

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Definisi kehamilan

Kehamilan merupakan proses alami dan fisiologis yang terjadi pada wanita dengan sistem reproduksi yang sehat. Seorang perempuan yang telah mengalami menstruasi dan melakukan hubungan seksual dengan pria yang sehat berpotensi besar untuk hamil. Masa kehamilan dimulai sejak terjadinya pembuahan hingga kelahiran bayi, berlangsung sekitar 280 hari atau 40 minggu, dihitung dari hari pertama haid terakhir. Periode kehamilan ini terbagi dalam tiga trimester: trimester pertama dari konsepsi hingga tiga bulan, trimester kedua dari bulan keempat hingga keenam, dan trimester ketiga dari bulan ketujuh hingga bulan kesembilan (Nugrawati & Amriani, 2021). Kehamilan dengan resiko tinggi adalah kehamilan yang dapat menimbulkan dampak pada ibu hamil dan bayi menjadi sakit dan bahkan meninggal sebelum kelahiran terjadi (Indrawati, 2016). Aspek pemicu resiko kehamilan harus segera ditangani karena dapat mengancam keselamatan ibu, bahkan dapat terjadi kematian pada ibu dan bayi. Penyebab terjadinya resiko tinggi pada kehamilan umumnya terjadi pada kelompok umur 35 tahun, dengan tinggi badan kurang dari 145cm, berat badan tidak lebih dari 45 kg, jarak kehamilan sekarang dengan anak sebelumnya kurang dari 2 tahun, dan ibu dengan jumlah anak lebih dari 4 (Hapsari, 2019).

Usia yang ideal bagi wanita untuk hamil adalah sekitar usia 20 tahun hingga awal 30 tahun. Saat memasuki usia 35 tahun, tingkat kesuburan wanita umumnya menurun, sehingga memengaruhi jumlah dan kualitas sel telur yang diproduksi. Kehamilan di bawah umur memuat risiko yang tidak kalah berat.

Pasalnya, emosional ibu belum stabil dan ibu mudah tegang. Sementara kecacatan kelahiran bisa muncul akibat ketegangan saat dalam kandungan, adanya rasa penolakan secara emosional ketika si ibu mengandung bayinya. (Ubaydillah, 2020) dalam jurnal Krisnawati, H Hary (2023)..Oleh karena itu diperlukan usaha pencegahan untuk mengurangi tingginya angka kematian ibu. Perlunya melakukan deteksi dini pada kehamilan dapat menjadi salah satu upaya dalam meningkatkan pengetahuan ibu tentang kehamilannya.Faktor-faktor yang menjadi penyebab munculnya keadaan tersebut diantaranya adalah terbatasnya pengetahuan mengenai kehamilan patologis dengan resiko tinggi(Lestari, 2021).

2.1.1 Trimester Kehamilan dan Tanda-Tanda Kehamilan

Kehamilan dibagi menjadi tiga trimester, masing-masing berlangsung sekitar 3 bulan. Trimester pertama (minggu 1-12) adalah masa pembentukan organ utama janin, diikuti oleh trimester kedua (minggu 13-28) dimana pertumbuhan janin semakin cepat dan ibu mulai merasakan gerakan bayi. Trimester ketiga (minggu 29-40) adalah persiapan akhir untuk persalinan, dengan janin semakin matang dan tubuh ibu menyesuaikan untuk proses kelahiran. Cunningham, F. G., et al. (2022). Williams Obstetrics, 26th Edition.

Tanda-Tanda Kehamilan Normal

Dalam walyani (2020) untuk menegakkan kehamilan ditetapkan dengan melakukan penilaian terhadap beberapa tanda dan gejala kehamilan seperti:

1.Tanda Dugaan Hamil

a.Amenorea (berhentinya menstruasi)

Konsepsi dan *nidasi* menyebabkan tidak terjadi pembentukan *folikel de*

graaf dan *ovulasi* sehingga menstruasi tidak terjadi. Lamanya *amenorea* dapat diinformasikan dengan memastikan Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), dan digunakan untuk memperkirakan usia kehamilan dan tafsiran persalinan. Tetapi, *amenorea* juga dapat disebabkan oleh penyakit kronik tertentu, tumor pituitari, perubahan dan faktor lingkungan, malnutrisi, dan biasanya gangguan emosional seperti ketakutan akan kehamilan.

b. *Mual (nausea)* dan *Muntah (emesis)*

Pengaruh *estrogen* dan *progesteron* terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari yang disebut *morning sickness*. Dalam batas tertentu hal ini masih fisiologis, tetapi bila terlampau sering dan banyak sampai lebih dari 10 kali per hari dapat menyebabkan gangguan kesehatan yang disebut dengan *hiperemesis gravidarum*. Hal ini dapat membahayakan ibu hamil dan janin. Mual dan muntah yang berlebihan akan menyebabkan tubuh kehilangan banyak cairan sehingga berisiko memicu dehidrasi dan gangguan elektrolit.

c. *Ngidam (menginginkan makan tertentu)*

Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut *ngidam*. *Ngidam* sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan dan akan menghilang dengan tuanya kehamilan.

d. *Syncope (pingsan)*

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan *iskemia* susunan saraf pusat dan menimbulkan *syncope* atau pingsan. Hal ini sering terjadi terutama jika berada pada tempat yang ramai, biasanya akan hilang setelah 16 minggu.

e. Kelelahan

Sering terjadi pada trimester pertama, akibat dari penurunan kecepatan basal metabolisme pada kehamilan yang akan meningkat seiring pertambahan usia kehamilan akibat aktivitas metabolisme hasil konsepsi.

f. Payudara Tegang

Estrogen meningkatkan perkembangan sistem *duktus* pada payudara, sedangkan *progesteron* menstimulasi perkembangan sistem *alveolar* payudara. Bersama *somatomamotropin*, hormon-hormon ini menimbulkan pembesaran payudara, menimbulkan perasaan tegang dan nyeri selama dua bulan pertama kehamilan, pelebaran puting susu, serta pengeluaran *kolostrum*.

g. Sering Miksi

Desakan rahim kedepan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi. Frekuensi *miksi* yang sering, terjadi pada triwulan pertama akibat desakan uterus kekandung kemih. Pada triwulan kedua umumnya keluhan ini akan berkurang karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir triwulan, gejala bisa timbul karena janin mulai masuk kerongga panggul dan menekan kembali kandung kemih.

h. Konstipasi atau Obstipasi

Pengaruh *progesteron* dapat menghambat *peristaltik* usus (tonus otot menurun) sehingga kesulitan untuk BAB.

i. Pigmentasi Kulit

Pigmentasi terjadi pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu. Terjadi akibat pengaruh hormon *kortikosteroid plasenta* yang merangsang *melanofor* dan kulit. Pigmentasi ini meliputi tempat-tempat berikut ini:

j. Sekitar pipi: *clasma gravidarum* (penghitaman pada daerah dahi, hidung, pipi, dan leher).

k. Sekitar leher tampak lebih hitam.

L. Dinding perut: *strie lividae* atau *gravidarum* (terdapat pada seorang *primigravida*, warnanya membiru), *strie nigra*, *linea alba* menjadi lebih hitam (*linea griseae* atau *nigra*).

m. Sekitar payudara: *hiperpigmentasi areola mammae* sehingga terbentuk areola sekunder. Pigmentasi areola ini berbeda pada tiap wanita, ada yang merah muda pada wanita kulit putih, coklat tua pada wanita kulit coklat, dan hitam pada wanita kulit hitam. Selain itu, kelenjar *montgomeri* menonjol dan pembuluh darah *menifes* sekitar payudara.

n. Sekitar pantat dan paha atas: terdapat *strie* akibat pembesaran bagian tersebut.

o. *Epulis*

Hipertropi papila gingivae atau gusi, sering terjadi pada triwulan pertama.

p. *Varises*

Pengaruh *estrogen* dan *progesteron* menyebabkan pelebaran pembuluh darah terutama bagi wanita yang mempunyai bakat. Varises dapat terjadi disekitar genitalia eksterna, kaki dan betis, serta payudara. Penampakan pembuluh darah ini dapat hilang setelah persalinan.

1. Tanda Kemungkinan (*Probability Sign*)

Tanda kemungkinan adalah perubahan-perubahan fisiologis yang dapat diketahui oleh pemeriksa dengan melakukan pemeriksaan fisik kepada wanita hamil. Tanda kemungkinan ini terdiri atas hal-hal berikut ini:

a. Pembesaran Perut

Terjadi akibat pembesaran uterus. Hal ini terjadi pada bulan keempat kehamilan.

b. Tanda *Hegar*

Tanda *hegar* adalah pelunakan dan dapat ditekannya *isthimus uteri*.

a. Tanda *Goodell*

Adalah pelunakan *serviks*. Pada wanita yang tidak hamil *serviks* seperti ujung hidung, sedangkan pada wanita hamil melunak seperti bibir.

b. Tanda *Chadwick*

Perubahan warna menjadi keunguan pada *vulva* dan *mukosa vagina* termasuk juga *porsio* dan *serviks*.

c. Tanda *Piscaseck*

Merupakan pembesaran uterus yang tidak simetris. Terjadi karena ovum berimplantasi pada daerah dekat dengan korpus sehingga daerah tersebut berkembang lebih dulu.

d. Kontraksi *Braxton Hicks*

Merupakan peregangan sel-sel otot uterus, akibat meningkatnya *actomysin* didalam otot uterus. Kontraksi ini tidak bermitrik, *sporadis*, tidak nyeri, biasanya timbul pada kehamilan delapan minggu, tetapi baru dapat diamati dari pemeriksaan abdominal pada trimester ketiga. Kontraksi ini akan terus meningkat frekuensinya, lamanya dan kekuatannya sampai mendekati persalinan.

e. Teraba *Ballotement*

Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa. Hal ini harus ada pada pemeriksaan kehamilan karena perabaan bagian seperti bentuk janin saja tidak cukup karena dapat saja merupakan *myoma uteri*.

f. Pemeriksaan Tes Biologis Kehamilan (*planotest*) Positif

Pemeriksaan ini adalah untuk mendeteksi adanya *humancjorionicgonadotropin* (hCG) yang diproduksi oleh *sinsiotropoblastik* sel selama kehamilan. Hormon direkresi ini peredaran darah ibu (pada plasma darah), dan dieksresi pada urine ibu. Hormon ini dapat mulai dideteksi pada 26 hari setelah konsepsi dan meningkat dengan cepat pada hari ke 30-60. Tingkat tertinggi pada hari 60-70 usia gestasi, kemudian menurun pada hari ke 100-130.

2. Tanda Pasti (*Positive Sign*)

Tanda pasti adalah tanda yang menunjukkan langsung keberadaan

janin, yang dapat dilihat langsung oleh pemeriksa. Tanda pasti kehamilan terdiri atas hal-hal berikut ini:

a. Gerakan Janin Dalam Rahim, gerakan janin ini harus dapat diraba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan janin baru dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu.

b. Denyut Jantung Janin, dapat didengar dengan pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat fetal electrocardiogram (dopler/USG). Dengan stethoscope laenec, DJJ baru dapat didengar pada usia kehamilan 18-20 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 terakhir). Bagian janin ini dapat dilihat lebih sempurna lagi menggunakan USG.

d. Kerangka Janin, dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG.

2.1.2 Pemeriksaan Antenatal Care (ANC) [KI-KIV]

Antenatal Care (ANC) adalah pemeriksaan kehamilan secara berkala oleh tenaga kesehatan untuk memantau kesehatan ibu dan janin. Tujuannya meliputi deteksi dini komplikasi, pencegahan risiko, serta edukasi tentang perawatan kehamilan dan persiapan persalinan. Pemeriksaan ANC idealnya

dilakukan minimal 6 kali selama kehamilan, dengan distribusi 2 kali di trimester pertama, 2 kali di trimester kedua, dan 2 kali di trimester ketiga. ICM (International Confederation of Midwives, 2017). Essential Competencies for Midwifery Practice.

Klasifikasi Ibu Hamil dalam ANC (KI-KIV)

Berdasarkan risiko kehamilan, ibu hamil dikategorikan menjadi:

- KI (Kriteria I) → Kehamilan normal, tanpa faktor risiko.
- KII (Kriteria II) → Kehamilan dengan risiko rendah (misalnya anemia ringan atau riwayat keguguran).
- KIII (Kriteria III) → Kehamilan dengan risiko tinggi (misalnya hipertensi gestasional atau diabetes gestasional).
- KIV (Kriteria IV) → Kehamilan dengan komplikasi berat (misalnya preeklamsia, perdarahan, atau penyakit kronis).

Ibu hamil KIII dan KIV memerlukan pemantauan lebih intensif dan mungkin dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut.

Komponen Pemeriksaan ANC

1. Anamnesis → Riwayat kesehatan, keluhan, dan siklus menstruasi.
2. Pemeriksaan Fisik → Tekanan darah, berat badan, tinggi badan, lingkar lengan atas (LILA).
3. Pemeriksaan Laboratorium → Hb, golongan darah, gula darah, urinalisis, tes infeksi (HIV, sifilis, hepatitis B).

4. Pemeriksaan Obstetri → Tinggi fundus uteri (TFU), denyut jantung janin (DJJ), posisi janin.
5. Imunisasi → Vaksin TT (Tetanus Toksoid) untuk mencegah tetanus neonatorum.
6. Edukasi → Gizi ibu hamil, persiapan persalinan, tanda bahaya kehamilan.

2.1.3 Tanda Bahaya Kehamilan

Kehamilan umumnya berjalan normal, tetapi beberapa tanda bisa mengindikasikan masalah serius yang memerlukan penanganan medis segera.

Berikut tanda bahaya kehamilan berdasarkan trimester:

1. Trimester Pertama (Minggu 1-12)

- a. Perdarahan berat seperti menstruasi atau disertai gumpalan darah (bisa tanda keguguran atau kehamilan ektopik).
- b. Muntah berlebihan (Hyperemesis Gravidarum) hingga dehidrasi dan lemas.
- c. Nyeri perut hebat yang tajam dan terus-menerus.
- d. Demam tinggi ($>38^{\circ}\text{C}$) disertai menggigil (infeksi berbahaya).

2. Trimester Kedua (Minggu 13-28)

- a. Perdarahan vagina (bisa tanda plasenta previa atau solusio plasenta).
- b. Sakit kepala parah disertai pandangan kabur (gejala preeklamsia).

- c. Pembengkakan mendadak di wajah, tangan, atau kaki (edema berlebihan).
- d. Gerakan janin berkurang drastis (kurang dari 10 gerakan dalam 2 jam).

3. Trimester Ketiga (Minggu 29-40)

- a. Kontraksi teratur sebelum waktunya (tanda persalinan prematur).
- b. Air ketuban merembes atau pecah dini (risiko infeksi).
- c. Tekanan darah sangat tinggi ($>140/90$ mmHg) dengan gejala pusing dan mual.
- d. Tidak ada gerakan janin dalam 12 jam (gawat janin).

4. Tindakan yang Harus Dilakukan

- a. Segera ke dokter/bidan jika mengalami salah satu tanda di atas.
- b. Hindari self-diagnosis atau pengobatan sendiri.
- c. Pantau tekanan darah dan gerakan janin secara rutin.

Menurut buku KIA revisi tahun 2023 tanda bahaya pada kehamilan di trimester

I,II,III yaitu :

- a. nyeri ulu hati dan atau mual muntah, tidak mau makan
- b. demam tinggi
- c. sakit kepala dan atau pandangan kabur atau kejang disertai atau tanpa bengkak pada kaki, tangan dan wajah

- d. janin dirasakan kurang bergerak dibandingkan sebelumnya
- e. air ketuban keluar sebelum waktunya
- f. pendarahan pada hamil muda atau hamil tua
 - a. Masalah lain pada masa kehamilan :
 - b. Terasa sakit pada saat kencing atau keluar keputihan atau gatal-gatal di daerah kemaluan
 - c. Demam, menggigil dan berkeringat, bila ibu berada di daerah endemis malaria, menunjukkan adanya gejala penyakit malaria
 - d. Sulit tidur dan cemas berlebihan
 - e. Batuk lama (lebih dari 2 minggu)
 - f. Diare berulang
 - g. Jantung berdebar-debar atau nyeri dada

2.1.4 Asuhan pada Ibu Hamil Normal dan Risiko Tinggi Nutrisi Ibu Hamil

Asuhan pada Ibu Hamil Normal

Pada kehamilan normal, asuhan kebidanan berfokus pada pemantauan rutin dan pencegahan masalah kesehatan. Pemeriksaan meliputi pengukuran tekanan darah, berat badan, tinggi fundus uteri, serta pemantauan denyut jantung janin. Ibu hamil normal dianjurkan untuk mengonsumsi makanan bergizi seimbang, mengandung asam folat, zat besi, kalsium, dan protein, serta melakukan aktivitas fisik ringan seperti jalan kaki atau senam hamil. Edukasi diberikan mengenai tanda-tanda bahaya kehamilan, persiapan persalinan, dan perawatan bayi baru lahir. Pemeriksaan ANC dilakukan

minimal 6 kali selama kehamilan dengan interval yang teratur. Vitaloka, F. S. W., Wahyuningsih, H. P., Keb, M., Meilani, N., & SiT, S. (2017)

Asuhan pada Ibu Hamil Risiko Tinggi dengan Fokus Nutrisi

Ibu hamil risiko tinggi (misalnya dengan anemia berat, diabetes gestasional, atau hipertensi) memerlukan pemantauan lebih ketat dan penyesuaian nutrisi khusus. Pada anemia, asupan zat besi dan vitamin C ditingkatkan, sementara pada diabetes gestasional, diet rendah gula dan tinggi serat diperlukan. Ibu dengan preeklamsia membutuhkan pembatasan garam dan peningkatan protein. Selain itu, suplemen seperti zat besi, kalsium, atau vitamin D mungkin diberikan sesuai kebutuhan. Pemeriksaan ANC lebih sering (setiap 2 minggu hingga mingguan di trimester ketiga) untuk memantau perkembangan dan mencegah komplikasi. Kolaborasi dengan dokter spesialis obstetri atau gizi klinis sering kali diperlukan untuk penanganan optimal.

Standar asuhan kehamilan

Menurut Fitriani, L (2021) standar asuhan kehamilan meliputi

1. Standar 3: Identifikasi ibu hamil Melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk penyuluhan dan motivasi untuk pemeriksaan dini dan teratur
2. Standar 4: Pemeriksaan dan pemantauan antenatal care sedikitnya 4 kali pelayanan kehamilan:
 - Satu kali pada TM I (usia kehamilan 0-13 minggu)

- Satu kali pada TM II (usia kehamilan 14-27 minggu)
- Dua kali pada TM III (usia kehamilan 28-40 minggu)

Pemeriksaan meliputi:

Anamnesis dan pemantauan ibu dan janin, mengenal kehamilan risiko tinggi, imunisasi, nasihat dan penyuluhan, mencatat data yang tepat setiap kunjungan, tindakan tepat untuk merujuk

3. Standar 5: Palpasi abdominal
4. Standar 6: Pengelolaan anemia pada kehamilan
5. Standar 7: Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan
6. Standar 8: Persiapan persalinan:

Memberi saran pada ibu hamil, suami dan keluarga untuk memastikan persiapan persalinan bersih dan aman, persiapan transportasi, serta biaya. Bidan sebaiknya melakukan kunjungan rumah. Untuk memberikan asuhan/pelayanan standar minimal 7 T (Timbang BB, ukur TD, ukur TFU, TT, Tablet Fe 90 tablet selama hamil, Tes PMS, temuwicara dalam rangka persiapan rujukan)

2.1.5 Nutrisi Ibu Hamil

Nutrisi yang tepat selama kehamilan sangat penting untuk mendukung pertumbuhan janin, menjaga kesehatan ibu, dan mencegah komplikasi. Nutrisi yang baik selama kehamilan membantu pertumbuhan optimal janin, mengurangi risiko bayi lahir prematur atau BBLR (Berat Badan Lahir Rendah), serta menjaga energi dan kesehatan ibu. Berikut adalah panduan

nutrisi yang dianjurkan untuk ibu hamil:

1. Zat Gizi Penting & Sumber Makanan

- a. Protein (70-100g/hari) → Daging tanpa lemak, ikan, telur, tahu, tempe, kacang-kacangan.
- b. Asam Folat (600 mcg/hari) → Sayuran hijau (bayam, brokoli), jeruk, kacang merah, sereal fortifikasi.
- c. Zat Besi (27 mg/hari) → Daging merah, hati ayam, ikan, bayam, kacang lentil.
- d. Kalsium (1000-1300 mg/hari) → Susu, yogurt, keju, ikan teri, sayuran hijau.
- e. Omega-3 → Ikan salmon, sarden, chia seed, walnut (penting untuk perkembangan otak janin).
- f. Vitamin D → Sinar matahari pagi, ikan berlemak, telur, susu fortifikasi.
- g. Serat → Buah-buahan, sayuran, gandum utuh (cegah sembelit).

2. Makanan yang Harus Dibatasi/Dihindari

- a. Ikan tinggi merkuri (hiu, tuna mata besar, makarel raja).
- b. Daging/ikan mentah atau setengah matang (risiko infeksi bakteri).

- c. Susu & keju unpasteurized (risiko listeria).
- d. Kafein berlebihan (maksimal 200 mg/hari $\approx$ 1-2 cangkir kopi).
- e. Alkohol & rokok (berbahaya bagi perkembangan janin).

3. Tips Pola Makan Sehat untuk Ibu Hamil

- ✓ Makan porsi kecil tapi sering (5-6x/hari) untuk hindari mual & heartburn.
- ✓ Perbanyak air putih (minimal 8-10 gelas/hari) untuk cegah dehidrasi.
- ✓ Kombinasikan zat besi dengan vitamin C (contoh: daging + jeruk) untuk penyerapan lebih baik.
- ✓ Hindari junk food berlebihan (gula & garam tinggi picu hipertensi/gestational diabetes).

4. Suplemen yang Biasanya Dianjurkan

- ✓ Asam folat & zat besi (wajib, sesuai resep dokter).
- ✓ Vitamin D & kalsium (jika asupan makanan kurang).
- ✓ Omega-3 (DHA) (untuk perkembangan saraf & otak janin).

2.1.6 Imunisasi TT

Imunisasi TT (*Tetanus Toksoid*) pada ibu hamil diberikan untuk mencegah tetanus neonatorum (infeksi tetanus pada bayi baru lahir) dan melindungi ibu dari risiko tetanus saat persalinan. Vaksin ini biasanya diberikan dua kali selama kehamilan, dengan dosis pertama pada trimester

kedua (usia kehamilan 4-5 bulan) dan dosis kedua minimal 4 minggu setelah dosis pertama, tetapi sebelum 36 minggu kehamilan. Jika ibu belum pernah diimunisasi TT sebelumnya atau status imunisasinya tidak diketahui, diperlukan dua dosis dengan interval yang sama. Imunisasi TT merangsang pembentukan antibodi yang akan ditransfer ke janin melalui plasenta, memberikan perlindungan bagi bayi selama proses kelahiran, terutama jika persalinan dilakukan dalam kondisi tidak steril. Selain itu, imunisasi TT juga termasuk dalam program pemerintah untuk mencapai eliminasi tetanus maternal dan neonatal. Imunisasi pada kehamilan dan di awal balita membuat sang ibu dan bayi akan rentan terhadap adanya infeksi. Penyebab kematian ibu dan kematian bayi seperti Infeksi Tetanus yang diakibatkan oleh bakteri *Clostridium tetani* sebagai akibat dari proses persalinan yang tidak aman atau steril atau dapat berasal dari luka yang diperoleh ibu hamil sebelum melahirkan, Ibu hamil yang belum pernah divaksin TT sebelumnya biasanya diberikan 3 dosis TT dengan jarak 4 minggu antara dosis pertama dan kedua, dan 6 bulan antara dosis kedua dan ketiga (Indriyani, 2020).

2.1.7 Manajemen Anemia, Hipertensi, diabetes isk, hiperemesis

Manajemen Anemia pada Ibu Hamil

Anemia merupakan salah satu masalah kesehatan yang sering terjadi selama kehamilan dan memerlukan penanganan khusus untuk mencegah komplikasi baik bagi ibu maupun janin. Penatalaksanaan anemia dimulai dengan pemberian suplemen zat besi dosis 60-120 mg per hari disertai asam

folat 400 mcg per hari untuk meningkatkan produksi sel darah merah. Selain suplementasi, ibu hamil dianjurkan untuk mengonsumsi makanan kaya zat besi seperti daging merah, hati, sayuran hijau, dan kacang-kacangan yang dikombinasikan dengan sumber vitamin C seperti jeruk atau tomat untuk optimasi penyerapan zat besi. Pemantauan kadar hemoglobin secara berkala dilakukan untuk mengevaluasi keberhasilan terapi, dimana pada kasus anemia berat dengan kadar hemoglobin di bawah 7 g/dL mungkin diperlukan intervensi transfusi darah. Edukasi tentang pentingnya kepatuhan minum obat serta pengenalan gejala anemia seperti lemas, pucat, dan sesak napas juga menjadi bagian integral dari manajemen ini.

Manajemen Hipertensi dalam Kehamilan

Hipertensi gestasional dan preeklamsia merupakan kondisi serius yang memerlukan pemantauan ketat selama kehamilan. Penanganan hipertensi pada ibu hamil meliputi modifikasi gaya hidup dengan pembatasan asupan garam, istirahat cukup, dan aktivitas fisik ringan yang teratur. Terapi farmakologis menggunakan obat antihipertensi yang aman untuk janin seperti methyldopa, labetalol, atau nifedipin diberikan untuk menjaga tekanan darah dalam kisaran target. Pemantauan tekanan darah secara rutin, pemeriksaan

proteinuria, dan evaluasi fungsi organ melalui tes laboratorium menjadi komponen penting dalam deteksi dini preeklamsia berat. Pada kasus yang tidak terkontrol atau menunjukkan tanda-tanda memburuk seperti nyeri kepala hebat, gangguan penglihatan, atau nyeri epigastrium, diperlukan penanganan segera termasuk perawatan di rumah sakit dan persiapan untuk terminasi kehamilan jika diperlukan untuk menyelamatkan ibu dan janin. Indriyani. (2020).

Manajemen Diabetes Gestasional

Diabetes gestasional memerlukan pendekatan multidisiplin untuk mengontrol kadar gula darah dan mencegah komplikasi perinatal. Terapi dimulai dengan modifikasi diet berupa pembatasan karbohidrat sederhana, peningkatan asupan serat, dan distribusi makan dalam porsi kecil namun sering sepanjang hari. Pemantauan kadar glukosa darah mandiri secara berkala diperlukan untuk mengevaluasi efektivitas terapi diet. Jika kontrol glikemik tidak tercapai dengan modifikasi gaya hidup, terapi insulin dapat dipertimbangkan sebagai pilihan utama karena tidak melewati plasenta. Pemantauan pertumbuhan janin melalui USG serial penting untuk mendeteksi makrosomia atau hambatan pertumbuhan janin. Kerjasama antara dokter kandungan, ahli endokrin, dan ahli gizi sangat penting untuk mencapai hasil kehamilan yang optimal baik bagi ibu maupun bayi.

Manajemen Infeksi Saluran Kemih (ISK) pada Kehamilan

Infeksi saluran kemih selama kehamilan memerlukan penanganan agresif untuk mencegah komplikasi seperti persalinan prematur dan pielonefritis. Terapi antibiotik yang aman untuk kehamilan seperti nitrofurantoin atau sefalosporin diberikan berdasarkan hasil kultur urine. Peningkatan asupan cairan dan pengosongan kandung kemih yang teratur dianjurkan untuk membantu membersihkan bakteri. Pemeriksaan urine follow-up penting untuk memastikan eradikasi bakteri penyebab infeksi. Edukasi tentang gejala ISK dan pentingnya pengobatan hingga tuntas menjadi bagian penting dalam mencegah kekambuhan dan komplikasi lebih lanjut.

Manajemen Hiperemesis Gravidarum

Hiperemesis gravidarum yang ditandai dengan muntah berlebihan hingga menyebabkan dehidrasi dan penurunan berat badan memerlukan penanganan segera. Terapi awal meliputi rehidrasi dengan cairan intravena dan koreksi ketidakseimbangan elektrolit. Obat antiemetik seperti vitamin B6-doxylamine atau ondansetron dapat diberikan untuk mengontrol gejala mual muntah. Dukungan nutrisi melalui diet kecil tapi sering dengan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak serta suplementasi vitamin penting untuk mencegah defisiensi nutrisi. Pada kasus berat yang tidak responsif terhadap terapi konvensional, rawat inap dan nutrisi parenteral mungkin diperlukan untuk memastikan kecukupan nutrisi bagi ibu dan janin.

2.1.8 perumusan diagnosa kehamilan

Perumusan diagnosa kehamilan disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan, seperti G2P1A0 usia 22 tahun usia kehamilan 30 minggu fisiologis dan janin tunggal hidup. Perumusan masalah disesuaikan dengan kondisi ibu (Handayani, 2017). Diagnosa kebidanan menurut Fatimah dan Nuryaningsih (2017) yaitu:

G...P...A

Keterangan :

Gravida : Menunjukkan berapa kali wanita tersebut mengalami kehamilan, tanpa memandang umur kehamilan

Para : Menunjukkan berapa kali wanita tersebut melahirkan janin yang viable tanpa melihat cara lahir dan apakah lahir hidup atau mati.

Abortus : Menunjukkan berapa kali wanita tersebut mengalami keguguran

1. Umur Kehamilan

Umur kehamilan ditulis dalam minggu - HPHT - Tinggi Fundus Uteri - DJJ - Gerakan Janin

2. Letak letak (L) atau sikap berbaring fetus dalam uterus yaitu hubungan antara sumbu badan dengan sumbu panggul

3. *Longitudinal lie* (memanjang), dengan kepala atau bokong berada paling depan di jalan lahir
4. *Transverse lie* (melintang)
5. *Oblique lie* (miring)
6. Punggung
7. Punggung janin ditentukan dengan pemeriksaan palpasi Leopold II dengan menentukan adanya tahanan pada salah satu sisi perut ibu.
8. Turunnya bagian terendah
9. Turunnya bagian terendah (biasanya kepala pada kehamilan normal) dengan menggunakan patokan seberapa besar perkiraan bagian kepala pada saat palpasi Leopold telah masuk pintu atas panggul. Hal ini dapat diperkirakan dengan patokan sebagai berikut :
10. Kepala masih melayang diatas PAP (Floating) → 5/5
11. Kepala sedikit meyinggung PAP → 4/5
12. Intra atau Ekstra Uterine Janin Intra uteri bila :
13. Saat palpasi teraba bagian besar janin
14. Ibu tidak merasa nyeri pada saat palpasi) Kehamilan dapat berlanjut hingga mendekati mature

2.1.9 Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR)

Upaya skrining antenatal deteksi dini terhadap kehamilan resiko tinggi, dapat dilakukan dengan menggunakan instrument bantu Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR).

1. Pengertian Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR)

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) yaitu berupa kartu skor yang digunakan sebagai alat skrining antenatal berbasis keluarga guna menemukan faktor risiko ibu hamil, yang selanjutnya dilakukan upaya terpadu untuk menghindari dan mencegah kemungkinan terjadinya

upaya komplikasi obstetrik pada saat persalinan. Diharapkan setiap ibu hamil mempunyai buku KIA yang dilengkapi dengan satu kartu skor yang pelaksanaannya dipantau oleh tenaga kesehatan, kader posyandu, maupun ibu-ibu anggota/pengurus PKK (Kostania, 2015).

2..Tujuan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) Menurut Kostania (2015) tujuan KSPR yaitu:

- .Membuat pengelompokkan dari ibu hamil (KRR, KRT, KRST) agar berkembang perilaku kebutuhan tempat dan penolong persalinan sesuai dengan kondisi dari ibu hamil
- Melakukan pemberdayaan ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat agar peduli dan memberikan dukungan dan bantuan untuk kesiapan mental, biaya dan transportasi untuk melakukan rujukan terencana.

3. Fungsi Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR)

Menurut kostania (2015) fungsi KSPR meliputi:

- Sebagai alat skrining antenatal deteksi dini faktor resiko pada ibu hamil resiko tinggi
- .Sebagai alat pemantauan dan pengendalian ibu hamil selama kehamilan
- Sebagai media pencatatan kondisi ibu selama kehamilan, persalinan, nifas, dan kondisi bayi/ anak
- Sebagai pedoman untuk memberikan penyuluhan

- Sebagai alat untuk validasi data kehamilan, persalinan, nifas dan perencanaan KB.

4. Klasifikasi Jumlah Skor Pada KSPR

Berdasarkan jumlah skor kehamilan menurut Kostania (2015) dibagi menjadi tiga kelompok:

a. Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2 Kehamilan resiko rendah adalah kehamilan tanpa masalah/faktor risiko, fisiologis dan kemungkinan besar diikuti oleh persalinan normal dengan ibu dan bayi hidup sehat. Tempat persalinan dapat dilakukan di rumah maupun di polindes, tetapi penolong persalinan harus bidan, dukun membantu perawatan nifas bagi ibu dan bayinya.

b. Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10 Kehamilan resiko tinggi adalah kehamilan dengan satu atau lebih faktor risiko, baik dari pihak ibu maupun janinnya yang memberi dampak kurang menguntungkan baik bagi ibu maupun janinnya, memiliki risiko kegawatan tetapi tidak darurat. Ibu PKK/kader memberi penyuluhan agar pertolongan persalinan oleh bidan atau dokter di Puskesmas, di Polindes atau Puskesmas, atau langsung dirujuk ke Rumah Sakit.

c. Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12 Kehamilan resiko sangat tinggi adalah kehamilan dengan faktor risiko: Perdarahan sebelum bayi lahir, memberi dampak gawat dan darurat bagi jiwa ibu dan atau banyinya, membutuhkan rujukan tepat waktu dan tindakan segera untuk penanganan adekuat dalam upaya menyelamatkan nyawa ibu dan bayinya. Ibu diberi penyuluhan untuk kemudian dirujuk guna melahirkan di Rumah Sakit dengan alat lengkap dan dibawah pengawasan dokter spesialis.

- Cara Pemberian Skor Pada KSPR

Menurut Kostania (2015) cara pemberian skor pada pengisian KSPR adalah sebagai berikut:

- Skor 2: Kehamilan Risiko Rendah (KRR)

- Skor 2 diberikan sebagai skor awal, untuk umur dan paritas pada semua ibu hamil.
- Skor 4: Kehamilan Risiko Tinggi (KRT)
- Skor 4 diberikan untuk setiap faktor risiko pada klasifikasi KRT.
- Skor 8: Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST)
- Skor 8 diberikan pada ibu hamil dengan bekas operasi *sesar*, letak *sungsang*, letak *lintang*, perdarahan *antepartum* dan *pre eklamsia berat/ eklamsia*

Batasan Faktor Risiko

Menurut Kostania(2015)batasan faktor risiko dapat diklasifikasikan menjadi 3 yaitu:

a.Ada Potensi Gawat Darurat/APGO (kehamilan yangperlu diwaspadai)

- *Primi* muda (Hamil pertama < 16 tahun)
- *Primi* tua (Hamil pertama setelah lama nikah > 4 tahun)
- Umur ibu > 35 tahun
- Anak terkecil < 2 tahun
- *Primi* tua *sekunder* (persalinan terakhir > 10 tahun)
- *Grande* multi (melahirkan > 4 kali)
- Tinggi Badan
- Riwayat Obstetri Jelek (ROJ)
- Bekas operasi *sesar*
- Persalinan yang lalu dengan tindakan

b. Ada Gawat *Obstetri*/AGO (tanda bahaya pada saat kehamilan, persalinan, dan nifas)

- Penyakit pada ibu hamil (*anemia*, *malaria*, TBC, payah jantung, DM, HIV/AIDS, *Toksoplasmosis*)
- *Pre-Eklamsia* ringan
- Hamil kembar/Ganda
- *Hidramnion* (*Polihidramnion*)
- Janin mati dalam rahim (*Intra Uterine Fetal Death/IUFD*)
- Hamil *serotinu*/Hamil lebih bulan
- Letak *sungsang* dan Letak *lintang*

a. Ada Gawat Darurat *Obstetri*/AGDO (ada ancaman nyawa ibu dan bayi)

- Perdarahan *antepartum*
- *Pre eklamsia* berat/*Eklamsia*

**SKRINING/DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI
OLEH PKK DAN PETUGAS KESEHATAN**

Nama : _____ Umur Ibu : _____ Th _____
 Nomor K : _____ Perkiraan persalinan tgl _____
 Pendidikan : _____ Ibu _____ Suami _____
 Pekerjaan : _____ Suami _____

No.	Masalah/Faktor Risiko	SKOR	Terdeteksi		
			I	II	III
1	1. Berat badan ibu hamil < 40 kg	4			
2	2. Berat badan ibu hamil > 100 kg	4			
3	3. Tekanan darah tinggi > 160/90 mmHg	4			
4	4. Tekanan darah tinggi > 140/90 mmHg	4			
5	5. Tekanan darah tinggi > 120/80 mmHg	4			
6	6. Tekanan darah tinggi > 100/60 mmHg	4			
7	7. Tekanan darah tinggi > 90/60 mmHg	4			
8	8. Tekanan darah tinggi > 80/60 mmHg	4			
9	9. Tekanan darah tinggi > 70/60 mmHg	4			
10	10. Tekanan darah tinggi > 60/60 mmHg	4			
11	11. Tekanan darah tinggi > 50/60 mmHg	4			
12	12. Tekanan darah tinggi > 40/60 mmHg	4			
13	13. Tekanan darah tinggi > 30/60 mmHg	4			
14	14. Tekanan darah tinggi > 20/60 mmHg	4			
15	15. Tekanan darah tinggi > 10/60 mmHg	4			
16	16. Tekanan darah tinggi > 0/60 mmHg	4			
17	17. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
18	18. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
19	19. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
20	20. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
21	21. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
22	22. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
23	23. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
24	24. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
25	25. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
26	26. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
27	27. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
28	28. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
29	29. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
30	30. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
31	31. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
32	32. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
33	33. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
34	34. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
35	35. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
36	36. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
37	37. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
38	38. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
39	39. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
40	40. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
41	41. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
42	42. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
43	43. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
44	44. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
45	45. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
46	46. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
47	47. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
48	48. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
49	49. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
50	50. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
51	51. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
52	52. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
53	53. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
54	54. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
55	55. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
56	56. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
57	57. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
58	58. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
59	59. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
60	60. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
61	61. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
62	62. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
63	63. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
64	64. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
65	65. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
66	66. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
67	67. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
68	68. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
69	69. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
70	70. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
71	71. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
72	72. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
73	73. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
74	74. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
75	75. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
76	76. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
77	77. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
78	78. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
79	79. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
80	80. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
81	81. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
82	82. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
83	83. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
84	84. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
85	85. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
86	86. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
87	87. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
88	88. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
89	89. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
90	90. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
91	91. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
92	92. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
93	93. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
94	94. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
95	95. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
96	96. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
97	97. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
98	98. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
99	99. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			
100	100. Tekanan darah tinggi > 0/0 mmHg	4			

Jumlah skor : _____

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN – RUJUKAN TERENCANA

JML. SKOR	RUL. RINGKAS	PERA. RINGKAS	RUJUKAN	TEMPAT	PENGLONG	MELAKUKAN	
						DESA	KOTA
0-10	KRT	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN
11-20	KRT	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN
21-30	KRT	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN
31-40	KRT	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN
41-50	KRT	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN
51-60	KRT	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN
61-70	KRT	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN
71-80	KRT	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN
81-90	KRT	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN
91-100	KRT	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN

Kematian ibu dalam kehamilan : 1. Abortus 2. Lain-lain

Gambar 2. 1 Kartu skor pudji rochjati

Gambar 2.2 Kartu Skor Pudji Rochjati

Sumber : Kostania, G. 2015. *Modul Asuhan Kebidanan Kehamilan Program Studi DIII Kebidanan*, Bagian P4K, Klaten.

- Tunggal atau Ganda Janin dikatakan tunggal bila :
- Pembesaran perut normal
- Saat palpasi teraba kepala, punggung dan bagian kecil janin pada satu lokasi
- Detik jantung janin terdengar dominan hanya pada satu point
- Ibu merasakan pergerakan janin hanya selalu pada satu sisi
- Janin dikatakan hidup bila:
- Terdengar detik jantung janin dengan kuat, teratur
- Ibu merasakan pergerakan janin normal
- Saat palpasi dapat dirasakan pergerakan janin
- Keadaan Ibu

Yang dinilai tentang keadaan ibu apakah ibu mengalami kondisi yang dapat mengganggu kehamilan dan persalinan yaitu: panggul sempit, *preeklampsia*, *solutio plasenta*, penyakit DM, *anemia*, *hydramnion*, penyakit jantung, TBC, ginjal, dll.

- Keadaan Janin

Penilaian keadaan janin yaitu menilai kondisi janin apakah ada keadaan yang menyertai janin antara lain: *fetal distress*, *hydrocephalus*, *makrosomi* / janin besar, gawat janin dll.

2.2 Intranatal (Persalinan)

Persalinan adalah suatu proses pergerakan keluarnya janin, plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses

ini berawal dari pembekuan akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi dan kekuatan yang teratur. (Mico, R.2021)Menurut WHO (2018), intranatal merujuk pada periode selama proses persalinan, dimulai dari onset persalinan (awitan kontraksi uterus yang teratur dan progresif) hingga kelahiran bayi dan pengeluaran plasenta. Fase ini mencakup seluruh mekanisme persalinan, termasuk pembukaan serviks, penurunan janin melalui jalan lahir, serta manajemen aktif kala III untuk mencegah perdarahan pascapersalinan. Asuhan intranatal yang tepat sangat penting untuk memastikan kelahiran yang aman bagi ibu dan bayi, dengan memantau kemajuan persalinan, deteksi dini komplikasi (seperti distosia atau gawat janin), serta intervensi tepat waktu jika diperlukan Kemenkes RI (2020). *Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)*.

Persalinan adalah rangkaian peristiwa keluarnya bayi yang sudah cukup berada dalam rahim ibunya, dengan disusul oleh keluarnya plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu. Dalam ilmu kebidanan, ada berbagai jenis persalinan, di antaranya adalah persalinan spontan, persalinan buatan, dan persalinan anjuran. Persalinan spontan adalah persalinan yang berlangsung dengan adanya kekuatan ibu melalui jalan lahirnya. Persalinan buatan adalah proses persalinan yang dibantu dengan tenaga dari luar atau selain dari ibu yang akan melahirkan. Tenaga yang dimaksud, misalnya ekstraksi forceps, atau ketika

dilakukan operasi sectio caesaria. Berbeda dengan persalinan anjuran, yaitu, proses persalinan yang tidak dimulai dengan proses yang seperti biasanya, akan tetapi baru berlangsung setelah pemevahan ketuban, pemberian pitocin, atau prostaglandin. Berikut ini adalah beberapa istilah yang berkaitan dengan persalinan. (yuni fitriana, 2022)

- Abortus yaitu, proses pengeluaran buah kehamilan sebelum usia kehamilan mencapai 22 minggu atau bayi dalam kondisi berat badan kurang dari 500 gram.
- Partus immaturus yaitu, proses pengeluaran buah kehamilan ketika usia kehamilan berada di antara 22 minggu sampai 28 minggu atau bayi dalam kondisi berat badan antara 500 gram sampai 999 gram.
- Partus prematurus yaitu, proses pengeluaran buah kehamilan ketika usia kehamilan antara 28 minggu sampai 37 minggu atau kondisi berat badan bayi antara 1000 gram sampai dengan 2499 gram.
- Partus maturus atau a'terma yaitu, proses pengeluaran buah kehamilan ketika usia kehamilan berada antara 37 minggu sampai dengan 42 minggu atau bayi dalam kondisi berat badan 2500 gram atau lebih.
- Partus postmaturus atau serotinus yaitu, proses pengeluaran buah kehamilan setelah usia kehamilan lebih dari 42 minggu.

2.2.1 penyebab mulainya persalinan

1. Penurunan Kadar Progesteron

Hormon estrogen dapat meninggikan kerentanan otot rahim, sedangkan hormon progesterone dapat menimbulkan relaksasi otot-otot rahim. Selama masa kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesterone dan estrogen di dalam darah. Namun, pada akhir kehamilan kadar progesterone menurun sehingga timbul his. Hal inilah yang menandakan sebab-sebab mulainya persalinan.

2. Teori Oxytocin

Pada akhir usia kehamilan, kadar oxytocin bertambah sehingga menimbulkan kontraksi otot-otot rahim.

3. Ketegangan Otot-Otot

Seperti halnya dengan kandung kencing dan lambung bila dindingnya teregang oleh karena isinya bertambah maka terjadi kontraksi untuk mengeluarkan yang ada di dalamnya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan atau bertambahnya ukuran perut semakin teregang pula otot-otot rahim dan akan menjadi semakin rentan.

2.2.2 Jenis-jenis persalinan

Menurut Sulfianti dkk (2020), jenis persalinan berdasarkan bentuk terjadinya dapat dikelompokkan ke dalam 4 cara yaitu:

1. Persalinan Spontan

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

2. Persalinan Normal

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

3. Persalinan Anjuran (Induksi)

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

4. Persalinan Tindakan

Persalinan tindakan adalah persalinan yang tidak dapat berjalan normal secara spontan atau tidak berjalan sendiri, oleh karena terdapat indikasi adanya penyulit persalinan sehingga persalinan dilakukan dengan memberikan tindakan menggunakan alat bantu (Eka, 2019

dalam Sulfianti dkk, 2020).

2.2.3 Tahapan persalinan (I – IV)

Kala I: Pembukaan Serviks

1. Kala I atau Kala Pembukaan

Tahap ini dimulai dari his persalinan yang pertama sampai pembukaan serviks menjadi lengkap. Berdasarkan kemajuan pembukaan maka kala I dibagi menjadi sebagai berikut

a. Fase Laten

Fase laten adalah fase pembukaan yang sangat lambat yaitu dari 0 sampai 3 cm yang membutuhkan waktu 8 jam.

b. Fase Aktif

Fase aktif adalah fase pembukaan yang lebih cepat yang terbagi lagi menjadi berikut ini.

- 1) Fase akselerasi (fase percepatan), yaitu fase pembukaan dari pembukaan 3 cm sampai 4 cm yang dicapai dalam 2 jam.
- 2) Fase dilatasi maksimal, yaitu fase pembukaan dari pembukaan 4 cm sampai 9 cm yang dicapai dalam 2 jam.
- 3) Fase dekelerasi (kurangnya kecepatan), yaitu fase pembukaan dari pembukaan 9 cm sampai 10 cm selama 2 jam.

2. Kala II

Pengeluaran Tahap persalinan kala II ini dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi.

3. Kala III atau Kala Uri

Tahap persalinan kala III ini dimulai dari lahirnya bayi sampai dengan lahirnya plasenta.

4. Kala IV

Masa 1-2 jam setelah plasenta lahir. Dalam klinik, atas pertimbangan-pertimbangan praktis masih diakui adanya Kala IV persalinan, meskipun masa setelah plasenta lahir adalah masa dimulainya masa nifas (puerperium), mengingat pada masa ini sering timbul perdarahan. (yuni fitriana, 2022)

B. FISILOGI KALA I

Menurut (kurniaarum, 2016)

1. Uterus:

Kontraksi uterus mulai dari fundus dan terus menyebar ke depan dan ke bawah

abdomen. Kontraksi berakhir dengan masa yang terpanjang dan sangat kuat pada fundus. Selagi uterus berkontraksi dan relaksasi memungkinkan kepala janin masuk ke rongga pelvik.

2. Serviks

Sebelum onset persalinan, serviks berubah menjadi lembut:

- Effacement (penipisan) serviks berhubungan dengan kemajuan

pemendekan dan penipisan serviks. Panjang serviks pada akhir kehamilan normal berubah – ubah (beberapa mm sampai 3 cm). Dengan mulainya persalinan panjangnya serviks berkurang secara teratur sampai menjadi pendek (hanya beberapa mm). Serviks yang sangat tipis ini disebut sebagai menipis penuh

- Dilatasi berhubungan dengan pembukaan progresif dari serviks. Untuk mengukur dilatasi/diameter serviks digunakan ukuran centimeter dengan menggunakan jari tangan saat pemeriksaan dalam. Serviks dianggap membuka lengkap setelah mencapai diameter 10 cm
- Blood show (lendir show) pada umumnya ibu akan mengeluarkan darah sedikit atau sedang dari serviks

Manajemen:

- Pemantauan kontraksi, DJJ (Denyut Jantung Janin), dan pembukaan serviks.
- Posisi mobilisasi (jalan, duduk, atau bersandar) untuk mempercepat persalinan.

Kala II: Pengeluaran Bayi

a. Pengertian

Persalinan kala II dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi (kurniaarum, 2016)

b. Tanda dan gejala kala II

Tanda-tanda bahwa kala II persalinan sudah dekat adalah:

15. Ibu ingin meneran
16. Perineum menonjol
17. Vulva vagina dan sphincter anus membuka
18. Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat
19. His lebih kuat dan lebih cepat 2-3 menit sekali.
20. Pembukaan lengkap (10 cm)
21. Pada Primigravida berlangsung rata-rata 1.5 jam dan
multipara rata-rata 0.5 jam
22. Pemantauan
 - a) Tenaga atau usaha mengedan dan kontraksi uterus
 - b) Janin yaitu penurunan presentasi janin dan kembali normalnya detak jantung bayi setelah kontraksi
 - c) Kondisi ibu sebagai berikut:

Kemajuan persalinan	Kondisi	Kondisi Janin
TENAGA	PASIEN	PENUMPANG

Usaha mengedan Palpasi kontraksi uterus (kontrol tiap 10 menit) ☐ Frekuensi ☐ Lamanya ☐ Kekuatan	Periksa nadi dan tekanan darah selama 30 menit. Respons keseluruhan pada kala II: ☐ Keadaan dehidrasi ☐ Perubahan sikap/perilaku ☐ Tingkat tenaga (yang memiliki)	Periksa detak jantung janin setiap 15 menit atau lebih sering dilakukan dengan makin dekatnya kelahiran Penurunan presentasi dan perubahan posisi Warna cairan tertentu
---	--	---

tabel 2. 1 Kemajuan persalinan

C. FISILOGI KALA II

(kurniaarum, 2016)

1. His menjadi lebih kuat, kontraksinya selama 50 -100 detik, datangnya tiap 2-3 menit
2. Ketuban biasanya pecah pada kala ini ditandai dengan keluarnya cairan kekuning-kuningan sekonyong-konyong dan banyak
3. Pasien mulai mengejan
4. Pada akhir kala II sebagai tanda bahwa kepala sudah sampai di dasar panggul, perineum menonjol, vulva menganga dan rectum terbuka

5. Pada puncak his, bagian kecil kepala nampak di vulva dan hilang lagi waktu his berhenti, begitu terus hingga nampak lebih besar. Kejadian ini disebut “Kepala membuka pintu”
6. Pada akhirnya lingkaran terbesar kepala terpegang oleh vulva sehingga tidak bisa mundur lagi, tonjolan tulang ubun-ubun telah lahir dan subocciput ada di bawah symphysis disebut “Kepala keluar pintu”
7. Pada his berikutnya dengan ekstensi maka lahirlah ubun-ubun besar, dahi dan mulut pada commissura posterior. Saat ini untuk primipara, perineum biasanya akan robek pada pinggir depannya karena tidak dapat menahan regangan yang kuat tersebut
8. Setelah kepala lahir dilanjutkan dengan putaran paksi luar, sehingga kepala melintang, vulva menekan pada leher dan dada tertekan oleh jalan lahir sehingga dari hidung anak keluar lendir dan cairan
9. Pada his berikutnya bahu belakang lahir kemudian bahu depan disusul seluruh badan anak dengan fleksi lateral, sesuai dengan paksi jalan lahir
10. Setelah anak lahir, sering keluar sisa air ketuban, yang tidak keluar waktu ketuban pecah, kadang-kadang bercampur darah
11. Lama kala II pada primi □ 50 menit pada multi □ 20 menit

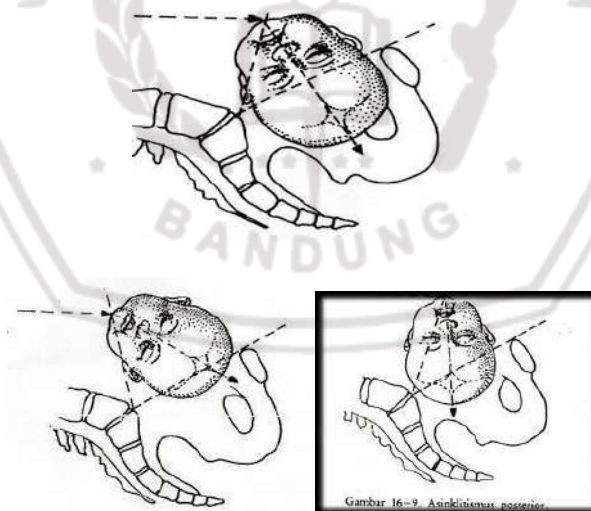
D. MEKANISME PERSALINAN NORMAL

Turunnya kepala dibagi dalam beberapa fase sebagai berikut.
(kurniaarum, 2016)

1. Masuknya kepala janin dalam PAP

- Masuknya kepala ke dalam PAP terutama pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan tetapi pada multipara biasanya terjadi pada permulaan persalinan.
- a. Masuknya kepala ke dalam PAP biasanya dengan sutura sagitalis melintang menyesuaikan dengan letak punggung (Contoh: apabila dalam palpasi didapatkan punggung kiri maka sutura sagitalis akan teraba melintang kekiri/ posisi jam 3 atau sebaliknya apabila punggung kanan maka sutura sagitalis melintang ke kanan/posisi jam 9) dan pada saat itu kepala dalam posisi fleksi ringan.
- b. Jika sutura sagitalis dalam diameter anteroposterior dari PAP maka masuknya kepala akan menjadi sulit karena menempati ukuran yang terkecil dari PAP
- c. Jika sutura sagitalis pada posisi di tengah-tengah jalan lahir yaitu tepat di antara symphysis dan promontorium, maka dikatakan dalam posisi "synclitismus" pada posisi synclitismus os parietale depan dan belakang sama tingginya.

- d. Jika sutura sagitalis agak ke depan mendekati symphysis atau agak ke belakang mendekati promontorium, maka yang kita hadapi adalah posisi "asynclitismus" Acynclitismus posterior adalah posisi sutura sagitalis mendekati symphysis dan os parietale belakang lebih rendah dari os parietale depan.
- e. Acynclitismus anterior adalah posisi sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietale depan lebih rendah dari os parietale belakang
- f. Pada saat kepala masuk PAP biasanya dalam posisi asynclitismus posterior ringan. Pada saat kepala janin masuk PAP akan terfiksasi yang disebut dengan engageme.



Gambar 2. 2 Posisi kepala masuk pap

- a. Gambar A = synclitismus b. Gambar B = Asynclitismus Ante c.
- Gambar C Async Posterior

2. Majunya Kepala janin

- a. Pada primi gravida majunya kepala terjadi setelah kepala masuk ke dalam rongga panggul dan biasanya baru mulada kala II
- b. Pada multi gravida majunya kepala dan masuknya kepala dalam rongga panggul terjadi bersamaan.
- c. Majunya kepala bersamaan dengan gerakan-gerakan yang lain yaitu: fleksi, putaran paksi dalam, dan ekstensi
- d. Majunya kepala disebabkan karena:
 - 1) Tekanan cairan intrauterin
 - 2) Tekanan langsung oleh fundus uteri oleh bokong
 - 3) Kekuatan mengejan
 - 4) Melurusnya badan bayi oleh perubahan bentuk rahim

3. Fleksi

- a. Fleksi kepala janin memasuki ruang panggul dengan ukuran yang paling kecil yaitu dengan diameter suboccipito bregmatikus (9,5 cm) menggantikan suboccipito frontalis (11 cm)
- b. Fleksi disebabkan karena janin didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir PAP, cervix, dinding panggul atau dasar panggul
- c. Akibat adanya dorongan di atas kepala janin menjadi fleksi karena momement yang menimbulkan fleksi lebih besar daripada moment yang menimbulkan defleksi
- d. Sampai di dasar panggul kepala janin berada dalam posisi fleksi

maksimal. Kepala turun menemui diafragma pelvis yang berjalan dari belakang atas ke bawah depan

- e. Akibat kombinasi elastisitas diafragma pelvis dan tekanan intra uterin yang disebabkan oleh his yang berulang-ulang, kepala mengadakan rotasi yang disebut sebagai putaran paksi dalam

4. Putaran paksi dalam

- a. Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symphysis
- b. Pada presentasi belakang kepala bagian terendah adalah daerah ubun-ubun kecil dan bagian ini akan memutar ke depan ke bawah symphysis
- c. Putaran paksi dalam mutlak diperlukan untuk kelahiran kepala, karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul
- d. Putaran paksi dalam terjadi bersamaan dengan majunya kepala dan tidak terjadi sebelum kepala sampai di Hodge III, kadang-kadang baru terjadi setelah kepala sampai di dasar panggul
- e. Sebab-sebab terjadinya putaran paksi dalam:
 - 1) Pada letak fleksi, bagian kepala merupakan bagian terendah dari kepala
 - 2) Bagian terendah dari kepala mencari tahanan yang paling sedikit terdapat

sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genitalis antara musculus

levator ani kiri dan kanan

3) Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter anteroposterior

5. Ekstensi

- a. Setelah putaran paksi dalam selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan di atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk dapat melewati pintu bawah panggul.
- b. Dalam rotasi UUK akan berputar ke arah depan, sehingga di dasar panggul UUK berada di bawah simfisis, dengan suboksiput sebagai hipomoklion kepala mengadakan gerakan defleksi untuk dapat dilahirkan.
- c. Pada saat ada his vulva akan lebih membuka dan kepala janin makin tampak. Perineum menjadi makin lebar dan tipis, anus membuka dinding rektum.
- d. Dengan kekuatan his dan kekuatan mengejan, maka berturut-turut tampak bregmatikus, dahi, muka, dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi.
- e. Sesudah kepala lahir, kepala segera mengadakan rotasi, yang disebut putaran paksi luar

6. Ekstensi

- a. Setelah putaran paksi dalam selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan di atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk dapat melewati pintu bawah panggul
- b. Jika tidak terjadi ekstensi maka kepala akan tertekan pada perineum dan menembusnya
- c. Kepala bekerja dengan 2 kekuatan yaitu satu mendesak ke bawah dan satunya lagi menolak ke atas karena adanya tahanan dasar panggul
- d. Setelah subocciput tertahan di pinggir bawah symphysis, maka yang dapat maju adalah bagian yang berhadapan dengan subocciput

7. Putaran paksi luar

- a. Putaran paksi luar adalah gerakan kembali sebelum putaran paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung janin.
- b. Bahu melintasi PAP dalam posisi miring.
- c. Di dalam rongga panggul bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya hingga di dasar panggul, apabila kepala telah dilahirkan bahu akan berada dalam posisi depan belakang.
- d. Selanjutnya dilahirkan bahu depan terlebih dulu baru kemudian bahu belakang, kemudian bayi lahir seluruhnya

Durasi:

- Primigravida: 1–2 jam
- Multigravida: 15–30 menit

Proses:

- Ibu mengejan aktif saat serviks penuh (10 cm).
- Janin turun melalui jalan lahir dengan rotasi, fleksi, dan ekstensi kepala.
- Crowning: Kepala bayi terlihat di vulva.

Manajemen:

- Episiotomi (jika diperlukan) untuk memperlebar jalan lahir.
- Penuntungan persalinan dengan teknik Ritgen atau manual untuk mencegah laserasi.

Kala III: Pengeluaran Plasenta**A. Pengertian**

1. menurut (kurniaarum, 2016) Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban
2. Berlangsung tidak lebih dari 30 menit
3. Disebut dengan kala uri atau kala pengeluaran plasenta
4. Peregangan Tali pusat Terkendali (PTT) dilanjutkan pemberian oksitosin untuk

5. kontraksi uterus dan mengurangi perdarahan

Tanda-tanda pelepasan plasenta :

Perubahan ukuran dan bentuk uterus

1. Uterus menjadi bundar dan uterus terdorong ke atas karena plasenta sudah terlepas dari Segmen Bawah Rahim

2. Tali pusat memanjang

3. Semburan darah tiba tiba

B. Fisiologi Kala III

Sejara setelah bayi dan air ketuban sudah tidak lagi berada di dalam uterus, kontraksi akan terus berlangsung dan ukuran rongga uterus akan mengecil. Pengurangan dalam ukuran uterus ini akan menyebabkan pengurangan dalam ukuran tempat melekatnya plasenta. Oleh karena tempat melekatnya plasenta tersebut menjadi lebih kecil, maka plasenta akan menjadi tebal atau mengkerut dan memisahkan diri dari dinding uterus. Sebagian dari pembuluh-pembuluh darah yang kecil akan robek saat plasenta lepas. Tempat melekatnya plasenta akan berdarah terus hingga uterus seluruhnya berkontraksi. Setelah plasenta lahir, dinding uterus akan berkontraksi dan menekan semua pembuluh-pembuluh darah ini yang akan menghentikan perdarahan dari tempat melekatnya plasenta tersebut. Sebelum uterus berkontraksi, wanita tersebut bisa kehilangan darah 350-360 cc/menit dari tempat melekatnya plasenta tersebut. Uterus tidak bisa sepenuhnya berkontraksi hingga plasenta lahir dahulu

seluruhnya. Oleh sebab itu, kelahiran yang cepat dari plasenta segera setelah ia melepaskan dari dinding uterus merupakan tujuan dari manajemen kebidanan dari kala III yang kompeten. (kurniaarum, 2016)

C. Tanda-tanda Klinik dari Pelepasan Plasenta

1. Semburan darah
2. Pemanjatan tali pusat
3. Perubahan dalam posisi uterus:uterus naik di dalam abdomen (kurniaarum, 2016)

E. PEMANTAUAN KALA III

1. Palpasi uterus untuk menentukan apakah ada bayi yang kedua. Jika ada maka tunggu sampai bayi kedua lahir
2. Menilai apakah bayi baru lahir dalam keadaan stabil, jika tidak rawat bayi segera. (kurniaarum, 2016)

Manajemen:

- Manajemen Aktif Kala III (standar WHO):
 1. Oksitosin 10 IU IM setelah bayi lahir.
 2. Tegang terkendali tali pusat (controlled cord traction).
 3. Massase fundus uteri untuk stimulasi kontraksi.
- Pemeriksaan plasenta lengkap untuk pastikan tidak ada retensio.

Kala IV: Observasi Pascapersalinan

A. Pengertian

- a. Dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu
- b. Paling kritis karena proses perdarahan yang berlangsung
- c. Masa 1 jam setelah plasenta lahir
- d. Pemantauan 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran plasenta, 30 menit pada jam kedua setelah persalinan, jika kondisi ibu tidak stabil, perlu dipantau
- e. lebih sering
- f. Observasi intensif karena perdarahan yang terjadi pada masa ini

Observasi yang dilakukan :

1. Tingkat kesadaran penderita.
2. Pemeriksaan tanda vital.
3. Kontraksi uterus.
4. Perdarahan, dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500cc.

B. Fisiologi Kala IV

Setelah plasenta lahir tinggi fundus uteri kurang lebih 2 jari dibawah pusat. Otototot uterus berkontraksi, pembuluh darah yang ada diantara anyaman-anyaman otot uterus akanterjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan. (kurniaarum, 2016)

C. TUJUH (7) LANGKAH PEMANTAUAN YANG DILAKUKAN KALA

IV menurut (kurniaarum, 2016)

1. Kontraksi rahim

Kontraksi dapat diketahui dengan palpasi. Setelah plasenta lahir dilakukan pemijatan uterus untuk merangsang uterus berkontraksi. Dalam evaluasi uterus yang perlu dilakukan adalah mengobservasi kontraksi dan konsistensi uterus. Kontraksi uterus yang normal adalah pada perabaan fundus uteri akan terasa keras. Jika tidak terjadikontraksi dalam waktu 15 menit setelah dilakukan pemijatan uterus akan terjadi atonia uteri. (kurniaarum, 2016)

2. Perdarahan

Perdarahan: ada/tidak, banyak/biasa

3. Kandung kencing

Kandung kencing: harus kosong, kalau penuh ibu diminta untuk kencing dan kalau tidak bisa lakukan kateterisasi. Kandung kemih yang penuh mendorong uterus keatas dan menghalangi uterus berkontraksi sepenuhnya.

4. Luka-luka: jahitannya baik/tidak, ada perdarahan/tidak

Evaluasi laserasi dan perdarahan aktif pada perineum dan vagina. Nilai perluasan

laserasi perineum. Derajat laserasi perineum terbagi atas :

a. Derajat I

Meliputi mokosa vagina, fourchette posterior dan kulit perineum. Pada derajat I

ini tidak perlu dilakukan penjahitan, kecuali jika terjadi perdarahan

b. Derajat II

Meliputi mukosa vagina, fourchette posterior, kulit perineum dan otot perineum.

Pada derajat II dilakukan penjahitan dengan teknik jelujur

c. Derajat III

Meliputi mukosa vagina, fourchette posterior, kulit perineum, otot perineum dan

otot spingter ani external

d. Derajat IV

Derajat III ditambah dinding rectum anterior

e. Pada derajat III dan IV segera lakukan rujukan karena laserasi ini memerlukan teknik dan prosedur khusus

5. Uri dan selaput ketuban harus lengkap

6. Keadaan umum ibu: tensi, nadi, pernapasan, dan rasa sakit

a. Keadaan Umum Ibu

- Periksa Setiap 15 menit pada jam pertama setelah persalinan dan setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan jika kondisi itu tidak stabil pantau lebih sering
- Apakah ibu membutuhkan minum
- Apakah ibu akan memegang bayinya

b. Pemeriksaan tanda vital.

c. Kontraksi uterus dan tinggi fundus uteri:

Rasakan apakah fundus uteri berkontraksi kuat dan berada dibawah umbilicus.

Periksa fundus :

- ☐ 2-3 kali dalam 10 menit pertama
- ☐ Setiap 15 menit pada jam pertama setelah persalinan.
- ☐ Setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan
- ☐ Masage fundus (jika perlu) untuk menimbulkan kontraksi

7. Bayi dalam keadaan baik.

Durasi: 2 jam pertama setelah plasenta lahir.

Fokus Pemantauan:

1. Perdarahan: Normal <500 ml. Jika >500 ml, waspadai atonia uteri.
2. Tanda Vital: Tekanan darah, nadi, suhu.
3. Kontraksi Uterus: Fundus harus keras di bawah pusat.
4. Kondisi Ibu: Kelelahan, nyeri, atau syok.

Intervensi:

- Jika terjadi perdarahan:
 - ✓ Oksitosin drip atau misoprostol.
 - ✓ Kompresi bimanual atau balon tamponade.

2.2.3 Tanda-tanda persalinan

Tanda-Tanda Bahwa Persalinan Sudah Dekat menurut (yuni fitriana

S. d., 2022)

a. Lightening

Beberapa minggu sebelum persalinan, calon ibu merasa bahwa keadaannya menjadi lebih enteng. Ia merasa kurang sesak, tetapi sebaliknya ia merasa bahwa berjalan sedikit lebih sukar, dan sering diganggu oleh perasaan nyeri pada anggota bawah.

b. Pollakisuria

Pada akhir bulan ke-IX, berdasarkan hasil pemeriksaan didapatkan epigastrium kendor, fundus uteri lebih rendah dari pada kedudukannya, dan kepala janin sudah mulai masuk ke dalam pintu atas panggul. Keadaan ini menyebabkan kandung kencing tertekan sehingga merangsang ibu untuk sering kencing yang disebut pollakisuria.

C. False Labor

Masa 3 atau 4 minggu sebelum persalinan, calon ibu diganggu oleh his pendahuluan yang sebetulnya hanya His pendahuluan ini bersifat: merupakan peningkatan dari kontraksi Braxton Hicks.

- 1) Nyeri yang hanya terasa di perut bagian bawah.
- 2) Tidak teratur.
- 3) Lamanya his pendek, tidak bertambah kuat dengan majunya waktu dan bila dibawa jalan malah sering berkurang.
- 4) Tidak ada pengaruh pada pendataran atau pembukaan serviks.

d. Perubahan Serviks

Pada akhir bulan ke-IX hasil pemeriksaan serviks menunjukkan bahwa serviks yang tadinya tertutup, panjang, dan kurang lunak. Namun kondisinya berubah menjadi lebih lembut, beberapa menunjukkan telah terjadi pembukaan dan penipisan. Perubahan ini berbeda untuk masing-masing ibu. Misalnya, pada multipara sudah terjadi pembukaan 2 cm namun pada primipara sebagian besar masih dalam keadaan tertutup.

e. Energi Spurt

Beberapa ibu akan mengalami peningkatan energi kira-kira 24-28 jam sebelum persalinan mulai. Setelah beberapa hari sebelumnya merasa kelelahan fisik karena tuanya kehamilan maka ibu mendapati satu hari sebelum persalinan dengan energi yang penuh. Peningkatan energi ibu ini tampak dari aktivitas yang dilakukannya seperti membersihkan rumah, mengepel, mencuci perabot rumah, dan pekerjaan rumah lainnya sehingga ibu akan kehabisan tenaga menjelang kelahiran bayi, persalinan menjadi panjang dan sulit.

f. Gastrointestinal Upsets

Beberapa ibu mungkin akan mengalami tanda-tanda, seperti diare, obstipasi, mual, dan muntah karena efek penurunan hormon terhadap sistem pencernaan.

2. Tanda-Tanda Awal Persalinan

a. Timbulnya His Persalinan

- 1) Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan.

- 2) Makin lama makin pendek intervalnya dan makin kuat intensitasnya.
- 3) Kalau dibawa berjalan bertambah kuat.
- 4) Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan serviks.

b. Bloody Show

Bloody show merupakan lendir disertai darah dari jalan lahir dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari canalis cervicalis keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa capillair darah terputus.

d. Premature Rupture of Membrane

Premature rupture of membrane adalah keluarnya cairan banyak dengan sekonyong-konyong dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin robek. Ketuban biasanya pecah kalau pembukaan lengkap atau hampir lengkap dan dalam hal ini keluarnya cairan merupakan tanda yang lambat sekali. Kadang-kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, malahan kadang-kadang selaput janin robek sebelum persalinan. Walaupun demikian persalinan diharapkan akan mulai dalam 24 jam setelah air ketuban keluar

3. Tanda-Tanda Pada Kala I

- a. His belum begitu kuat, datangnya setiap 10-15 menit dan tidak

seberapa mengganggu ibu hingga ia sering masih dapat berjalan.

- b. Lambat laun his bertambah kuat: interval lebih pendek, kontraksi lebih kuat dan lebih lama.
- c. Bloody show bertambah banyak.
- d. Lama kala I untuk primi 12 jam dan untuk multi 8 jam.
- e. Pedoman untuk mengetahui kemajuan kala I adalah:
"Kemajuan pembukaan 1 cm sejam bagi primi dan 2 cm sejam bagi multi, walaupun ketentuan ini sebetulnya kurang tepat seperti akan diuraikan nanti".

4. Tanda-Tanda Pada Kala II

- a. His menjadi lebih kuat, kontraksinya selama 50 100 detik, datangnya tiap 2 - 3 menit.
- b. Ketuban biasanya pecah pada kala ini ditandai dengan keluarnya cairan kekuning-kuningan sekonyong-konyong dan banyak. Pasien mulai mengejan.
- c. Pada akhir kala II sebagai tanda bahwa kepala sudah sampai di dasar panggul, perineum menonjol, vulva menganga, dan rectum terbuka.
- d. Pada puncak his, bagian kecil kepala nampak di vulva dan hilang lagi waktu his berhenti, begitu terus hingga nampak

lebih besar. Kejadian ini disebut: "Kepala membuka pintu".

- e. Pada akhirnya lingkaran terbesar kepala terpegang oleh vulva sehingga tidak bisa mundur lagi, tonjolan tulang ubun-ubun telah lahir dan subocciput ada di bawah symphysis disebut "Kepala keluar pintu".
- f. Pada his berikutnya dengan ekstensi maka lahirlah ubun-ubun besar, dahi, dan mulut pada commissura posterior.
- g. Saat ini untuk primipara, perineum biasanya akan robek pada pinggir depannya karena tidak dapat menahan regangan yang kuat tersebut.
- h. Setelah kepala lahir dilanjut dengan putaran paksi luar, sehingga kepala melintang, vulva menekan pada leher dan dada tertekan oleh jalan lahir sehingga dari hidung anak keluar lendir dan cairan
- i. Pada his berikutnya bahu belakang lahir kemudian bahu depan disusul seluruh badan anak dengan fleksi lateral, sesuai dengan paksi jalan lahir
- j. Sesudah anak lahir, sering keluar sisa air ketuban, yang tidak keluar waktu ketuban pecah, kadang-kadang bercampur darah.
- k. Lama kala II pada primi $\pm$ 50 menit pada multi $\pm$ 20 menit.

5. Tanda-Tanda Pada Kala III

- a. Setelah anak lahir his berhenti sebentar, tetapi setelah beberapa menit timbul lagi disebut "his pengeluaran uri" yaitu his yang melepaskan uri sehingga terletak pada segmen bawah rahim (SBR) atau bagian atas dari vagina.
- b. Setelah anak lahir uterus teraba seperti tumor yang keras, segmen atas lebar karena mengandung plasenta, fundus uteri teraba sedikit di bawah pusat.
- c. Bila plasenta telah lepas bentuk uterus menjadi bundar dan tetap bundar hingga perubahan bentuk ini dapat diambil sebagai tanda pelepasan plasenta.
- d. Jika keadaan ini dibiarkan, maka setelah plasenta lepas fundus uteri naik sedikit hingga setinggi pusat atau lebih dan bagian tali pusat di luar vulva menjadi lebih panjang.
- e. Naiknya fundus uteri disebabkan karena plasenta jatuh dalam SBR atau bagian atas vagina dan dengan demikian mengangkat uterus yang berkontraksi dengan sendirinya akibat lepasnya plasenta maka bagian tali pusat yang lahir menjadi panjang.
- f. Lamanya kala uri $\pm 8,5$ menit, dan pelepasan plasenta hanya memakan waktu 2 - 3 menit.

2.2.4 Manajemen kala I sampai IV

Menurut yuni firtiana 2022 ada beberapa hal yang perlu diperlakukan dalam penanganan persalinan kala I ini yaitu :

1. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik ini dilakukan untuk menilai tingkat kesehatan dan kenyamanan fisik ibu dan bayinya sebagai dasar untuk menentukan keputusan klinik. Selain itu, juga untuk menentukan diagnosis serta mengembangkan rencana asuhan yang paling sesuai dengan kondisi ibu bersalin dan bayinya. Hal-hal yang diperiksa adalah sebagai berikut.

a. Pemeriksaan Abdomen

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menentukan TFU, memantau kontraksi uterus, memantau DJJ, menentukan presentasi, dan menentukan penurunan bagian terbawah janin.

b. Menentukan TFU

Pada saat akan menentukan TFU, pastikan tidak ada kontraksi. Bidan mulai mengukur TFU dengan pita pengukur mulai dari atas simpisis rentangkan hingga fundus uteri mengikuti aksisi atau linea medialis pada abdomen.

C. Memantau Kontraksi Uterus

Proses pemantauan kontraksi uterus dilakukan dengan menggunakan jarum detik. Letakkan tangan di atas uterus dan rasakan jumlah kontraksi yang terjadi dalam kurun waktu 10 menit. Tentukan durasi setiap kontraksi yang berlangsung. Pada fase aktif, minimal terjadi 2x kontraksi dalam 10 menit, lama kontraksi kira-

kira 40 detik atau lebih.

2. Pemeriksaan Janin

Pemeriksaan janin ini dilakukan untuk mengetahui kondisi janin yang ada di kandungan ibu. Pemeriksaan tersebut di antaranya.

a. Pemantauan DJJ

Pemantauan DJJ dilakukan dengan menggunakan jarum detik dan sebuah fetoskop pinard atau dopler. Fetoskop digunakan untuk mendengarkan DJJ yang dihantarkan melalui dinding abdomen. Selanjutnya, bidan menentukan punctum maximum dari DJJ. Berilah penilaian terhadap DJJ selama kontraksi uterus terjadi. Dengarkan DJJ selama minimal 60 detik. Jika DJJ kurang dari 120 atau lebih dari 160 kemungkinan ada gangguan sirkulasi uteroplacental pada janin. Namun, apabila DJJ kurang dari 100 atau lebih dari 180, bidan harus segera membaringkan ibu ke sisi kiri dan anjurkan ibu untuk santai. Lakukan penilaian ulang DJJ selama 15 menit kemudian untuk menentukan apakah DJJ tetap abnormal. Apabila selama waktu itu DJJ belum mengalami perbaikan, maka siapkan untuk segera dirujuk.

Dalam menentukan presentasi, bidan hendaknya melakukan langkah-langkah sebagai berikut.

- 1) Pemeriksaan dilakukan dengan berdiri di samping ibu, menghadap ke arah kepalanya, dan lutut ditekuk.
- 2) Pegang bagian bawah abdomen ibu tepat di atas symphysis pubis dengan ibu jari dan jari tengah dari satu tangan. Dengan demikian, bagian bawah janin atau persentasi dapat diraba.
- 3) Jika bagian bawah janin belum masuk PAP, bagian tersebut

masih dapat digoyangkan. Sebaliknya, jika bagian bawah janin sudah masuk PAP maka bagian tersebut tidak dapat digoyangkan lagi.

- 4) Pertimbangkan bentuk, ukuran, dan kepadatan bagian tersebut untuk menentukan bagian bawah janin. Jika bulat, keras, dan mudah digoyangkan mungkin presentasi kepala. Jika tidak beraturan, lebih besar, tidak keras & sulit digoyangkan mungkin bokong. Presentasi sungsang berarti terbalik dan diidentifikasi dengan bokong sebagai kebalikan kepala.
- 5) Jika presentasi bukan kepala, lihat kewenangan bidan dan nilai kemampuan diri sendiri.

b. Menentukan Bagian Terendah Janin

Bidan seharusnya melakukan penilaian terhadap penurunan kepala janin (jika presentasi kepala) dengan hitungan perlima bagian kepala janin yang bisa dipalpasi di atas symphysis pubis. Kepala janin dapat dibagi menjadi beberapa bagian, yaitu:

- 1) Bagian 5/5, jika seluruh kepala janin dapat diraba di atas symphysis pubis.
- 2) Bagian 4/5, jika sebagian besar kepala janin berada diatas symphysis pubis (dapat diraba 4 jari).
- 3) Bagian 3/5, jika 3 jari bagian kepala janin berada diatas symphysis.

- 4) Bagian 2/5, jika 2 jari bagian kepala janin berada diatas symphysis berarti hampir seluruh kepala turun kedalam panggul (bulatnya tidak dapat diraba dan kepala janin sudah tidak dapat digoyangkan).
- 5) Bagian 1/5, jika hanya 1 jari bagian kepala janin teraba diatas symphysis.
- 6) Bagian, 0/5, jika kepala sudah tidak teraba dari luar (seluruh kepala sudah masuk panggul). Pada tahapan ini apabila ibu mengalami beberapa kesusahan. Misalnya, mempunyai riwayat bedah sesar, perdarahan pervaginaan, persalinan kurang bulan, ketuban pecah dengan meconium kental, ketuban pecah terlalu lama, ketuban pecah pada persalinan kurang bulan, icterus, anemia berat. Tanda gejala infeksi, preklamsia atau hipertensi dalam kehamilan, TFU 40 cm atau lebih, gawat janin, primipara dalam fase aktif persalinan dengan palpasi kepala janin masih 5/5, presentasi majemuk, presentasi bukan belakang kepala, kehamilan ganda, tali pusat menumbang, dan syok maka ibu bersalin harus segera dirujuk.

C. Menentukan Diagnosa atau Menetapkan Normalitas Kehamilan

Setelah pemeriksaan selesai, tentukan diagnosa. Pada pemeriksaan kehamilan tidak cukup kita membuat diagnosa kehamilan saja, tetapi kita harus dapat menjawab pertanyaan sebagai berikut.

- 1) Hamil atau tidak.
- 2) Primi atau multigravida.
- 3) Tuanya kehamilan.
- 4) Anak hidup atau mati.
- 5) Anak tunggal atau kembar.
- 6) Letak anak.
- 7) Anak intra uterin atau ekstra uterin.
- 8) Keadaan jalan lahir.
- 9) Keadaan umum penderita.

d. Hamil atau Tidak

Selesai menetapkan normalitas kehamilan, bidan selanjutnya menentukan apakah pasien hamil atau tidak. Hamil tidaknya seseorang dapat dikenali dengan tanda-tanda di bawah ini.

1) Tanda pasti, yaitu didapatkan setelah didapatkan hasil yang obyektif dari pemeriksaan. Tanda-tanda-nya adalah mendengar DJJ, melihat, meraba, mendengar pergerakan janin, dan melihat rangka janin melalui USG.

2) Tanda mungkin, yaitu yang dikenali dari hal-hal yang terjadi di luar tanda pasti. Tanda-tanda mungkin kehamilan di antaranya.

- a) Pembesaran, perubahan bentuk dan konsistensi rahim, uterus membesar, bentuk rahim bundar, konsistensi menjadi lunak disebut

tanda hegar.

b) Perubahan pada serviks: menjadi lunak, diluar kehamilan: keras.

c) Kontraksi Braxton Hicks: saat palpasi atau VT; rahim yang lunak tiba-tiba menjadi keras karena berkontraksi.

d) Ballotement: pada bulan ke 4 dan 5: janin kecil dibanding dg.banyaknya air ketuban,bila rahim digoyang tiba2 akan melenting, karena seluruh badan janin yang melenting disebut ballotement intoto.

e) Meraba bag anak: dapat dilakukan bila anak sudah besar, kadang-kadang tumor padat seperti: myoma, fibroma dll dapat menyerupai bentuk anak.

f) Pembesaran perut.

g) Cioasma gravidarum.

h) Adanya amenorrhoe: bisa disebabkan oleh hal2 lain seperti: TBC, tifus, dan psikis.

i) Mual dan muntah, ibu merasakan pergerakan Janin.

j) Sering kencing.

k) Perasaan dada berisi dan agak nyeri.

2.2.5 Asuhan sayang ibu

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang diberikan seorang bidan atau pendamping persalinan lainnya dengan menghargai budaya,kepercayaan,dan keinginan ibu bersalin, Cara yang paling mudah membayangkan mengenai Asuhan Sayang Ibu adalah dengan menanyakan

pada diri kita sendiri, "Seperti inilah asuhan yang ingin saya dapatkan?" atau "Apakah asuhan yang seperti ini yang saya inginkan untuk keluarga saya yang sedang hamil? (yuni fitriana S. d., 2022)

1. Prinsip-Prinsip Umum Sayang Ibu

Pemberian asuhan sayang yang diberikan kepada ibu bersalin harus berdasarkan prinsip-prinsip berikut.

- a. Menyapa ibu dengan ramah dan sopan, bersikap, bertin dak dengan tenang, dan berikan dukungan penuh selama persalinan sampai kelahiran bayi.
- b. Menjawab setiap pertanyaan yang diajukan oleh ibu atau anggota keluarga.
- c. Menganjurkan suami atau anggota keluarga ibu untuk hadir dan memberikan dukungannya.
- d. Mewaspada tanda-tanda penyulit selama persalinan dan melakukan tindakan yang sesuai jika diperlukan. Selalu siap dengan rencana rujukan.

2. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kelancaran Asuhan Sayang Ibu

a Penolong yang terampil. Penolong persalinan hendaknya memiliki kemampuan, keterampilan, dan pengetahuan yang baik agar persalinan pun dapat berjalan dengan lancar. Pengetahuan dan keterampilan yang harus dimiliki seorang penolong persalinan di antaranya adalah penatalaksanaan persalinan, kelahiran, masa nifas, mengetahui komplikasi-komplikasi serta

segala penanganannya, mengetahui prosedur pendiagnosisan, penatalaksanaa atau pedoman rujukan ibu, dan bayi ke tingkat asuhan yang lebih tinggi.

b. Kesiapan menghadapi kelahiran dan kesiapan meng dapi komplikasi bagi ibu dan keluarganya, Hal yang harus diperhatikan dalam menghadapi kelahira dan komplikasi adalah dengan mengenali tanda-tanda bahaya, merencanakan penatalaksanaan komplikas menghemat uang atau mengakses dana, mengatur transportasi, merencanakan rute, merencanakan tempat untuk melahirkan, memilih pemberian asuha yang tepat, mengikuti instruksi untuk asuhan diri sendiri.

c. Kesiapan menghadapi kelahiran dan kesiapan mengha dapi komplikasi bagi pemberi asuhan. Seorang tenaga medis yang akan memberi asuhan harus siap dan bisa melakukan hal-hal di bawah ini.

- 1) Mendiagnosis dan menatalaksana masalah dan kom-plikasi dengan aktual dan tepat waktu.
- 2) Mengatur rujukan ke tingkat asuhan yang lebih tinggi bila diperlukan.
- 3) Memberikan konseling untuk berpusat pada ibu tentang kesiapan menghadapi persalinan dan kelahi-ran serta kesiapan menghadapi komplikasinya.
- 4) Mendidik masyarakat mengenai keisiapan mengha-dapi persalinan dan kelahiran serta mengenai kesia-pan menghadapi persalinan.
- 5) Mengenali dan merespon tanda-tanda bahaya.

- 6) Menyusun rencana serta menentukan siapa yang berwenang untuk mengambil keputusan disaat keadaan darurat
- 7) Membuat rencana untuk segera dapat mengakses dana (tabungan atau dana masyarakat).
- 8) Mengidentifikasi dan merencanakan upaya yang harus dilakukan untuk mendapatkan darah atau donor darah dengan segera bila diperlukan.

2.2.6 Partograf

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan. Tujuan utama penggunaan partograf adalah untuk mencapai hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui VT dan mendeteksi dini adanya kemungkinan partus lama.

(yuni fitriana S. d., 2022)

a. Fungsi Partograf

Apabila digunakan secara tepat, partograf akan membantu penolong persalinan untuk.

- 5) Mencatat kemajuan persalinan.
- 6) Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran.
- 7) Menggunakan informasi yang tercatat untuk secara dini mengidentifikasi adanya penyulit.
- 8) Menggunakan informasi yang ada untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu partograf harus digunakan.
- 9) Untuk semua ibu dalam fase aktif kala I persalinan sebagai elemen

penting asuhan persalinan. Partograf hrs digunakan baik tanpa ataupun adanya penyulit. Partograf akan memantau penolong persalinan dalam memantau penolong persalinan dalam memantau,mengevaluasi,dan membantu keputusan klinik baik persalinan normal maupun disertai dengan penyulit.

10) Selama persalinan dan kelahiran disemua tempat (rumah, puskesmas, BPS, rumah sakit, dll).

11) Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama bersalin dan kelahiran (Sp. OG, bidan, dokter umum, residen, mahasiswa).

b. Waktu Pengisian Partograf

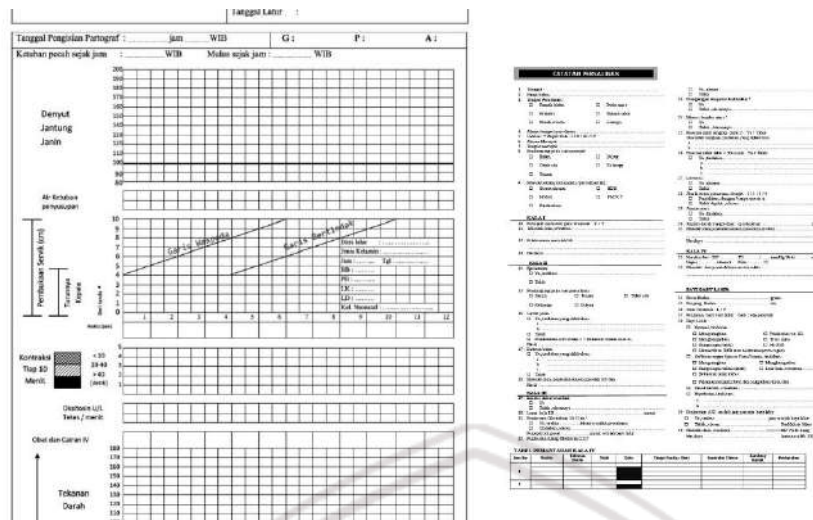
Waktu yang tepat untuk pengisian partograf adalah saat proses persalinan telah berada dalam kalal fase aktif, yaitu saat mulai terjainya pembukaan serviks dari 4 sampai 10 cm dan berakhir pada pemantauan kala IV.(yuni fitriana S.d.,2022)

C. Pengisian Lembar Depan Partograf

Partograf dapat dikatakan sebagai data yang lengkap bila seluruh informasi ibu, kondisi janin, kemajuan persalinan, waktu dan jam, kontraksi uterus, kondisi ibu, obat-obatan yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, keputusan klinik, dan asuhan atau tindakan yang dibe-rikan telat dicatat secara rinci sesuai dengan cara penca-tatan partograf. Berikut ini adalah hal-hal yang perlu dicatat dalam partograf.

(yuni fitriana S. d., 2022)

- 1) Informasi tentang ibu seperti : nama dan umur,gravida,para,abortus,no catatan medik atau nomor puskesmas,tanggal dan waktu mulai dirawat,waktu pecahnya selaput ketuban
- 2) Kondisi janin seperti : Djj,warna dan adanya air ketuban,penyusupan(molase) kepala janin,
- 3) Kemajuan persalinan seperti : pembukaan serviks,penurunan bagian terbawah atau presentasi janin,garis waspada dan garis bertindak.
- 4) Waktu dan jam : waktu mulainya fase aktif persalinan,waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian
- 5) Kontraksi uterus : frekuensi kontraksi dan lama kontraksi
- 6) Obat-obatan yang diberikan seperti : oksitosin dan obat-obatan lainnya dan cairan iv yang diberikan
- 7) Kondisi ibu seperti : Ttv, volume urine,protein,aseton, pengisian lembar belakang patograf,faktor-faktor yang mempengaruhi pengisian patograf



Gambar 2. 3 Patograf

2.2.7 Tanda bahaya persalinan

Menurut buku Kia 2025 tanda bahaya pada persalinan yaitu pendarahan pada jalan lahir, ibu mengalami kejang, air ketuban hijau dan berbau, tali pusar atau tangan bayi keluar dari jalan lahir, ibu gelisah atau mengalami kesakitan yang hebat, ibu tidak kuat mengejan.

2.2.8 komplikasi obstetric

Menurut Elisabeth Siwi 2022, kegawatdaruratan adalah mencakup diagnosis dan tindakan terhadap semua pasien yang memerlukan perawatan yang tidak direncanakan dan mendadak atau terhadap pasien dengan penyakit atau cedera akut untuk menekan angka kesakitan dan kematian pasien adapun macam macam kegawatdaruratan obstetric yaitu :

- Abortus adalah kondisi dimana berakhirnya kehamilan oleh akibat tertentu pada sebelum kehamilan tersebut berusia 22

minggu atau buah kehamilan belum mampu untuk hidup di luar kandungan, abortus di klasifikasikan menjadi beberapa bagian, antara lain

- Abortus komplet adalah seluruh hasil konsepsi keluar dari rahim pada kehamilan kurang dari 20 minggu
- Abortus inkomplit adalah sebagian hasil konsepsi telah keluar dari rahim tapi masih ada yang tertinggal
- Abortus inisipiens adalah abortus yang sedang mengancam yang ditandai dengan serviks yang telah mendatar, sedangkan hasil konsepsi masih berada lengkap berada didalam rahim.
- Abortus iminens adalah tingkat permulaan, terjadi pendarahan pervaginam, sedangkan jalan lahir masih tertutup dan hasil konsepsi masih baik didalam rahim.
- Missed Abortion Abortus yang ditandai dengan embrio atau fetus telah meninggal dalam kandungan sebelum kehamilan 20 minggu dan hasil konsepsi seluruhnya masih dalam kandungan.
- Abortus Habitualis Abortus yang terjadi sebanyak tiga kali berturut turut atau lebih.
- Abortus Infeksius Abortus yang disertai infeksi organ genitalia.
- . Abortus Septik Abortus yang terinfeksi dengan penyebaran

mikroorganisme dan produknya ke dalam sirkulasi sistemik ibu

2. Mola hidatidosa (kista vesikular)

Mola hidatidosa (hamil anggur) adalah suatu massa atau pertumbuhan di dalam rahim yang terjadi pada awal kehamilan. mola hidatidosa dibagi menjadi 2 jenis yaitu mola hidatidosa sempurna dan mola hidatidosa parsial

3. Kehamilan ektopik

Adalah implantasi dan pertumbuhan hasil konsepsi diluar endometrium uteri.

4. Plasenta previa

Adalah plasenta yang letaknya abnormal, yaitu pada segmen bawah uterus sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir.

5. Solusio plasenta

Adalah lepasnya plasenta sebagian atau seluruh jaringan plasenta yang berimplantasi normal pada kehamilan diatas 22 minggu dan sebelum anak lahir

6. Retensio plasenta

Adalah keadaan dimana plasenta belum lahir dalam waktu 1 jam setelah bayi lahir, diagnosis ditegakkan berdasarkan adanya plasenta tidak lahir spontan atau

tidak yakin apakah plasenta lengkap.

7. Preeklamsia

Pre-eklampsia adalah hipertensi yang timbul setelah 20 minggu kehamilan disertai dengan proteinuria. Pre-eklamsia dan eklamsia, merupakan kesatuan penyakit, yakni yang langsung disebabkan oleh kehamilan, walaupun belum jelas bagaimana hal itu terjadi. Pre eklamsia diikuti dengan timbulnya hipertensi disertai protein urin dan oedema akibat kehamilan setelah usia kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan. Diagnosis pre-eklamsia ditegakkan berdasarkan adanya dua dari tiga gejala, yaitu penambahan berat badan yang berlebihan, oedema, hipertensi dan proteinuria. Penambahan berat badan yang berlebihan bila terjadi kenaikan 1 Kg seminggu berapa kali. Oedema terlihat sebagai peningkatan berat badan, pembengkakan kaki, jari tangan, dan muka. Tekanan darah $> 140/90$ mmHg atau tekanan sistolik meningkat >30 mmHg atau tekanan diastolik >15 mmHg yang diukur setelah pasien beristirahat selama 30 menit.

8. HPP (Hemorrhagic postpartum)

Perdarahan setelah melahirkan atau hemorrhagic post

partum (HPP) adalah konsekuensi perdarahan berlebihan dari tempat implantasi plasenta, trauma di traktus genitalia dan struktur sekitarnya, atau keduanya. Efek perdarahan banyak bergantung pada volume darah pada sebelum hamil dan derajat anemia saat kelahiran. Gambaran perdarahan post partum yang dapat mengecohkan adalah nadi dan tekanan darah yang masih dalam batas normal sampai terjadi kehilangan darah yang sangat banyak. Penyebabnya yaitu

- a. Atonia uteri Keadaan lemahnya tonus/konstraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terutama dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir. Pada atonia uteri uterus tidak mengadakan kontraksi dengan baik, dan ini merupakan sebab utama dari perdarahan post partum.
- b. Retensio plasenta plasenta tertinggal dalam uterus 30 menit setelah anak lahir. Plasenta yang sukar dilepaskan dengan pertolongan aktif kala III dapat disebabkan oleh adhesi yang kuat antara plasenta dan uterus.
- c. Robekan jalan lahir Perdarahan dalam keadaan dimana plasenta telah lahir lengkap dan kontraksi rahim baik, dapat dipastikan bahwa perdarahan tersebut berasal dari perlekatan jalan lahir.

2.2.9 Indikasi dan manajemen rujukan

Menurut Elisabeth Siwi 2022, Rujukan kebidanan adalah kegiatan pemindahan tanggungjawab terhadap kondisi klien/pasien ke fasilitas pelayanan yang lebih memadai (tenaga atau pengetahuan, obat, dan peralatannya).

A. Jenis-jenis Rujukan

1. Rujukan Medik

Yaitu pelimpahan tanggung jawab secara timbal balik atas satu kasus yang timbul baik secara vertical maupun horizontal kepada yang lebih berwenang dan mampu menangani secara rasional. (elisabeth siwi walyani, 2022)

Jenis rujukan medic antara lain:

- a. Transfer of patient. Konsultasi penderita untuk keperluan diagnostic, pengobatan, tindakan operatif dan lain-lain.
- b. Transfer of specimen. Pengiriman bahan (spesimen) untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap.
- c. Transfer of knowledge/personal. Pengiriman tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk meningkatkan mutu layanan setempat.

2. Rujukan Kesehatan

Yaitu hubungan dalam pengiriman, pemeriksaan bahan atau specimen ke fasilitas yang lebih mampu dan lengkap. Ini adalah rujukan yang menyangkut masalah kesehatan yang sifatnya pencegahan penyakit (preventif) dan peningkatan kesehatan (promotif). Rujukan ini mencakup rujukan teknologi, sarana dan operasional. (elisabeth siwi walyani, 2022)

B. Persiapan dan Mekanisme Rujukan

1. Persiapan Rujukan Persiapan yang harus diperhatikan dalam melakukan rujukan, disingkat "BAKSOKU" yang dijabarkan sebagai berikut: (elisabeth siwi walyani, 2022)

a. B (Bidan)

Pastikan ibu /bayi/klien didampingi oleh tenaga kesehatan yang kompeten dan memiliki kemampuan untuk melaksanakan kegawatdaruratan

b. Alat

Bawa perlengkapan dan bahan-bahan yang diperlukan, seperti spuit, infus set, tensimeter, dan stetoskop

c. K (Keluarga) Beritahu keluarga tentang kondisi terakhir ibu (klien) dan alasan mengapa dirujuk. Suami dan anggota keluarga yang lain diusahakan untuk dapat menyertai Ibu (klien) ke tempat rujukan.

d. S (Surat)

Beri surat ke tempat rujukan yang berisi identifikasi ibu (klien), alasan rujukan, uraian hasil rujukan, asuhan, atau obat-obat yang telah diterima ibu (klien)

2. Mekanisme Rujukan

a. Menentukan kegawatdaruratan pada tingkat kader, bidan desa, puskesmas dan puskesmas. (elisabeth siwi walyani, 2022)

- 1) Pada tingkat kader Bila ditemukan penderita yang tidak dapat ditangani sendiri maka segera dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat karena mereka belum dapat menetapkan tingkat

kegawatdaruratan.

2) Pada tingkat bidan desa, puskesmas pembantu dan puskesmas Tenaga kesehatan 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 tujuan rujukan Prinsip dalam menentukan tempat rujukan adalah fasilitas pelayanan yang mempunyai kewenangan terdekat, termasuk fasilitas pelayanan swasta dengan tidak mengabaikan kesediaan dan kemampuan penderita.
- c. Memberikan informasi kepada penderita dan keluarganya Klien dan keluarga perlu diberikan informasi tentang perlunya penderita segera dirujuk untuk mendapatkan pertolongan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu.
- d. Mengirimkan informasi pada tempat rujukan yang dituju melalui telepon atau radio komunikasi pelayanan kesehatan yang lebih mampu.
- e. Persiapan penderita

Sebelum dikirim keadaan umum penderita harus diperbaiki terlebih dahulu atau dilakukan stabilisasi. Keadaan umum ini perlu dipertahankan selama dalam perjalanan. Surat rujukan harus dipersiapkan sesuai dengan format rujukan dan seorang bidan harus mendampingi penderita dalam perjalanan sampai ke tempat rujukan.

f. Pengiriman penderita

Untuk mempercepat sampai ke tujuan, perlu diupayakan kendaraan/sarana transportasi yang tersedia untuk mengangkut penderita.

g- Tindak lanjut penderita

- 1) Untuk penderita yang telah dikembalikan dan memerlukan tindak lanjut, dilakukan tindakan sesuai dengan saran yang diberikan.
- 2) Bagi penderita yang memerlukan tindak lanjut tapi tidak melapor, maka perlu dilakukan kunjungan rumah.

C. Rujukan Klien/Pasien pada Kasus Patologis

Yakni suatu pelimpahan tanggung jawab timbal balik atas kasus kebidanan atau dengan penyakit penyerta atau komplikasi yang memerlukan pelayanan dengan menggunakan pengetahuan, fasilitas, dan peralatan yang memadai, atau kondisi klien/pasien di luar kewenangan bidan.

1.Indikasi perujukan ibu yaitu:

- Riwayat seksio sesaria
- Perdarahan per vaginam.
- Persalinan kurang bulan (usia kehamilan < 37 minggu)
- Ketuban pecah dengan mekonium yang kental
- Ketuban pecah lama (lebih kurang 24 jam)
- Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan
- Ikterus

- Anemia berat
- Tanda/gejala infeksi
- Preeklamsia/hipertensi dalam kehamilan
- Tinggi fundus uteri 40 cm atau lebih
- Primipara dalam fase aktif persalinan dengan palpasi kepala janin masuk 5/5
- Presentasi bukan belakang kepala
- Kehamilan gemeli
- Presentasi majemuk
- Tali pusat menumbung
- Syok

Pendekatan yang digunakan dalam memberikan asuhan kebidanan kepada klien sesuai dengan Pedoman Asuhan Kebidanan pada Kasus Rujukan Ibu Hamil, Bersalin, Nifas, dan Bayi Baru Lahir dan Standar Asuhan Kebidanan Kepmenkes Nomor 938 tahun 2007, di mana pengambilan keputusan klinis bidan diambil berdasarkan hasil pengkajian melalui anamnesa dan pemeriksaan fisik, kemudian dirumuskan diagnosa kebidanan berdasarkan permasalahan yang ditemui. Setelah diagnosis dibuat, maka diberikan intervensi sesuai dengan prioritas kegawatan kondisi ibu dan janin, sesuai kewenangan bidan, dan kewenangan tempat pelayanan dasar, PONED serta PONEK. Kemudian pencatatan asuhan pada formulir/status klien/ Rekam

medis yang digunakan.

D. Konsep Rujukan Neonatus

Yakni suatu sistem yang memberikan suatu gambaran tata cara pengiriman Neonatus risiko tinggi dari tempat yang kurang mampu memberikan penanganan ke Rumah Sakit yang dianggap mempunyai fasilitas yang lebih mampu dalam hal penatalaksanaannya secara menyeluruh (yaitu mempunyai fasilitas yang lebih, dalam hal tenaga medis, laboratorium, perawatan dan pengobatan). (elisabeth siwi walyani, 2022)

1.identifikasi ibu dengan kehamilan berisiko:

- KPD
- Amnion tercemar mekonium
- Kelahiran prematur <37 Mg
- Kelahiran postmatur >42mg
- Toksemia
- Sungsang
- Primigravida muda (<17 Th)
- Primigravida tua (>35 Th)
- Kehamilan kembar
- Ketidakcocokan golongan darah
- Hipertensi

- Penyakit jantung OD ibu
- Penyakit ginjal pada ibu
- Dicurigai ada kelainan bawaan
- Ibu demam/sakit
- Perdarahan ibu
- Kecanduan obat-obatan
- Penyakit epilepsi pada ibu
- Komplikasi obstetri lain

2.3 Postpartum (Nifas)

a. Pengertian Masa Nifas

menurut Elisabeth Siwi 2022. Masa nifas adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu.

b. Tujuan Masa nifas

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis
- 2) Mendeteksi masalah, mengobati, dan merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, imunisasi serta

perawatan bayi sehari-hari

4) Memberikan pelayanan KB.

c. Peran Bidan Pada masa nifas

1) Memberikan dukungan yang terus menerus selama masa nifas yang baik dan sesuai dengan kebutuhan ibu agar mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama persalinan dan nifas

2) Sebagai promotor hubungan yang erat antara ibu dan bayi secara fisik dan psikologis

3) Mengondisikan ibu untuk menyusui bayinya dengan cara rasa nyaman

d. Tahapan masa nifas

Masa nifas dibagi menjadi 3 tahap, yaitu:

1) Puerperium dini, yaitu kepulihan di mana ibu dibolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan

2) Puerperium intermedial, yaitu kepulihan dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih 6 minggu

3) Remote puerperium, yakni waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu waktu hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi

d. Kebijakan program nasional masa nifas

Kebijakan program nasional pada masa nifas yaitu paling sedikit 4 kali melakukan kunjungan pada masa nifas, dengan tujuan untuk: (elisabeth siwi walyani, 2022)

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

e. Masa nifas (0–42 hari)

2. Waktu 6-8 jam setelah persalinan (elisabeth siwi walyani, 2022)
3. Mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifas
4. Mendeteksi dan merawat penyebab lain pendarahan dan memberikan rujukan bila perdarahan berlanjut
5. Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
6. Pemberian asi pada masa awal menjadi ibu

7. Mengajarkan ibu untuk mempererat ubungan antara ibu dengan bayi baru lahir
8. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi

F.6 hari setelah persalinan

- Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi. fundus di bawah umbilicus tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau
- Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau kelainan pascamelahirkan
- Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat
- Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit
- Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan menjaga bayi agar tetap hangat
- 2 minggu setelah persalinan sama seperti 6 hari setelah persalinan
- 6 minggu setelah persalinan
 1. Menanyakan kepada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami atau bayinya
 2. Memberikan konseling untuk kb secara dini

2.3.1 Perubahan fisiologis ibu setelah melahirkan

a. Perubahan Sistem Reproduksi (menurut Elisabeth Siwi 2022)

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

1) Uterus

Segera setelah lahirnya plasenta, pada uterus yang berkontraksi posisi fundus uteri berada kurang lebih pertengahan antara umbilicus dan simpisis, atau sedikit lebih tinggi. Kontraksi adalah sama dengan kontraksi sewaktu persalinan, hanya saja sekarang tujuannya berbeda. Sebagaimana diketahui, ketika uterus berkontraksi, seorang wanita akan merasakan mules. Inilah yang disebut nyeri setelah melahirkan. Hal ini akan berlangsung 2 hingga 3 hari setelah melahirkan.

Proses involusi uterus (proses pengembalian uterus ke keadaan sebelum hamil), adalah sebagai berikut:

a) Iskemia miometrium

Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.

b) Atrofi jaringan

Terjadi sebagai reaksi penghentian hormon estrogen saat plasenta lahir.

c) Autolysis

Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama

kehamilan. Ini disebabkan karena penurunan hormon progesteron dan estrogen.

d) Efek oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu mengurangi tempat implantasi plasenta serta mengurangi pendarahan.

2) Lochia

Berikut ini adalah beberapa jenis lochia yang terdapat pada wanita pada masa nifas:

- a) Lochia rubra (cruenta) berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, vernik caseosa, lanugo, mekonium selama 2 hari pasca persalinan.
- b) Lochia sanguilenta berwarna merah kuning berisi darah dan lender yang keluar pada hari ke-3 sampai ke-7 pasca persalinan.
- c) Lochia serosa adalah lochia berikutnya. Dimulai dengan versi yang lebih pucat dari lochia rubra. Cairan tidak berdarah lagi pada hari ke-7 sampai hari ke-14 pascapersalinan.
- d) Lochia alba adalah lochia yang terakhir dimulai dari hari ke-14 kemudian makin lama makin sedikit hingga sama sekali berhenti sampai satu atau dua minggu berikutnya.

Umumnya jumlah lochia yang keluar lebih sedikit bila wanita postpartum

dalam posisi berbaring daripada berdiri. Hal ini akibat pembuangan bersatu di vagina bagian atas saat wanita dalam posisi berbaring dan kemudian akan mengalir keluar saat berdiri. Total jumlah rata-rata pengeluaran lokia sekitar 250-270 ml. (elisabeth siwi walyani, 2022)

3) Perineum

Perineum adalah daerah antara vulva dan anus. Biasanya setelah melahirkan, perineum menjadi agak bengkak/edema dan mungkin ada luka jahitan bekas robekan atau episiotomi, yaitu sayatan untuk memperluas pengeluaran bayi.

4) Vulva dan vagina

Dalam beberapa hari pertama sesudah proses melahirkan Vulva dan vagina dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu melahirkan vulva dan vagina kembali pada keadaan semula dan rugae dalam vagina berangsur-angsur akan muncul kembali. (elisabeth siwi walyani, 2022).

b. Perubahan Sistem Pencernaan

Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain:

1) Nafsu makan

Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar estrogen dan progesteron menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama 1-2 hari.

2) Mortalitas

Secara khas, penurunan tonus dan mortalitas otot traktus cerna dan anastesi bisa memperlambat pengembalian tonus ke keadaan normal.

3) Pengosongan usus

Ibu sering mengalami konstipasi hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pospartum, diare sebelum persalinan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid ataupun laserasi jalan lahir. (elisabeth siwi walyani, 2022)

Beberapa cara agar ibu dapat BAB kembali teratur, yaitu:

- 1) Pemberian diet atau makanan yang mengandung serat
- 2) Pemberian cairan yang cukup
- 3) Pengetahuan tentang pola eliminasi pascamelahirkan
- 4) Pengetahuan perawatan tentang luka jahitan
- 5) Bila usaha di atas tidak berhasil dapat diberikan huknah

C. Perubahan Sistem Perkemihan

Fungsi ginjal kembali normal pada waktu 1 bulan setelah melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Hal yang berkaitan dengan fungsi sistem perkemihan, antara lain: (elisabeth siwi walyani, 2022)

1) Hemostatis internal

Beberapa hal yang berkaitan dengan cairan tubuh antara lain edema

dan dehidrasi. Edema adalah tertimbunnya cairan jaringan akibat gangguan keseimbangan cairan dalam tubuh. Dehidrasi adalah kekurangan cairan atau volume air yang terjadi pada tubuh karena pengeluaran yang berlebihan dan tidak diganti.

2) Keseimbangan asam basa Batas normal pH cairan tubuh adalah 7,35-7,40. Bila $pH > 7,4$ disebut alkalosis dan jika $pH < 7,35$ disebut asidosis.

3) Pengeluaran sisa metabolisme, racun dan zat toksin ginjal Ginjal mengekskresi hasil akhir metabolisme protein yang mengandung nitrogen terutama urea, asam urat, dan kreatinin.

d. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Adaptasi sistem muskuloskeletal pada masa nifas, meliputi:

1) Dinding perut dan peritonium

Dinding perut akan longgar pascapersalinan akan pulih dalam waktu 6 minggu.

2) Kulit abdomen

Lamam hamil kulit abdomen akan melebar, melonggar, dan mengendur hingga berbulan-bulan. Otot-otot dinding abdomen akan kembali normal dalam beberapa minggu pasca persalinan dengan latihan post natal.

3) Striae

Striae pada dinding abdomen tidak akan menghilang sempurna

melainkan akan membentuk garis lurus yang samar. Tingkat dilatasi muskulus rektum abdominis pada ibu postpartum dapat dikaji melalui keadaan umum, aktivitas, paritas, dan jarak kehamilan, sehingga dapat membantu menentukan lama pengembalian tonus otot menjadi normal.

4) Perubahan ligamen

Setelah jalan lahir, ligamen-ligamen, diafragma pelvis, dan fascia merenggang sewaktu kehamilan dan partus berangsur-angsur menciut kembali seperti sediakala. Tidak jarang ligamen rotundum menjadi kendur mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi.

5) Simpisis pubis

Pemisahan simpisis pubis jarang terjadi. Namun demikian hal ini dapat menyebabkan morbiditas maternal. Gejala dari pemisahan simpisis antara lain: nyeri tekan pada pubis disertai peningkatan nyeri saat bergerak ditempat tidur ataupun saat bergerak. Gejala ini dapat menghilang setelah beberapa minggu atau bulan pasca melahirkan, bahkan ada yang menetap.

e. Perubahan Tanda-tanda Vital

1) Suhu Badan

24 jam postpartum suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan, apabila keadaan normal suhu badan akan biasa lagi. Nifas

dianggap terganggu kalau ada demam lebih dari 38°C pada 2 hari berturut-turut pada 10 hari yang pertama postpartum. (elisabeth siwi walyani, 2022)

2) Nadi

Denyut nadi normal orang dewasa 60-80 kali/menit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi akan naik, lebih cepat.

3) Tekanan Darah

Biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah pada postpartum dapat menandakan terjadinya preeklamsi postpartum.

4) Pernapasan

Keadaan pernapasan akan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Apabila suhu dan denyut nadi tidak normal pernapasan juga akan mengikutinya kecuali ada gangguan khusus pada gangguan pernapasan.

f. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

1) Volume darah

Perubahan volume darah bergantung pada beberapa faktor, misalnya kehilangan darah selama melahirkan dan mobilisasi, serta pengeluaran cairan ekstrasvaskuler (edema fisiologis). Pada minggu ke-3 dan ke-4 setelah bayi lahir volume darah biasanya menurun sampai mencapai volume darah sebelum hamil. Pada persalihan pervaginam kehilangan darah sekitar 300-400 cc.

Tiga perubahan fisiologis pascapartum yang terjadi pada wanita:

- a) Hilangnya sirkulasi uteroplasenta yang mengurangi ukuran pembuluh darah maternal 10-15%.
- b) Hilangnya fungsi endokrin plasenta yang menghilangkan stimulus vasodilatasi.
- c) Terjadinya mobilisasi air ekstrasvaskuler yang disimpan selama hamil.
- d) Curah jantung

Segera setelah wanita melahirkan, keadaan ini akan meningkat bahkan lebih tinggi selama 30-60 menit karena darah yang biasanya melintas sirkulasi uteroplasenta tiba tiba kembali ke sirkulasi umum. Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun, tetapi darah lebih mengental dan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukositosis yang meningkat di mana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari setelah postpartum.

g. Perubahan Sistem Hematologi

Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun, tetapi darah lebih mengental dan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukositosis yang meningkat di mana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari setelah postpartum. (Elisabeth siwi

2022)

2.3.2 Perawatan payudara dan luka perineum

Menurut (elisabeth siwi 2022) Luka perineum adalah luka perineum karena adanya robekan jalan lahir baik karena ruptur maupun karena episiotomy pada waktu melahirkan janin. Ruptur perineum adalah robekan yang terjadi pada perineum sewaktu persalinan. Robekan jalan lahir merupakan luka atau robekan jaringan yang tidak teratur.

1. Macam-macam Luka Perineum

- a. Ruptur adalah luka pada perineum yang diakibatkan oleh rusaknya jaringan secara alamiah karena proses desakan kepala janin atau bahu pada saat proses persalinan. Banyak ruptur biasanya tidak teratur sehingga jaringan yang robek sulit dilakukan penjahitan. (elisabeth siwi 2022)
- b. Episiotomi adalah tindakan insisi pada perineum yang menyebabkan terpotongnya selaput lender vagina cincin selaput darah, jaringan pada septum rektovaginal, otot-otot dan pasiaerineum dan kulit sebelah depan perineum.

2. Derajat Perlukaan pada Perineum

- a. Derajat I: mukosa vagina, fauchette posterior, kulit perineum
- b. Derajat II: mukosa vagina, fauchette posterior, kulit perineum, otot perineum
- c. Derajat III: mukosa vagina, fauchette posterior, kulit perineum, otot perineum, otot spinter ani eksternal, dinding rectum anterior

3. Tindakan pada Luka Perineum (elisabeth siwi walyani, 2022)

a. Derajat 1: Tidak perlu dijahit jika tidak ada perdarahan dan posisi luka baik.

b. Derajat II: Jahit dan kemudian luka pada vagina dan kuli perineum ditutup dengan mengikutsertakan jaringan-jaringan di bawahnya.

c. Derajat III/IV: Penolong persalinan tidak dibekali keterampilan untuk reparasi laserasi perineum. Maka hendaknya segera merujuk ke fasilitas rujukan.

4. Penyembuhan Luka

Penyembuhan luka adalah proses penggantian dan perbaikan fungsi jaringan yang rusak. Fase-fase penyembuhan luka dibagi menjadi:

- a. Fase inflamasi, berlangsung selama 1 sampai 4 hari
- b. Fase proliferasi, berlangsung 5 sampai 20 hari
- c. Fase maturasi, berlangsung 21 sampai sebulan bahkan tahunan

Dalam penatalaksanaan bedah penyembuhan luka dibagi menjadi:

- a. Penyembuhan melalui itensi pertama (penyatuan primer). Luka dibuat secara aseptik, dengan pengrusakan jaringan minimum, dan penutupan dengan baik.
- b. Penyembuhan melalui itensi kedua (granulasi). Pada luka terjadi pembentukan pus (supurasi) atau di mana tepi luka tidak saling mearapat, proses perbaikannya kurang sederhana dan membutuhkan waktu yang lama.

c. Penyembuhan melalui itensi ketiga (sutura sekunder). Jika luka dalam baik yang belum di suture atau terlepas hal ini mengakibatkan jaringan parut yang lebih dalam dan luas. (elisabeth siwi walyani, 2022)

5. Tahapan Masa Postpartum

a. Puerperium dini

Kepulihan di mana ibu telah di perbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam di anggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

b. Puerperium intermedial

Kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.

c. Remote puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi.

6. Konsep Dasar Penyembuhan Luka Perineum

a. Pengertian perawatan luka perineum

Perawatan luka perineum adalah pemenuhan kebutuhan untuk menyehatkan daerah antara paha yang dibatasi vulva dan anus pada ibu yang dalam masa antara kelahiran placenta sampai dengan kembalinya organ genetik seperti pada waktu sebelum hamil. (elisabeth siwi walyani, 2022)

b. Tujuan perawatan perineum

1) Menjaga kebersihan daerah kemaluan

- 2) Mencegah kontaminasi dari rectum
- 3) Mengurangi rasa nyeri
- 4) Meningkatkan rasa nyaman pada ibu

c. Macam-macam perawatan perineum

1) Kompres Es

Mengisi kantong dengan es, tempatkan bungkus es dengan kain bersih pada perineum untuk mengurangi rasa nyeri.

2) Obat-obatan seperti betadin

a) Siapkan alat-alat seperti:

- Air hangat
- Waslap
- Handuk
- Sabun
- Pembalut

b) Cuci tangan

c) Lepaskan pembalut yang kotor dari depan ke belakang

d) Cuci tangan air bagian kemaluan dari depan ke belakang

e) Keringkan dengan waslap atau handuk dari depan belakang secara perlahan.

f) Olesi betadin dengan kasa/kapas dari depan ke belakang

g) Pasang pembalut wanita dari depan ke belakang

h) Rapihkan alat-alat pada tempatnya

- i) Cuci tangan dengan sabun
- j) Keringkan dengan handuk

3) Senam Kegel

Caranya berdiri dengan tungkai dirapatkan, kencangkan otot-otot pantat dan pinggul tahan sampai hitungan 5. Kendurkan kemudian ulangi sebanyak 5 kali.

Hal-hal yang harus diperhatikan selama perawatan perineum:

- a) Menjaga perineum selalu bersih
- b) Hindari penggunaan obat-obatan tradisional
- c) Cuci perineum dengan air bersih 3-4 kali sehari
- d) Konsumsi buah dan sayur seperti semangka, wortel, pisang, sawi
- e) Kembali dalam seminggu untuk pemeriksaan, atau ibu mengalami keluhan seperti: demam, mengeluarkan cairan bau busuk, nyeri kemerahan dan bengkak.
- e. Waktu perawatan perineum

1) Saat Mandi

Pada saat mandi, ibu post partum pasti melepas pembalut, setelah terbuka maka ada kemungkinan terjadi kontaminasi bakteri pada cairan yang tertampung pada pembalut, demikian pula pada perineum ibu, untuk itu diperlukan pembersihan perineum.

2) Setelah buang air kecil

Pada saat buang air kecil, kemungkinan besar terjadi kontaminasi air seni pada rektum akibatnya dapat memicu pertumbuhan bakteri pada perineum untuk itu diperlukan pembersihan perineum.

3) Setelah buang air besar

Pada saat buang air besar, diperlukan pembersihan sisa-sisa kotoran di sekitar anus, untuk mencegah terjadinya kontaminasi bakteri dari anus ke perineum yang letaknya bersebelahan maka diperlukan proses pembersihan anus dan perineum secara keseluruhan.

2.3.4 Tanda bahaya masa nifas

Menurut buku KIA revisi terbaru 2025 tanda bahaya pada ibu nifas yaitu

- Demam lebih dari 2 hari
- Perdarahan lewat jalan lahir
- Keluar cairan berbau dari jalan lahir
- Payudara bengkak, merah disertai rasa sakit
- Nyeri ulu hati, mual, muntah, sakit kepala, pandangan kabur, kejang, dengan atau tanpa bengkak di kaki tangan dan wajah
- Ibu terlihat sedih, murung dan menangis tanpa sebab (depresi)

2.3.3 Edukasi nutrisi dan psikologis ibu nifas

Kebutuhan nutrisi pada

masa nifas terutama bila menyusui akan meningkat 25%, karena berguna untuk proses kesembuhan karena sehabis melahirkan dan untuk

memproduksi air susu yang cukup untuk menyehatkan bayi. Pada beberapa budaya, pantang makan pada ibu nifas dapat berpengaruh terhadap asupan nutrisi. Eka Putri, S. ., Ramie, A., & Maria, I. (2022).

Menurut buku KIA revisi terbaru 2025, yaitu dengan Memberikan nasihat diantaranya:

1. Makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, dan buah-buahan. Sesuai proporsional sesuai hal.
2. Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari.
3. Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin.
4. Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat
5. Melakukan aktivitas fisik pasca melahirkan dengan intensitas ringan sampai sedang selama 30 menit, frekuensi 3 - 5 kali dalam seminggu
6. Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi. Latihan fisik dapat dilakukan setelah 3 (tiga) bulan pasca melahirkan.
7. Cara menyusui yang benar dan hanya memberi ASI saja selama 6 bulan.
8. Perawatan bayi yang benar.
9. Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena akan

membuat bayi stress.

10. Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga
11. Untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan

2.3.4 Komplikasi nifas (infeksi, atonia uteri, subinvolusi)

Adapun komplikasi yang dapat terjadi pada masa nifas, yaitu (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2018) :

- a. Perdarahan Pasca Melahirkan Perdarahan ini ditandai dengan keluarnya darah lebih dari 500 ml atau jumlah perdarahan melebihi normal setelah melahirkan bayi. Hal ini akan memengaruhi tanda-tanda vital, kesadaran menurun, pasien lemah, menggigil, berkeringat dingin, hiperkapnia, dan Hb 160 mmHg, proteinuria $\geq 2+$, dan adanya edema pada ekstremitas.
- B.. Disfungsi Simfisis Pubis Disfungsi simfisis pubis adalah kelainan dasar panggul dari simfisis ossis pubis hingga os coccygeus. Hal ini disebabkan oleh persalinan yang membuat otot dasar panggul lemah dan menurunkan fungsi otot dasar panggul.
- c. Nyeri Perineum Ibu yang memiliki luka perineum saat proses persalinan akan merasakan nyeri perineum. Nyeri yang dirasakan ini akan menyebabkan ibu takut untuk bergerak pasca melahirkan. Hal ini akan menyebabkan subinvolusi uteri, pengeluaran lochea menjadi tidak lancar, dan perdarahan

postpartum.

d. Inkontinensia Urine Menurut International Continence Society (ICS) dalam Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia (2018), inkontinensia urine adalah pengeluaran urine yang tidak dapat dikendalikan. Hal ini akan menyebabkan rasa tidak nyaman.

e. Nyeri Punggung Nyeri punggung pasca melahirkan adalah gejala postpartum jangka panjang yang disebabkan karena tegangnya postural pada sistem muskuloskeletal akibat persalinan.

f. Koksidinia Koksidinia adalah nyeri kronis pada tulang ekor atau ujung tulang punggung yang berdekatan dengan anus. Nyeri ini bisa dirasakan ketika adanya tekanan secara langsung pada tulang tersebut seperti saat duduk.

2.4 Bayi Baru Lahir (Neonatus)

Menurut Wahyuningsih dan Marni 2022, Dalam lingkup bayi, balita dan anak dalam asuhan kebidanan neonatus, bayi dan balita terdapat berbagai istilah. Istilah/sebutan bayi diberikan pada usia 0 sampai dengan 1 tahun. Usia di bawah 5 tahun disebut balita, usia 5 tahun sampai 12 tahun disebut anak. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan usia kehamilan aterm (37 minggu sampai 42 minggu), berat badan saat lahir 2500 gram sampai 4000 gram, lahir dengan presentasi kepala, melalui vagina tanpa memakai alat dengan nilai APGAR score lebih dari 7 tanpa cacat bawaan serta reflek yang baik.

2.4.1 Penilaian awal: APGAR Score

Menurut (yuni fitria dan widy n 2022) Keadaan umum pada bayi dinilai dengan menggunakan penilaian APGAR. Penilaian ini dilakukan setelah satu menit kelahiran bayi. Penilaian APGAR bertujuan untuk menilai apakah bayi menderita asfiksia atau tidak. Aspek yang dinilai dalam penilaian ini adalah kemampuan laju jantung, kemampuan bernafas, kekuatan tonus otot, kemampuan refleks, dan warna kulit. Setiap penilaian diberi angka 0, 1, dan 2. Dari hasil penilaian tersebut dapat diketahui apakah bayi dalam keadaan normal (nilai APGAR 7-10), mengalami afiksiasi sedang (nilai APGAR 4-6), atau afiksiasi berat (nilai APGAR 0-3). Apabila nilai APGAR tidak mencapai 7, maka harus dilakukan tindakan resusitasi lebih lanjut. Hal ini dikarenakan apabila bayi menderita afiksiasi lebih dari 5 menit kemungkinan terjadi gejala-gejala neurologik dan berkemungkinan menjadi lebih besar di kemudian hari. Berikut ini adalah tabel penghitungan nilai APGAR.

Penilaian	Nilai =0	Nilai =1	Nilai = 2
Appearance (warna kulit)	Biru / pucat	Tubuh merah,ektremitas	Seluruh tubuh merah

		biru	
Pulse (detak jantung)	Tidak ada	<100	>100
Grimace (refleks)	Tidak ada	Menyeringai ada sedikit gerakan	Batuk/bersin
Activity (tonus otot)	Lemah	Ektremitas dalam sedikit fleksi	Gerakan aktif
Respiration (pernapasan)	Tidak ada	Lambat	Menangis kuat

tabel 2. 2 Tabel perhitungan apgar score

(yuni fitriana dan widy nurwiandani 2022)

2.4.2 Inisiasi menyusui dini (IMD)

1. Definisi

Inisiasi menyusui dini adalah proses membiarkan bayi menyusui sendiri setelah proses kelahiran. WHO dan UNICEF sangat merekomendasikan ibu untuk melakukan IMD sebagai tindakan penyelamatan kehidupan. Hal ini dikarenakan IMD dapat menyelamatkan 22% dari bayi meninggal sebelum usia satu bulan. Menyusui satu jam pertama kehidupan yang diawali dengan kontak kulit antara ibu dan bayi.(yuni dan widy 2022), Bayi lahir normal hendaknya segera diletakkan di perut ibu dengan segera setelah lahir agar kulit bayi dan ibu melekat

selama setidaknya satu jam. Pada usia 20 menit bayi akan merangkak ke arah payudara dan usia ke 50 menit bayi akan mulai menyusui. Bayi lahir normal yang dipisahkan dari ibunya setelah lahir, 50% tidak akan bisa menyusui sendiri. (yuni fitriana, 2022)

2. Tujuan dan Manfaat

a. Tujuan utama inisiasi menyusui dini adalah agar bayi dapat menyusui ke ibunya dengan segera. Namun, secara tidak langsung akan membangun komunikasi yang baik dengan ibu sejak dini. (yuni fitriana, 2022)

b. Manfaat IMD untuk Bayi

1) Kehangatan

Menurut penelitian, bayi-bayi yang melakukan kontak kulit langsung dengan ibunya mempunyai suhu tubuh yang lebih hangat dan stabil dibandingkan dengan bayi yang diletakkan dalam boks.

2) Kenyamanan

Bayi yang dilakukan inisiasi lebih dini akan jarang menangis daripada bayi yang dipisahkan dengan ibunya. Hal ini menunjukkan bahwa bayi merasa lebih nyaman dekat dengan ibunya.

3) Kualitas Perlekatan

Bayi yang dilakukan inisiasi lebih dini akan mempunyai perlekatan mulut yang lebih baik pada waktu menyusui dibandingkan dengan bayi yang dipisahkan dengan ibunya.

C. Manfaat IMD untuk Ibu

- 1) Dapat merangsang produksi oksitasin dan prolaktin.
- 2) Oksitosin dapat menstimulasi kontraksi uterus dan menurunkan risiko perdarahan postpartum, merangsang pengeluaran kolostrum, dan meningkatkan produksi ASI.
- 3) Prolaktin dapat meningkatkan produksi ASI, membantu ibu mengatasi stres, memberi efek relaksasi, dan menunda ovulasi.

3. Tanda Keberhasilan

Inisiasi menyusui dini dikatakan berhasil apabila bayi mampu mencapai puting, walaupun ASI tidak keluar. IMD dilakukan minima selama 1 jam, apabila bayi belum berhasil dapat ditunggu selama 30 menit. Jika ASI masih belum keluar maka ditunggu sampai keluar dan bayi diobservasi tanda-tanda dehidrasi seperti berat badan menurun, ubun-ubun cekung, atau lainnya.

4. Prosedur IMD

- a. Dalam proses persalinan, ibu disarankan untuk mengurangi atau tidak menggunakan obat kimiawi. Jika ibu menggunakan obat kimiawi terlalu banyak, dikhawatirkan akan terbawa ASI ke bayi yang nantinya akan disusui
- b. Setelah lahir, bayi secepatnya dikeringkan seperlunya tanpa menghilangkan vernix (kulit putih). Vernix (kulit putih) mengamankan kulit bayi.
- c. Bayi kemudian ditengkurapkan di dada atau perut ibu, dengan kulit

bayi melekat pada kulit ibu. Demi mencegah bayi kedinginan, kepala bayi dapat dipakaikan topi. Kemudian, jika perlu, bayi, dan ibu diselimuti.

d. Bayi yang ditengkurapkan di dada atau perut ibu, dibiarkan untuk mencari sendiri puting susu ibunya (babi tidak dipaksakan ke puting susu). Namun, bayi memiliki naluri yang kuat untuk mencari puting susu ibunya.

e. Saat bayi dibiarkan untuk mencari puting susu ibunya. Ibu perlu didukung dan dibantu untuk mengenali perilaku bayi sebelum menyusui. Posisi ibu yang berbaring mungkin tidak dapat mengamati dengan jelas apa yang dilakukan oleh bayi.

f. Bayi dibiarkan tetap dalam posisi kulitnya bersentuhan dengan kulit ibu sampai proses menyusui pertama selesai.

g. Setelah selesai menyusui awal, bayi baru dipisahkan untuk ditimbang, diukur, dicap, berikan vitamin K, dan tetes mata.

h. Ibu dan bayi tetap bersama dan dirawat-gabung. Rawat gabung memungkinkan ibu menyusui bayinya kapan saja si bayi menginginkannya, karena kegiatan menyusui tidak boleh dijadwal. Rawat gabung juga akan meningkatkan ikatan batin antara ibu dengan bayinya, bayi jadi jarang menangis karena selalu merasa dekat dengan ibu, dan selain itu dapat memudahkan ibu untuk beristirahat dan menyusui. (yuni fitriana, 2022)

2.4.3 ASI eksklusif

Menurut WHO 2023, ASI merupakan makanan yang ideal bagi bayi. ASI aman, bersih, dan mengandung antibodi yang membantu melindungi bayi dari berbagai penyakit umum yang umum terjadi pada anak-anak. ASI menyediakan semua energi dan nutrisi yang dibutuhkan bayi selama bulan-bulan pertama kehidupannya, dan terus menyediakan hingga setengah atau lebih dari kebutuhan nutrisi anak selama paruh kedua tahun pertama, dan hingga sepertiga selama tahun kedua kehidupannya. Pemberian ASI merupakan salah satu cara paling efektif untuk menjamin kesehatan dan kelangsungan hidup anak. Akan tetapi, bertentangan dengan rekomendasi WHO, kurang dari setengah bayi di bawah usia 6 bulan yang mendapatkan ASI eksklusif. ASI (Air Susu Ibu) adalah sumber asupan nutrisi bagi bayi baru lahir, yang mana sifat ASI (Air Susu Ibu) bersifat eksklusif sebab pemberiannya berlaku pada bayi berusia 0 bulan sampai 6 bulan. Dalam fase ini harus diperhatikan dengan benar mengenai pemberian dan *kualitas ASI*, supaya tak mengganggu tahap perkembangan si kecil selama enam bulan pertama semenjak hari pertama lahir (HPL), mengingat periode tersebut merusak masa periode emas perkembangan anak sampai menginjak usia 2 tahun. (kemenkes 2018)

1. Manfaat ASI Eksklusif Untuk Bayi

Ada beberapa manfaat ASI Eksklusif untuk bayi 0-6 bulan pertama, sebagai berikut : (wahyuningsih, 2022)

- Mencegah terserang penyakit

ASI eksklusif untuk bayi yang diberikan ibu ternyata mempunyai peranan penting, yakni meningkatkan ketahanan tubuh bayi. Karenanya bisa mencegah bayi terserang berbagai penyakit yang bisa mengancam kesehatan bayi.

- Membantu perkembangan otak dan fisik bayi

Manfaat ASI eksklusif paling penting ialah bisa menunjang sekaligus membantu proses perkembangan otak dan fisik bayi. Hal tersebut dikarenakan, di usia 0 sampai 6 bulan seorang bayi tentu saja sama sekali belum diizinkan mengonsumsi nutrisi apapun selain ASI. Oleh karenanya, selama enam bulan berturut-turut, ASI yang diberikan pada sang buah hati tentu saja memberikan dampak yang besar pada pertumbuhan otak dan fisik bayi selama ke depannya.

2. Manfaat ASI Eksklusif Bagi Ibu

Selain bagi bayi, pemberian ASI eksklusif bagi ibu menyusui juga memiliki manfaat, sebagai berikut : (wahyuningsih, 2022)

- Mengatasi rasa trauma

Dapat *menghilangkan trauma* saat persalinan sekaligus dengan kehadiran buah hati pertama kalinya bisa menjadi penyemangat hidup seorang ibu. Pasca melahirkan biasanya ibu rentan mengalami *baby blues syndrome*, terlebih lagi hal tersebut biasanya terjadi pada sang ibu yang belum terbiasa bahkan tidak bersedia memberikan ASI

eksklusifnya untuk bayi mereka. Namun dengan menyusui, secara perlahan rasa trauma pun akan hilang sendirinya dan ibu pun akan terbiasa menyusui bayinya.

- Mencegah kanker payudara

Selain membuat kondisi kesehatan dan mental ibu menjadi lebih stabil, ASI eksklusif juga bisa meminimalkan timbulnya resiko kanker payudara. Sebab salah satu pemicu penyakit kanker payudara pada ibu menyusui ialah kurangnya pemberian Asi eksklusif untuk bayi mereka sendiri.

2.4.4 Refleks normal neonatus

Menurut wahyuningsih dan marni 2022 didalam buku ajar asuhan pada bayi baru lahir ada beberapa macam reflek pada bayi yaitu Reflek: rooting, sucking, swallowing, morro, tonic neck, palmar grasp/grasping, babinski, stapping, corneal, startle, galant, merangkak.

- a. Rooting: mencari, menggores/menempelkan jari pada sudut mulut, maka bayi akan mencari arah sentuhan dan membuka mulutnya. Reflek ini akan hilang pada tahun tahun pertama kehidupan.
- b. Sucking: menghisap, terlihat ketika bayi menyusu. Reflek ini menetap selama masa bayi bahkan bisa terjadi selama tidur tanpa stimulasi.
- c. Swallowing: menelan, jika tidak muntah, berarti reflek baik. Tampak ketika bayi menyusu pada ibunya.

- d. Moro: meregang, bayi bereaksi ketika di ubah posisinya atau adanya suara keras dengan cara menggetarkan dan meluruskan tangan, kaki dan jarinya, menegangkan tubuh, punggung menarik kepala ke belakang, dan mengepalkan ke 2 tangannya ke dada. Hilang pada usia 4-6 bulan. Biasa disebut reflek memeluk.
- e. Tonic neck: reflek pada tonus leher, jika bayi ditelungkupkan, dan bayi akan berusaha menahan kepalanya. Tampak pada usia 2 bulan, hilang setelah 6 bulan.
- f. Grasping: menggenggam, jika jari/benda diletakkan di telapak tangan bayi, maka tangan akan tertutup. Pada posisi tidur juga terlihat tangan dan kaki fleksi. Hilang pada usia 4-6 bulan.
- g. Babinski: gores sepanjang tepi luar kaki mulai dari tumit. Jika normal jari kaki melebar/mengembang dan ibu jari dorsofleksi. Hilang pada usia 2 tahun.
- h. Stapping/melangkah/berjalan: tampak saat bayi menendang-nendangkan kakinya. Bisa juga dengan cara diposisikan berdiri di atas meja, dan bayi akan tampak seperti melangkah/berjalan. Dijumpai 4-8 minggu pertama.
- i. Corneal/berkedip: jika diberikan cahaya terang pada mata bayi, secara reflek kelopak mata bayi akan menutup. Bisa juga dengan sentuhan lembut, kelopak mata akan membuka dan menutup sebagai bentuk corneal reflek.
- j. Startle/kaget: jika diberi suara yang keras (tepuk tangan), bayi akan mengekstensikan dan memfleksikan lengannya dalam berespon terhadap suara yang keras, tangan tetap rapat. Hilang setelah umur 4 bulan.

k. Galant/pelengkungan tubuh: gores punggung bayi sepanjang sisi tulang belakang dari bahu sampai bokong. Punggung bayi akan bergerak kesamping kanan atau kiri. Dijumpai usia 4-8 minggu.

l. Merangkak: jika bayi ditengkurapkan di permukaan yang rata, bayi akan membuat gerakan merangkak dengan menggunakan lengan dan tungkainya. (wahyuningsih, 2022)

2.4.5 Perawatan tali pusat

Perawatan tali pusat merupakan suatu tindakan merawat dan membersihkan tali pusat, dan usahakan tali pusat tetap dijaga dalam keadaan kering dan bersih dengan bertujuan untuk melindungi supaya tidak terjadinya infeksi.³Terjadinya infeksi pada tali pusat bayi akan menyebabkan timbulnya penyakit Tetanus Neonatorum. Penyakit tetanus neonatorum adalah penyakit tetanus yang terjadi pada neonatus(bayi berusia kurang dari 1 bulan) yang disebabkan oleh *Clostridium tetani* yaitu kuman yang mengeluarkan toksin (racun) dan menyerang sistem saraf pusat. Spora kuman tersebut masuk ke dalam tubuh bayi melalui tali pusat, yang dapat terjadi saat pemotongan tali pusat ketika bayi lahir maupun saat perawatannya.⁴Infeksi merupakan salah satu penyebab penting tingginya angka kesakitan dan kematian bayi baru lahir di seluruh dunia. Perawatan tali pusat adalah melakukan pengobatan dan pengikat tali pusat yang menyebabkan pemisahan fisik ibu dengan bayi, dan kemudian tali pusat dirawat dalam keadaan bersih dan terhindar dari infeksi tali pusat.

Perawatan tali pusat yang baik dan benar akan menimbulkan dampak positif yaitu tali pusat akan “puput” pada hari ke-5 sampai hari ke-7 tanpa ada komplikasi, sedangkan dampak negative dari perawatan tali pusat yang tidak benar adalah bayi akan mengalami penyakit tetanus neonatorum dan dapat mengakibatkan kematian (Kemenkes RI, 2019). Perawatan tali pusat tidak steril dapat mengakibatkan berbagai gangguan kesehatan pada bayi, diantaranya tetanus neonatorum. Tetanus neonatorum adalah suatu penyakit pada bayi baru lahir yang disebabkan oleh spora yang disebut *Clostridium tetani* yang masuk melalui tali pusat. Mudarris, N, & Gina, G (2024).

Cara merawat tali pusat berdasarkan buku KIA revisi terbaru yaitu :

- Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir sebelum dan sesudah memegang bayi
- Jangan memberikan apapun pada tali pusat
- Rawat tali pusat terbuka dan kering
- Jika kotor/basah, cuci dengan air bersih dan sabun, lalu keringkan

2.4.6 Imunisasi awal (HB 0, VIT K)

Pemberian imunisasi hepatitis B menurut buku ajar asuhan kebidanan pada bayi baru lahir tahun 2022, Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi terutama jalur penularan ibu ke bayi. Imunisasi ini diberikan 1-2 jam setelah pemberian vitamin K, atau setelah

bayi berusia 2 jam dipaha kanan bayi. Dosis yang diperlukan adalah 0,5 cc (Hb uniject). Dianjurkan untuk mendapat imunisasi BCG dan OPV sebelum bayi pulang. Dan dokumentasikan serta anjurkan untuk kembali mendapatkan imunisasi berikutnya sesuai jadwal di fasilitas kesehatan (APN, 2013).Dikutip dari website Ikatan Dokter Anak Indonesia jadwal pemberian imunisasi hepatitis B pertama (monovalen) paling baik diberikan dalam waktu 12 jam setelah lahir dengan didahului pemberian suntikan vitamin K, minimal 30 menit sebelumnya. Jadwal pemberian imunisasi hepatitis B monovalen yakni di usia 0, 1 dan 6 bulan. Bayi yang lahir dari HbsAg positif, diberikan HB dan imunoglobulin B (HBIG) pada bagian tubuh yang berbeda (Muliati E, Reza I dkk, 2015).

2.4.7 Tanda bahaya pada neonatus

Menurut buku KIA revisi 2025 tanda bahaya pada bayi baru lahir, diantaranya

- Tali pusat kemerahan sampai dinding perut,berbau atau bernanah
- Tinja bayi saat buang air besar bewarna pucat
- Demam/panas tinggi
- Diare
- Muntah-muntah
- Kulit dan mata bayi kuning
- Lemah
- Dingin
- Menangis atau merintih terus menerus

- Sesak napas
- Kejang
- Tidak mau menyusu

2.4.8 Kondisi kegawat daruratan neonatus

Menurut elisabeth siwi dalam buku kegawatdaruratan maternal dan neonatal

2022, kondisi kegawat daruratan diantaranya adalah :

a. Hipotermia

Hipotermia adalah kondisi di mana suhu tubuh $< 36^{\circ}\text{C}$ atau kedua kaki dan tangan terasa dingin. Untuk mengukur suhu tubuh pada hipotermia diperlukan termometer ukuran rendah (low reading thermometer) sampai 25°C . Disamping sebagai suatu gejala, hipotermia dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian. Akibat hipotermia adalah meningkatnya konsumsi oksigen (terjadi hipoksia), terjadinya metabolik asidosis sebagai konsekuensi glikolisis anaerobik, dan menurunnya simpanan glikogen dengan akibat hipoglikemia. Hilangnya kalori tampak dengan turunnya berat badan yang dapat ditanggulangi dengan meningkatkan intake kalori. (elisabeth siwi 2022)

Tanda-tanda klinis hipotermia:

- Hipotermia sedang (suhu tubuh 32°C - $<36^{\circ}\text{C}$), tanda-tandanya antara lain: kaki terasa dingin, kemampuan menghisap lemah, tangisan lemah dan kulit berwarna tidak rata atau disebut kutis marmorata.
- Hipotermia berat (suhu tubuh $< 32^{\circ}\text{C}$), tanda-tandanya antara lain:

sama dengan hipotermia sedang, dan disertai dengan pernapasan lambat tidak teratur, bunyi jantung lambat, terkadang disertai hipoglikemi dan asidosis metabolik.

- Stadium lanjut hipotermia, tanda-tandanya antara lain: muka, ujung kaki dan tangan berwarna merah terang, bagian tubuh lainnya pucat, kulit mengeras, merah dan timbul edema terutama pada punggung, kaki dan tangan (sklerema)

b. Hipertermia

Hipertermia adalah kondisi suhu tubuh tinggi karena kegagalan termoregulasi. Hipertermia terjadi ketika tubuh menghasilkan atau menyerap lebih banyak panas daripada mengeluarkan panas. Ketika suhu tubuh cukup tinggi, hipertermia menjadi keadaan darurat medis dan membutuhkan perawatan segera untuk mencegah kecacatan dan kematian. Tanda dan gejala: panas, kulit kering, kulit menjadi merah dan teraba panas, pelebaran pembuluh darah dalam upaya untuk meningkatkan pembuangan panas, bibir bengkak. Tanda-tanda dan gejala bervariasi tergantung pada penyebabnya. Dehidrasi yang terkait dengan serangan panas dapat menghasilkan mual, muntah, sakit kepala, dan tekanan darah rendah. (elisabeth siwi walyani, 2022)

c. Hiperglikemia

Hiperglikemia atau gula darah tinggi adalah suatu kondisi di mana jumlah glukosa dalam plasma darah berlebihan. Hiperglikemia disebabkan

oleh diabetes mellitus. Pada diabetes melitus, hiperglikemia biasanya disebabkan karena kadar insulin rendah dan/atau resistensi insulin tubuh disebabkan yang rendah dan/atau oleh resistensi insulin pada sel. Kadar karena kegagalan tubuh mengkonversi glukosa menjadi glikogen, pada akhirnya membuat sulit atau tidak mungkin untuk menghilangkan kelebihan glukosa dari darah. Gejala hiperglikemia antara lain: polifagi (sering kelaparan), polidipsi (sering haus), poliuri (sering buang air kecil), penglihatan kabur, kelelahan, berat badan menurun, sulit terjadi penyembuhan luka, mulut kering, kulit kering atau gatal, impotensi (pria), infeksi berulang, kussmaul hiperventilasi, arrhythmia, pingsan, koma. (elisabeth siwi walyani, 2022)

d. Tetanus Neonaturum

Tetanus neonaturum adalah penyakit tetanus yang diderita oleh bayi baru lahir yang disebabkan karena basil klostidium tetani. Tanda-tanda klinis antara lain: bayi tiba-tiba panas dan tidak mau minum, mulut mencucu seperti mulut ikan, mudah terangsang, gelisah (kadang-kadang menangis) dan sering kejang disertai sianosis, kaku kuduk sampai opisthotonus, ekstremitas terulur dan kaku, dahi berkerut, alis mata terangkat, sudut mulut tertarik ke bawah, muka rhisus sardonikus. Penatalaksanaan yang dapat diberikan:

- 1) bersihkan jalan napas
- 2) longgarkan atau buka pakaian bayi
- 3) masukkan sendok atau tong spatel yang dibungkus kasa ke dalam

mulut bayi

4) ciptakan lingkungan yang tenang

5) berikan ASI sedikit demi sedikit saat bayi tidak kejang (elisabeth siwi walyani, 2022)

e. Sindrom Gawat Napas Neonatus

Sindrom gawat napas neonatus merupakan kumpulan gejala yang terdiri dari dispnea atau hiperapnea dengan frekuensi pernapasan lebih dari 60 kali per menit, sianosis, merintih, waktu ekspirasi dan retraksi di daerah epigastrium, interkostal pada saat inspirasi. (elisabeth siwi walyani, 2022)

f. Penyakit Membran Hialin (PMH)

Penyebab kelainan ini adalah kekurangan suatu zat aktif pada alveoli yang mencegah kolaps paru. PMH sering kali mengenai bayi prematur, karena produksi surfaktan yang di mulai sejak kehamilan minggu ke-22, baru mencapai jumlah cukup menjelang cukup bulan. Penyebab PMH adalah surfaktan paru. Surfaktan paru adalah zat yang memegang peranan dalam pengembangan paru dan merupakan suatu kompleks yang terdiri dari protein, karbohidrat, dan lemak. Senyawa utama zat tersebut adalah lesitin. Zat ini mulai di bentuk pada kehamilan 22-24 minggu dan mencapai maksimum pada minggu ke 35. Fungsi surfaktan adalah untuk merendahkan tegangan permukaan alveolus akan kembali kolaps setiap akhir ekspirasi, sehingga untuk bernapas berikutnya di butuhkan tekanan negatif intrathoraks yang lebih besar dan di sertai usaha inspiarsi yang lebih kuat. Kolaps paru ini

menyebabkan terganggunya ventilasi sehingga terjadi hipoksia, retensi CO₂, dan oksidosis. Prognosis bayi dengan PMH terutama ditentukan oleh prematuritas serta beratnya penyakit. Bayi yang sembuh mempunyai kesempatan tumbuh dan kembang sama dengan bayi prematur lain yang tidak menderita PMH. (elisabeth siwi walyani, 2022)

2.5. Keluarga Berencana (KB)

Menurut WHO, tindakan yg membantu individu/pasutri untuk: Mendapatkan objektif-obketif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan dan menentukan jumlah anak dalam keluarga. KB Paska Persalinan adalah pemanfaatan atau penggunaan alat kontrasepsi langsung sesudah melahirkan sampai 6 minggu/42 hari sesudah melahirkan. Prinsip pemilihan metode kontrasepsi yang digunakan tidak mengganggu produksi ASI dan sesuai dengan kondisi ibu. (buku Kia revisi 2025)

2.5.1 Tujuan KB

Tujuan KB Tujuan-tujuan dari dilaksanakannya program KB antara lain:

- 1) Membentuk keluarga kecil yang sejahtera dan sesuai dengan kekuatan ekonomi yang dimiliki oleh keluarga tersebut. Perencanaan jumlah anak dan pengaturan jarak kelahiran adalah cara untuk mendapatkan keluarga kecil dan bahagia
- 2) Mencanangkan keluarga kecil dengan 2 anak, mencegah terjadinya pernikahan di usia dini serta peningkatan kesejahteraan keluarga

Indonesia

- 3) Menekan angka kematian ibu dan bayi akibat hamil di usia yang terlalu muda atau terlalu tua serta memelihara kesehatan alat reproduksi
- 4) Menekan jumlah penduduk serta menyeimbangkan jumlah kebutuhan dengan jumlah penduduk di Indonesia

2.5.2 Jenis-jenis kontrasepsi (pil, suntik, IUD, implan, kondom, MOW/MOP)

1. Metode kontrasepsi jangka panjang: (menurut buku Kia revisi 2025)

a. Metode Operasi Wanita (MOW), Metode Operasi Pria (MOP)

- Tubektomi adalah operasi pada kedua tuba falopi wanita yang menyebabkan wanita tersebut tidak dapat memiliki anak. Tindakan pencegahan ini bersifat jangka panjang dan sering disebut sterilisasi. Peserta harus memenuhi persyaratan kelayakan, calon akseptor sukarela dalam memutuskan, merupakan keterkaitan dalam perkawinan yang sah, mempunyai anak sekurang-kurangnya dua yang sehat dan calon akseptor harus dalam keadaan sehat yang sesuai dari hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh dokter. . (Afifah Nurullah, 2021)
- Metode Operasi Pria (MOP) Metode kontrasepsi pria bedah minimal yang sangat aman, sederhana, singkat dan tidak memerlukan bius total. MOP juga mensyaratkan persyaratan yang harus dipenuhi oleh calon peserta, seperti MOW. (Afifah Nurullah, 2021)
- Implan yaitu alat kontrasepsi bawah kulit yang mengandung progestin

yang dibungkus dalam kapsul silastik silikon polidimetri dan pemasangan membutuhkan tindak pembedahan minor. Metode implant aman bagi ibu menyusui, serta dapat digunakan segera setelah melahirkan sebelum pulang dari fasilitas kesehatan. Masa pakai 3 tahun.

b. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)/spiral, jangka waktu penggunaan bisa sampai 10 tahun. Implan (alat kontrasepsi bawah kulit), jangka waktu penggunaan 3 tahun. Metode Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) merupakan alat kontrasepsi yang di pasang dalam rahim, relative aman dan efektif untuk semua perempuan. AKDR post plasenta merupakan yang paling berpotensi untuk mencegah missed opportunity ber-KB. Cara kerja mencegah terjadinya fertilisasi, tembaga pada AKDR menyebabkan reaksi inflamasi steril, toksik pada sperma sehingga tidak mampu untuk fertilisasi.

2. non Metode Kontrasepsi Jangka Panjang:

a. Kontrasepsi suntik 3 bulan diberikan setelah 6 minggu pasca persalinan. Untuk ibu menyusui, tidak disarankan menggunakan KB suntik 1 bulan, karena akan mengganggu produksi ASI

b. Pil KB

Metode kontrasepsi pil, merupakan kontrasepsi hormonal yang terdiri dari pil progestin (mini pil). Mini pil dapat diberikan dalam 6 minggu pertama pasca persalinan. Cara kerja mini pil adalah mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga

menurunkan kemampuan penetrasi sperma.

c.Kondom

Metode Kondom adalah penggunaan selubung atau sarung karet untuk menghalangi sperma masuk ke uterus. Kondom dapat digunakan kapanpun atau sebagai KBPP sementara bila kontrasepsinya harus ditunda. Apabila ada ibu dan atau pasangan HIV positif, maka apapun alat kontrasepsi perslinan yang dipilih harus dibarengi dengan kondom sebagai perlindungan ganda.

2.5.3 Indikasi dan kontraindikasi kb

Metode KB dan Kontraindikasi Khusus:

- Pil KB:

Kontraindikasi utama adalah kehamilan, riwayat penyakit pembuluh darah, riwayat kanker payudara, dan masalah hati.

- Suntik KB:

Kontraindikasi utama adalah kehamilan, riwayat penyakit pembuluh darah, riwayat kanker payudara, dan masalah hati.

- Implan KB:

Kontraindikasi utama adalah kehamilan dan riwayat penyakit pembuluh darah.

- IUD:

Kontraindikasi utama adalah kehamilan, infeksi menular seksual pada saat pemasangan, dan gangguan rahim tertentu.

- Tubektomi:

Kontraindikasi utama adalah ambivalensi pasien terhadap sterilisasi, kehamilan, dan masalah ginekolog

2.5.4 Pemilihan metode kb berdasarkan kondisi ibu

Pemilihan alat kontrasepsi merupakan bagian penting dalam perencanaan keluarga dan kesehatan reproduksi. Namun, jika pemilihan alat kontrasepsi tidak sesuai dengan kondisi fisik dan kesehatan individu, dapat menimbulkan berbagai dampak kesehatan yang merugikan diantaranya efek samping hormonal, infeksi dan iritasi, kehamilan ektopik, reaksi alergi, perforasi dan dislokasi alat kontrasepsi serta gangguan psikologis. Masrurroh, N., & Laili, U. (2018).

- Metode Hormonal:
 - Pil KB progestin: Cocok untuk ibu menyusui karena tidak mengganggu produksi ASI.
 - Implant: Dipasang di bawah kulit lengan, efektif hingga 3 tahun dan tidak mengganggu ASI.
 - Suntik KB: Efektif hingga 3 bulan dan tidak mengganggu ASI.
- Metode Non-Hormonal:
 - IUD: Dipasang di dalam rahim, efektif hingga 10 tahun.

- Kondom: Dapat digunakan oleh suami, efektif mencegah kehamilan dan penyakit menular seksual.
- Metode KB Alami:
 - ASI Eksklusif: Pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan pertama setelah melahirkan dapat mencegah kehamilan.
 - Metode Kalender: Menggunakan penghitungan masa subur wanita.
- Metode Operasi Wanita (MOW) atau Sterilisasi:

Metode KB permanen yang efektif mencegah kehamilan

2.5.5 Efektivitas dan efek samping

Setiap alat kontrasepsi memiliki manfaat dan efek samping yang berbeda-beda. Satu alat kontrasepsi yang diberikan kepada pasien juga memiliki efek samping yang berbeda-beda terhadap respon tubuh pasien menerima alat kontrasepsi di dalam tubuhnya. Namun juga tidak setiap pasien mengalami efek samping dalam menggunakan alat kontrasepsi. Biasanya efek samping yang terjadi pada bulan-bulan pertama penggunaan alat kontrasepsi. Dalam bab ini membahas terkait dengan efek samping yang dialami pada masing-masing alat kontrasepsi dan cara penanggulangan pada akseptor bermasalah.

- a. Kontrasepsi Pil Kombinasi (KPK) Berikut ini beberapa efek samping dan cara penanggulangan terhadap efek samping pada akseptor KPK
 - (1) (2) : 1. Menstruasi tidak teratur Dalam beberapa kondisi menstruasi tidak teratur ini muncul karena terdapat bercak-bercak

perdarahan yang tidak terduga. Meyakinkan ibu bahwa kondisi tersebut sering dialami ibu dan tidak berbahaya untuk kesehatan ibu dan biasanya efek samping akan berkurang setelah beberapa bulan pemakaian. Biasanya menstruasi yang tidak teratur selama penggunaan pil kombinasi disebabkan karena kehamilan.

b. Suntik kombinasi 3 bulan

danya perubahan siklus menstruasi (menstruasi dapat menjadi lebih pendek, lebih panjang, flek/spotting, lalu menstruasi akan menjadi jarang atau berhenti sama sekali), berat badan menjadi naik, tidak bisa seketika menjadi subur, gairah seks berkurang, sakit kepala, nyeri payudara, perubahan mood dan jerawat

2.5.6 Konseling KB pasca persalinan

Konseling merupakan aspek yang sangat penting dalam pelayanan KB dan kesehatan reproduksi. Konseling yang baik dapat membuat klien puas, membantu klien dalam menggunakan kontrasepsinya lebih lama dan dapat meningkatkan keberhasilan KB. Dengan memberikan informasi yang lengkap dan cukup maka akan memberikan keleluasaan kepada klien untuk memilih kontrasepsi (informed choice) yang akan digunakannya. Konseling KB Pasca Persalinan sebaiknya di laksanakan sejak awal masa kehamilan sehingga ibu sudah mempunyai perencanaan menggunakan KB Pasca Persalinan baik pada pelayanan ante natal maupun pada kelas ibu hamil. Konseling dapat menggunakan informasi yang terdapat di dalam Buku KIA dan bisa memutuskan rencana metode kontrasepsi pasca persalinan yang

dituliskan dilembar Amanat Persalinan. Konseling KB adalah suatu teknik dalam pelayanan bimbingan untuk membantu ibu hamil saat memilih serta memutuskan kontrasepsi yang akan digunakan sesuai keputusan yang diambilnya, sehingga akan terbentuk hubungan dan kepercayaan antara petugas dan klien, namun kenyataannya konseling sering diabaikan dan tidak dilaksanakan dengan semestinya, karena petugas sendiri tidak memahami pentingnya konseling KB bagi ibu hamil dan mereka tidak mempunyai banyak waktu untuk melakukan konseling KB. (Silvia, D., Ratnasari, F., & Winarni, L. M. (2022). Upaya untuk mengatasi masalah tersebut, perlu dilakukan pengenalan KB pada ibu pasca salin, karena pada ibu pasca salin merupakan target yang efektif untuk menentukan jenis KB Pasca persalinan (KBPP) sebelum masa subur kembali, yaitu rata – rata 5 – 12 minggu setelah melahirkan atau 42 hari pasca salin (Sukowati, 2021). Oleh karena itu sangat penting untuk memberikan konseling KBPP yang dapat membantu ibu hamil untuk mengambil keputusan dalam memilih KB pasca persalinan sesuai kebutuhan ibu pasca salin, sehingga akan menurunkan unmet need serta berkontribusi menurunkan angka kematian ibu (Rismalinda & Prasetyo, 2016).