janin

Sutura adalah ruang diantara tulang *cranial* yang di lapisi oleh *merman*. **Fontanela** adalah ruang yang di lapisi oleh *membrane*, tempat pertemuan sutura *cranium*. Merasakan garis sutura dan *fontanela* saat pemeriksaan dalam membantu mengidentifikasi posisi janin.

- a) Jika kepala janin berada dibagian bawah, disebut letak sefalik.
- b) Jika bokong janin berada dibagian bawah disebut letak sungsang.
- c) Letak janin di anggap *transversal* jika aksis panjang janin terletak melintasi *spina* ibu.

Sikap merujuk pada hubungan bagian janin satu sama lain. Biasanya sikap janin fleksi atau ekstensi terhadap spina janin. Penonjolan kepala menggambarkan kepala janin yang dapat diraba dengan meletakkan kedua tangan di kedua sisi uterus dan teraba turun kearah panggul. Ketika kepala fleksi normal, penonjolan kepala teraba disisi yang berlawanan dengan punggung janin, hiperekstensi kepala mengakibatkan presentasi wajah saat lahir. Penonjolan kepala dirasakan pada sisi yang sama dengan punggung janin.

Fleksi terjadi ketika dagu dekat dengan dada, lengan dan tungkai terlipat di depan tubuh dan punggung bungkuk. Posisi janin ini menghasilkan pengukuran kepala terkecil terhadap jalan lahir panggul

dan merupakan satu satunya sikap normal. Ekstensi terjadi ketika kepala tengadah dan dada serta abdomen sedikit melengkung Pada posisi ekstensi ekstrim, wajah janin menjadi bagian terendah saat turun melewati panggul. Sikap ini dapat menimbulkan trauma pada bayi, yang seringkali tidak dapat dilahirkan pervaginam karena diameter kepala lebih besar sikap mileter terjadi ketika posisi janin tidak fleksi ataupun ekstensi. Sikap ekstensi sebagian terjadi ketika kepala mengalami ekstensi sedang.

1) Plasenta

Struktur plasenta akan lengkap pada minggu ke-12, plasenta terus tumbuh meluas sampai minggu ke-20 saat plasenta menutupi sekitar setengah permukaan uterin. Plasenta kemudian tumbuh menebal percabangan villi terus berkembang kedalam tubuh plasenta, meningkatkan area permukaan fungsional fungsi plasenta adalah sebagai organ metabolisme, organ yang melakukan tranfer dan organ endokrin yang berperan dalam sintesis, produksi dan sekresi baik hormon protein maupun hormon *steroid*.

2) Air Ketuban

Ruangan amnion berisi 1.000-1.500 cc air ketuban. Apabila jumlahnya lebih dari 2 liter dinamakan *polyhidramnion* air ketuban bersifat *alkali*.

C. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

1. Defenisi Bayi Baru Lahir Normal

Bayi baru lahir normal adalah masa kehidupan bayi pertama di luar rahim sampai dengan usia 28 hari di mana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim menjadi di luar rahim. Pada masa ini terjadi pematangan organ hampir di semua sistem. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2.500 gram sampai 4.000 gram (Masdiputri *et al*, 2023). Bayi baru lahir (BBL) normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan

37-42 minggu atau 294 hari dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram. Bayi baru lahir (*newborn* atau *neonatus*) adalah bayi yang baru di lahirkan sampai dengan usia empat minggu (Afrida, & Aryani, 2022).

2. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir Normal

Berikut ini adalah ciri-ciri dari bayi normal antara lain adalah: lahir aterm antara 37-42 minggu, berat badan 2.500-4.000 gram, panjang badan 48-52, lingkar dada 30-38, lingkar kepala 33-35, frekuensi jantung 120-160 kali/menit, pernapasan \pm 40-60 kali/menit, kulit kemerah-merahan dan lici karena jaringan *subkutan* cukup, rambut *lanugo* tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna, kuku agak panjang dan lemas, gerak aktif, bayi lahir langsung menangis kuat, genitalia: pada perempuan vagina dan uretra yang berlubang, labia mayora sudah menutupi labia minora, dan pada laki-laki testis sudah turun (Wahyuni *et al*, 2023).

3. Refleks Pada Bayi Baru Lahir

Refleks adalah gerakan naluriah untuk melindungi bayi. BBL memiliki berbagai macam refleks alamiah. Memakai refleks ini akan sangat membantu untuk memahami penyebab beberapa perilaku bayi. Adapun macam-macam refleks menurut Parwatiningsih *et al*, (2021) meliputi:

a) Refleks *moro*

Bayi akan mengembangkan tangan lebar dan melebarkan jari, lalu membalikkan dengan tangan yang cepat seakan akan memeluk seseorang. Diperoleh dengan memukul permukaan yang rata dimana dekat bayi dibaringkan dengan posisi terlentang .

Refleks yang timbul diluar kesadaran bayi misalnya bila bayi diangkat/direnggut secara kasar dari gendongan kemudian seolah-olah bayi melakukan gerakan yang mengangkat tubuhnya pada orang yang mendekapnya.

b) Refleks *rooting*

Timbul karena stimulasi taktil pipi dan daerah mulut. Bayi akan memutar seakan mencari puting susu.refleks ini menghilang pada usia 7 bulan. Bila jarinya menyentuh daerah sekitar mulut bayi maka ia akan

membuka mulutnya dan memiringkan kepalanya ke arah datangnya jari.

c) Refleks *sucking*

Timbul bersamaan dengan refleks rooting untuk menghisap puting susu dan menelan asi. Aerola puting susu tertekan gusi bayi, lidah dan langit-langit sehingga sinus laktiferus tertekan dan memancarkan asi.

d) Refleks *grasp*

Timbul jika ibu jari diletakkan pada telapak tangan bayi, lalu bayi akan menutup telapak tangannya atau Ketika telapak kaki digores dekat ujung jari kaki, jari kaki menekuk, bila jari kita menyentuh telapak tangan bayi maka jari-jarinya akan langsung menggenggam sangat kuat.

e) Refleks tonic *neck*

Refleks ini timbul jika bayi mengangkat leher dan menoleh ke kanan atau ke kiri jika diposisikan tengkurap. Refleks ini bisa diamati saat bayi berusia 3-4 bulan.

f) Refleks *Babinsky*

Muncul Ketika ada rangsangan pada telapak kaki, ibu jari akan bergerak ke atas dan jari-jari lainnya membuka, menghilang pada usia 1 tahun

4. Asuhan Pada Kunjungan Neonatal

a) KN I (6-48 Jam Post partum)

Asuhan yang di berikan yaitu: menjaga kehangatan bayi, melakukan pemeriksaan fisik pada bayi dari ujung kepala sampai kaki, menjelaskan kepada ibu tanda bahaya pada bayi baru lahir yang harus di waspadai yaitu: bayi tidak mau menyusu, bayi kurang aktif bergerak, bayi merintih, warna kulit kebiruan, suhu bayi kurang dari 36,5°C dan lebih dari 37,5°C, merawat tali pusat, pemberian vitamin K, pemberian imunisasi HB0, pemberian salap mata.

b) KN II (3-7 Hari post partum)

Asuhan yang di berikan yaitu : memberikan asi eksklusif, pemberian asi eksklusif kepada bayi setiap 2 jam, susui bayi sesering mungkin sebanyak 8-12 kali atau setiap bayi menginginkannya, jika bayi

tidur lebih dari 3 jam bangunkan lalu susui, susui sampai payudara terasa kosong, lalu pindah ke payudara sisi lainnya, susui anak dalam kondisi menyenangkan, nyaman, dan penuh perhatian, dukungan suami dan keluarga sangat amat penting dalam keberhasilan asi eksklusif. Menjaga kebersihan bayi, cara agar tetap bersih yaitu sering mengganti popok setiap bayi selesai bab, dan bersikan menggunakan tisu basah, cuci tangan sebelum menggendong bayi dan membersihkan mata, hidung dan tali pusat, tetap menjaga suhu tubuh bayi, seperti menggunakan selimut yang bersih dan kering, jangan menggunakan kipas angin.

c) KN III (8-28 Hari post partum)

Asuhan yang di berikan yaitu: Memberitahu ibu tanda bahaya baru lahir. Suhu tubuh terlalu panas, warna kulir berwarna kuning, biru dan pucat, tidak berkemih dalam 24 jam, konseling tentang asi eksklusif, menjelaskan kepada ibu tentang imunasi BCG.

D. Konsep Dasar Masa Nifas

a. Pengertian Nifas

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan yang diperlukan untuk pulihnya kembali alat kandungan yang lamanya 6 minggu Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil dan berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Parwatiningsih *et al*, 2021). Masa Nifas merupakan masa setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas ini berlangsung 6 minggu. Didalam masa Nifas diperlukan asuhan masa nifas karena periode ini merupakan periode kritis baik ibu ataupun bayinya. Perubahan yang terjadi pada masa nifas yaitu perubahan fisik, involusi uteri, laktasi/ pengeluaran air susu ibu, perubahan sistem tubuh ibu, dan perubahan psikis (Wahida & Bawon, 2022).

b. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya. Diperkirakan 60% kematian ibu akibat kehamilan terjadi setelah persalinan dan 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama.

c. Tahapan Masa Nifas

Terdapat beberapa tahapan pada masa Nifas, yaitu:

- 1) *Immediate Post Partum Period*: masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam.

Masa ini sering terdapat banyak masalah misalnya perdarahan karena atonia uteri oleh karena itu bidan dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah, dan suhu.

- 2) *Early Postpartum Period*: 24 jam-1 minggu

Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan dan lochea tidak berbau busuk, tidak ada peningkatan suhu, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, dapat menyusui dengan baik.

- 3) *Late Post Partum Period* : masa 1-6 minggu

Periode ini bidan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari dan konseling KB (Mirong & Yulianti, 2023)

d. Asuhan Dan Jadwal Kunjungan Masa Nifas

- a) KF I (6-8 jam setelah persalinan)

Asuhan yang dapat diberikan yaitu : mencegah pendarahan masa nifas karena persalinan akibat terjadinya atonia uteri, mendeteksi dan merawat penyebab lain pendarahan, segera rujuk bila pendarahan berlanjut, memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah pendarahan masa nifas karena atonia uteri, konseling tentang pemberian asi awal. Melakukan *bouding attachmant* antara ibu dan bayi yang baru di lahirkan, menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi. Jika petugas

kesehatan menolong persalinan maka harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir selama 2 jam post partum, serta hingga dalam keadaan stabil.

b) KF II (1 Minggu setelah persalinan)

Asuhan yang dapat di berikan yaitu : memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada pendarahan abnormal, tidak ada bau, menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan pendarahan abnormal, memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat, memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit, memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi dan tali pusat, serta menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

c) KF III (2 Minggu setelah persalinan)

Asuhan yang dapat di berikan yaitu : Memastikan rahim sudah kembali normal dengan mengukur dan meraba bagian rahim.

d) KF IV (6 Minggu setelah persalinan)

Asuhan yang dapat di berikan yaitu : Menanyakan pada ibu tentang penyulit penyulit yang ibu atau bayi alami dan memberikan konseling untuk KB secara dini.

e. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

Selama hamil, terjadi perubahan pada sistem tubuh wanita, diantaranya terjadi perubahan pada sistem reproduksi, sistem pencernaan, sistem perkemihan, sistem muskuloskeletal, sistem endokrin, sistem kardiovaskuler, sistem hematologi dan perubahan tanda-tanda vital pada masa postpartum perubahan-perubahan tersebut akan kembali menjadi seperti saat sebelum hamil.

1) Perubahan Sistem Reproduksi

Selama masa nifas, alat-alat interna maupun eksterna berangsur-angsur kembali keadaan sebelum hamil. Perubahan keseluruhan alat genitalia ini disebut involusi. Pada masa ini terjadi juga perubahan penting lainnya, perubahan-perubahan yang terjadi antara lain sebagai berikut:

a. Involusi Uterus

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil. Berikut ini adalah tabel yang menggambarkan perubahan-perubahan normal di dalam uterus selama postpartum yaitu :

Tabel 2.7 Perubahan- Perubahan Normal Pada Uterus

Periode	Bobot uterus	Diameter uterus	Palpasi derviks
Pada Akhir Persalinan	900 gram	12,5 cm	Lembut/ lunak
Akhir Minggu Ke-1	450 gram	7,5 cm	2 cm
Akhir Minggu ke-2	200 gram	5,0 cm	1 cm
Akhir Minggu ke-6	60 gram	2,5 cm	Menyempit

Sumber : Mirong & Yulianti, (2023)

b. Vagina dan Perineum

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendur. Rugae timbul kembali pada minggu ke-tiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi karankulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama. Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian (Wahida & Bawon, 2022).

c. Lochea

Dengan adanya involusi uterus, maka lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi *necrotic* (layu/mati).

Desidua yang mati akan keluar bersamadengan sisa cairan. Campuran antara darah dan desidua tersebut dinamakan lokea, yang biasanya berwarna merah muda atau putih pucat. Lokea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisrne berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal lokea mempunyai bau yang amis (*anyir*) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita (Mirong & Yulianti, 2023). Pengeluaran lochea dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya seperti pada tabel berikut ini:

Tabel 2.8 Perbedaan Pengeluaran Lochea

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

Sumber : Mirong & Yulianti, (2023)

2) Perubahan Sistem Pencernaan

Sistem gastrointestinal selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolestrol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal (Wahida & Bawon, 2022).

3) Perubahan Sistem Musculoskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah *partus*. Pembuluh-pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan pendarahan setelah placenta dilahirkan. *Ligament-ligamen, diafragma pelvis*, serta *fasia* yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi *retrofleksi* karena *ligamentum retundum* menjadi kendur. (Wahida & Bawon, 2022).

4) Perubahan Sistem Endokrin

Menurut Wahida & Bawon, (2022) terdapat perubahan sistem endokrin yang terjadi pada ibu nifas yang antaranya:

a) Hormon plasenta

Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG (*Human Chorionic Gonadotropin*) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 post partum dan sebagai omset pemenuhan *mamae* pada hari ke-3 post partum.

b) *Hormone pituitary*

Prolaktin darah akan meningkat dengan cepat. Pada wanita yang tidak menyusui, prolaktin menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH akan meningkat pada fase konsentrasi *folikuler* (minggu ke-3) dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

c) *Hypotalamik pituitary ovarium*

Lamanya seorang wanita mendapatkan menstruasi juga di pengaruhi oleh faktor menyusui. Sering kali menstruasi pertama ini bersifat *anovulasi* karena rendahnya kadar *estrogen* dan *progesteron*.

d) Kadar *estrogen*

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktifitas prolaktin yang juga sedang meningkat dapat mempengaruhi kelenjar *mamae* dalam menghasilkan ASI.

f. Proses Adaptasi Psikologi Masa Nifas

Menurut Mirong & Yulianti, (2023) terdapat proses-proses adaptasi psikologi yang terjadi pada masa nifas yaitu:

1) Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas

Masa nifas merupakan masa yang dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali ke keadaan semula seperti sebelum hamil. Masa nifas ini berlangsung kira-kira 6 minggu. Perubahan-perubahan yang terjadi pada masa nifas dapat menimbulkan adanya perubahan psikologis pada ibu karena itu ibu nifas perlu beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi setelah kelahiran bayinya. Menurut Reva Rubin mengklasifikasikan adaptasi psikologi ibu pada masa nifas menjadi 3 tahap yakni:

a) Periode Taking-in (hari 1-2 setelah melahirkan)

- (1) Ibu masih pasif dan tergantung pada orang lain.
- (2) Perhatian tertuju pada kekhawatiran terhadap perubahan tubuh.
- (3) Ibu akan mengulangi pengalaman waktu melahirkan.
- (4) Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi semula.
- (5) Nafsu makan ibu bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi. Kurangnya nafsu makan menandakan proses pengembalian kondisi tubuh ke normal.

b) Periode Taking-Hold (hari 2-4 setelah melahirkan)

- (1) Ibu mulai memperhatikan kemampuan menjadi orang tua dan meningkatkan tanggung jawab akan bayinya.
- (2) Memfokuskan perhatian pada control fungsi tubuh, BAB, BAK, dan ketahanan tubuh.
- (3) Ibu berusaha menguasai keterampilan merawat bayi seperti menggendong menyusui dan mengganti popok.
- (4) Ibu cenderung terbuka menerima nasehat bidan dan kritikan bidan.

(5) Kemungkinan ibu mengalami depresi Postpartum karena merasa tidak mampu mengurus bayinya.

c) Periode Letting-Go

(1) Terjadi setelah ibu pulang kerumah dan dipengaruhi oleh dukungan serta perhatian keluarga.

(2) Ibu sudah mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi dan memenuhi kebutuhan bayinya sehingga akan mengurangi hak ibu dalam kebebasan dan hubungan sosial.

2) *Postpartum Blues*

Melahirkan merupakan salah satu hal yang paling penting dari peristiwa-peristiwa paling bahagia dalam hidup seorang wanita. Akan tetapi mengapa sebagian wanita merasa sedih dengan kelahiran bayinya, sebanyak 80% dari perempuan mengalami gangguan suasana hati setelah kehamilan (“melahirkan”). Mereka merasa kecewa, sendirian, takut, atau tidak mencintai bayi mereka, dan merasa bersalah karena perasaan ini.

Postpartum Blues atau yang sering juga disebut *maternity blues* atau sindrom ibu baru, dimengerti sebagai suatu sindrom gangguan efek ringan pada minggu pertama setelah persalinan dengan ditandai gejala seperti : reaksi depresi/sedih/*disforia*, Sering menangis, mudah tersinggung, cemas, labilitas perasaan, cenderung menyalahkan diri sendiri, gangguan tidar dan nafsu makan, kelelahan, mudah sedih, cepat marah, *mood* mudah berubah, cepat menjadi sedih, dan cepat pula menjadi gembira, perasaan terjebak dan juga marah terhadap pasangannya dan bayinya, perasaan bersalah dan pelupa.

Puncak dari postpartum blues ini 3-5 hari setelah melahirkan dan berlangsung dari beberapa hari sampai 2 minggu. *Postpartum blues* dapat terjadi pada siapapun, maka diharapkan tidak dianggap sebagai penyakit. Postpartum blues tidak mengganggu kemampuan seorang wanita merawat bayinya sehingga ibu dengan postpartum

blues masih bisa merawat bayinya. Postpartum blues tidak berhubungan dengan penyakit mental sebelumnya dan tidak disebabkan oleh stres. Namun stres dan riwayat depresi dapat mempengaruhi kejadian *postpartum blues* terus menjadi depresi besar, oleh karena itu kejadian *postpartum blues* harus segera ditindak lanjuti. Penyebab timbulnya *postpartum blues* sebagai berikut:

- a) Faktor hormonal, berupa perubahan kadar *estrogen*, *progesterone*, prolaktin, serta *estriol* yang terlalu rendah. Kadar *estrogen* turun secara tajam setelah melahirkan dan ternyata *estrogen* memiliki efek supresi aktivitas enzim *non-adrenalin* maupun serotonin yang berperan dalam suasana hati dan kejadian depresi.
- b) Ketidaknyamanan fisik yang dialami sehingga menimbulkan perasaan emosi pada wanita pasca melahirkan, misalnya rasa sakit akibat luka jahit atau bengkak pada payudara.
- c) Ketidakmampuan beradaptasi pada perubahan-perubahan yang terjadi.
- d) Faktor umur dan jumlah anak.
- e) Pengalaman dan proses kehamilan dan persalinannya.
- f) Latar belakang psikososial wanita tersebut misalnya, tingkat pendidikan, kehamilan yang tidak diinginkan, status perkawinan, atau riwayat gangguan jiwa pada wanita tersebut.
- g) Dukungan yang diberikan dari lingkungan misalnya dari suami, orang tua, dan keluarga.
- h) Stres yang dialami oleh wanita itu sendiri misalnya: karena belum bisa menyusui bayinya, rasa bosan terhadap rutinitas barunya.
- i) Kelelahan pasca bersalin.
- j) Ketidaksiapan terhadap perubahan peran yang terjadi pada wanita tersebut.

k) Rasa memiliki bayinya terlalu dalam sehingga takut yang berlebihan akan kehilangan bayinya.

l) Masalah kecemburuan dari anak yang terdahulunya.

Beberapa cara mengatasi postpartum blues adalah sebagai berikut:

- a. Persiapan diri yang baik selama kehamilan untuk menghadapi masa nifas.
 - b. Komunikasikan segala permasalahan atau hal yang ingin disampaikan.
 - c. Selalu membicarakan rasa cemas yang dialami.
 - d. Bersikap tulus serta ikhlas terhadap apa yang telah dialami dan berusaha melakukan peran barunya sebagai seorang ibu yang baik.
 - e. Cukup istirahat.
 - f. Menghindari perubahan hidup yang drastis.
 - g. Berolahraga ringan.
 - h. Berikan dukungan dari keluarga, suami, atau saudara.
- 3) Konsultasikan kepada tenaga kesehatan atau orang yang profesional agar dapat memfasilitasi faktor risiko lainnya selama masa nifas dan membantu dalam melakukan upaya pengawasan (Mirong & Yulianti, 2023).

E. Konsep Dasar Keluarga Berencana

1. Pengertian keluarga berencana

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

2. Tujuan Program KB

Tujuan KB yaitu: menunda kehamilan, menjarakkan kehamilan dan mengakhiri kehamilan, tujuan umum program KB adalah membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga,

dengan cara pengaturan kelahiran anak, agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. Tujuan lain meliputi pengaturan kelahiran, pendewasaan usia perkawinan, peningkatan ketahanan, dan kesejahteraan keluarga.

3. Sasaran Program KB

Menurut Bakoil, (2021) ada dua bentuk sasaran program KB yaitu sasaran langsung dan sasaran tidak langsung. Sasaran langsung yaitu pasangan usia subur (PUS) agar mereka menjadi peserta KB lestari sehingga memberikan efek langsung pada penurunan fertilitas. Sedangkan sasaran tidak langsung yaitu organisasi, lembaga kemasyarakatan, instansi pemerintah atau swasta, dan tokoh masyarakat (wanita dan pemuda), yang diharapkan dapat memberikan dukungan terhadap proses pembentukan sistem nilai di kalangan masyarakat.

4. Kebijaksanaan Program KB

Ada empat pola dasar kebijaksanaan program keluarga berencana yaitu: menunda usia perkawinan dan kehamilan sekurang-kurangnya sampai berusia 20 tahun, menjarangkan kelahiran dengan berpedoman pada caturwarga, hendaknya besarnya keluarga dicapai selama dalam usia reproduksi sehat, yaitu sewaktu ibu berusia 20-30 tahun, dan mengakhiri kesuburan pada usia 30-35 tahun.

5. Peran Bidan dalam Program KB

Bidan memiliki peran dalam program KB, di antaranya melakukan pencatatan data WUS dan PUS, melakukan KIE sesuai dengan kelompok sasaran, memberi pelayanan kontrasepsi sesuai dengan kompetensi dan standar profesi dan praktik, melaksanakan evaluasi terkait penggunaan kontrasepsi dan pelaksanaan program keluarga berencana di wilayahnya, dan melakukan rujukan dengan cepat dan tepat.

6. Kontrasepsi

Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan. Upaya yang dilakukan dalam pelayanan kontrasepsi dapat bersifat sementara maupun bersifat permanen. Masa pasca persalinan adalah waktu

paling tepat untuk mengajak Ibu menggunakan kontrasepsi. Direkomendasikan bahwa setiap ibu postpartum harus menggunakan KB sebelum kembali ke rumah. Oleh karena itu pada kunjungan nifas ketiga adalah kesempatan bidan untuk memberikan asuhan KB tentang konseling kontrasepsi.

7. Metode Implant/Jadena

a. Pengertian implant

Kontrasepsi implant/susuk adalah alat kontrasepsi hormonal yang ditempatkan di bawah kulit (ditanam dibawah kulit). Mekanisme kerjanya adalah menekan ovulasi membuat getah serviks menjadi kental dan membuat *endometrium* tidak sempat menerima konsepsi.

b. Macam-macam implant

- 1) *Indoplan/jadena*, terdiri dari 2 batang kapsul, mengandung 75 mg *levonorgestrel*, lama kerja 3 tahun.
- 2) *Implanon*, terdiri dari 1 batang kapsul, mengandung 68 mg *3-keto-desogestrel*, lama kerja 3 tahun.

c. Keuntungan kontrasepsi

Keuntungan kontrasepsi implant yaitu: daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang, pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, bebas dari pengaruh *estrogen*, tidak mengganggu kegiatan senggama, tidak mengganggu ASI, klien hanya perlu kembali ke klinik bila ada keluhan dan dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan.

d. Kerugian kontrasepsi implant

Kerugian kontrasepsi implant yaitu: efektifitasnya menurun bila menggunakan obat-obat TBC atau obat epilepsi, peningkatan/penurunan berat badan, tidak memberikan efek protektif terhadap infeksi menular seksual termasuk AIDS, insersi dan pengeluaran harus dilakukan di klinik dan dikeluarkan oleh tenaga terlatih atau petugas medis memerlukan latihan dan praktek untuk insersi dan pengangkatan implant, lebih mahal, sering timbul perubahan

pola haid dan akseptor tidak dapat menghentikan implant sekehendaknya sendiri.

e. Indikasi penggunaan implant

Indikasi penggunaan implant adalah wanita dalam usia reproduksi, telah atau belum memiliki anak, menginginkan kontrasepsi jangka panjang, menyusui dan membutuhkan kontrasepsi, pasca persalinan dan tidak menyusui, pasca keguguran, tidak menginginkan anak lagi tetapi menolak kontrasepsi mantap, riwayat kehamilan ektopik dan tekanan darah <180/110 mmHg dengan masalah pembekuan darah atau anemia bulan sabit, tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal yang mengandung estrogen dan sering lupa menggunakan pil.

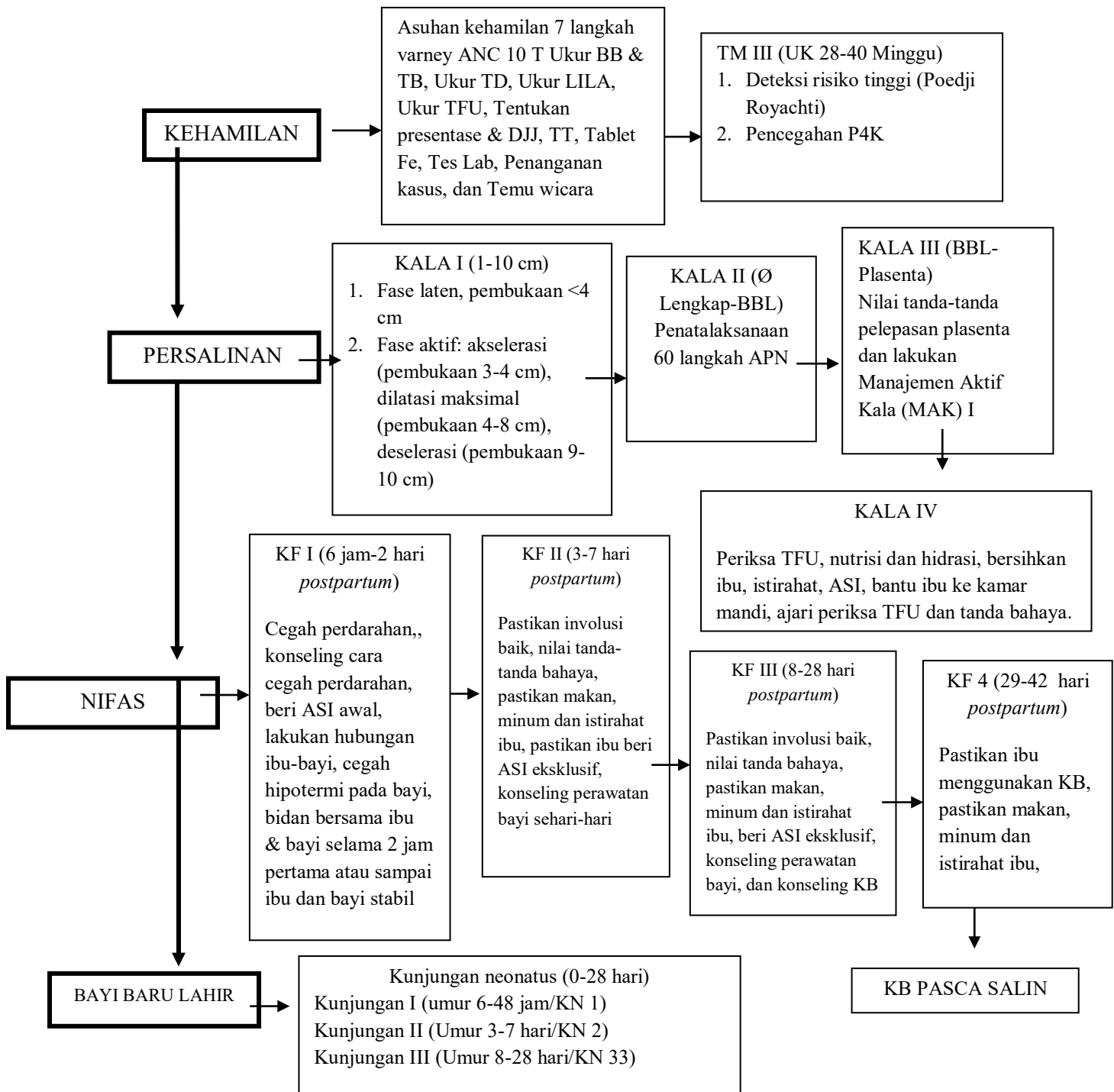
f. Kontra indikasi implant

Kontra indikasi implant yaitu hamil atau diduga hamil, perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya, benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara, tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi, mioma uterus dan kanker payudara dan gangguan toleransi glukosa.

g. Efek samping implant

Efek samping berupa perdarahan tidak teratur, perdarahan bercak dan amenore. Cara yang dipakai untuk menghentikan perdarahan adalah dengan konseling, pemeriksaan fisik, pemeriksaan *ginekologi* dan laboratorium, pemberian progestin, pemberian estrogen, pemberian vitamin, Fe atau *placebo* serta dilakukan *kuretase* (Bakoil, 2021).

F. Kerangka Pikir



Gambar 2.1 Kerangka Pikir