BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.2. Kehamilan

2.2.1 Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah sebuah proses alami yang dimulai dari pembuahan, yakni pertemuan antara sel sperma dan ovum yang umumnya terjadi di tuba falopi. Setelah proses konsepsi, embrio akan menempel atau melakukan implantasi pada dinding rahim, khususnya lapisan endometrium, yang biasanya berlangsung pada hari ke-6 hingga ke-7 pasca pembuahan (Rintho, 2022). Proses kehamilan yang luar biasa ini terjadi dalam rahim seorang perempuan dan berlangsung selama kurang lebih 280 hari atau sekitar 40 minggu, terhitung sejak hari pertama haid terakhir (Situmorang dkk., 2021). Kementerian Kesehatan (2023) menyarankan bahwa usia optimal untuk hamil dan melahirkan berada pada rentang 20 hingga 35 tahun. Kehamilan yang terjadi di luar rentang usia ini, baik pada usia muda (di bawah 20 tahun) maupun tua (di atas 35 tahun), memiliki risiko yang lebih tinggi terhadap komplikasi. Selama kehamilan, tubuh perempuan mengalami berbagai perubahan fisiologis yang berdampak terhadap tumbuh kembang janin (Wulandari dkk., 2021). Kehamilan dapat terjadi apabila seorang perempuan yang memiliki organ reproduksi sehat mengalami siklus menstruasi dan melakukan hubungan seksual (Putri dkk., 2022). Meski merupakan proses fisiologis yang alami, kehamilan tetap

memerlukan pemantauan dan asuhan yang tepat. Tanpa deteksi dini terhadap komplikasi atau tanpa penanganan yang sesuai, kehamilan dapat menimbulkan masalah serius, bahkan hingga mengakibatkan kematian ibu.

2.2.2 Konsep Antenatal Care (ANC)

Kehamilan merupakan fase krusial dalam kehidupan seorang perempuan, yang juga berdampak besar terhadap kesejahteraan keluarga dan masyarakat secara luas (World Health Organization, 2018). Pemeriksaan kehamilan atau antenatal care (ANC) bertujuan untuk mengoptimalkan kondisi fisik dan mental ibu hamil agar siap menghadapi persalinan, masa nifas, menyusui secara eksklusif, serta mendukung pemulihan fungsi reproduksi secara normal (Kemenkes RI, 2018). Menurut Kementerian Kesehatan RI (2023), ibu hamil dianjurkan menjalani minimal enam kali pemeriksaan selama kehamilan dalam kurun waktu sembilan bulan guna memastikan pemberian layanan kesehatan esensial. Oleh karena itu, penting bagi ibu hamil untuk memperoleh asuhan kebidanan yang tepat sejak kunjungan pertama. Pada kunjungan awal ini, berbagai layanan kesehatan disediakan untuk mendeteksi dan mengantisipasi potensi masalah bagi ibu maupun janin, sehingga dapat dicegah sedini mungkin sebelum berkembang menjadi komplikasi.

2.2.3 Tujuan Kunjungan Awal Ibu Hamil

Kunjungan awal antenatal care (ANC) bertujuan untuk menjamin kondisi kesehatan ibu hamil dan janinnya, mengidentifikasi risiko serta komplikasi secara dini, dan menyusun rencana perawatan kehamilan yang sesuai. Kementerian Kesehatan RI (2018) menyebutkan bahwa tujuan utama ANC meliputi :

1. Pemantauan terhadap kehamilan dan perkembangan janin.
2. Deteksi dini terhadap komplikasi kehamilan dan penyakit yang mungkin menyertainya.
3. Menjaga kondisi kesehatan ibu dan calon bayi.
4. Persiapan untuk proses persalinan yang aman.
5. Upaya untuk menurunkan angka kematian dan kesakitan ibu.
6. Pembekalan bagi ibu dan keluarga dalam menjalankan peran mereka.
7. Persiapan ibu untuk masa nifas dan pemberian ASI eksklusif.

Dalam program kunjungan ulang, ibu hamil dengan kondisi normal disarankan melakukan minimal enam kali pemeriksaan selama kehamilan, sebagaimana diatur oleh Direktorat Bina Gizi (2020), dengan pembagian sebagai berikut: dua kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dan tiga kali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ANC pertama dan kelima sebaiknya dilakukan oleh dokter. Adapun detail dari masing-masing kunjungan yaitu :

1. ANC pertama (trimester I): Dilakukan skrining faktor risiko oleh dokter. Jika ibu datang ke bidan terlebih dahulu, ia tetap diberikan pelayanan awal dan kemudian dirujuk ke dokter.

2. ANC ke-2 (trimester I), ke-3 (trimester II), ke-4 dan ke-6 (trimester III): Merupakan tindak lanjut dari hasil pemeriksaan awal.

2.1 Asuhan Kebidanan Komprehensif

Asuhan kebidanan komprehensif atau continuity of care merupakan rangkaian pelayanan yang diberikan secara berkelanjutan, mencakup masa kehamilan, persalinan, masa nifas, perawatan bayi baru lahir, hingga layanan keluarga berencana. Menurut Kementerian Kesehatan RI (2023), asuhan kebidanan berkelanjutan meliputi layanan kesehatan pada masa pra-konsepsi, kehamilan, persalinan, pasca persalinan, pelayanan kontrasepsi, serta kesehatan seksual. Seluruh layanan ini diberikan melalui pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan. Praktik continuity of care yang dijalankan oleh bidan umumnya bertujuan untuk meningkatkan kesinambungan dalam pemberian layanan utama.

2.2.4 Manfaat Kunjungan Bagi Ibu Hamil

1. Deteksi Dini Risiko Komplikasi Kehamilan

Pemeriksaan awal dilakukan untuk mengidentifikasi potensi komplikasi yang dapat membahayakan ibu maupun janin, seperti yang dijelaskan oleh Gebresilassie et al. (2019), antara lain :

a. Preeklampsia, yaitu kondisi tekanan darah tinggi pada kehamilan.

b. Diabetes gestasional atau meningkatnya kadar gula darah selama kehamilan.

c. Anemia akibat kekurangan zat besi.

d. Infeksi Menular Seksual (IMS) yang berisiko menular pada janin.

2. Penyuluhan Mengenai Perawatan Ibu dan Janin

Pentingnya edukasi kesehatan diberikan untuk meningkatkan kesadaran ibu hamil mengenai perawatan diri dan janin (Kuhnt & Vollmer, 2017), meliputi :

a. Penerapan pola hidup sehat, seperti menghindari rokok, alkohol, dan stres.

b. Konsumsi makanan dengan gizi seimbang.

c. Melakukan aktivitas fisik ringan sesuai kondisi kehamilan.

d. Pemahaman tentang pentingnya perawatan prenatal dan kepatuhan terhadap jadwal pemeriksaan.

3. Penyusunan Rencana Perawatan Selama Kehamilan

Berdasarkan hasil pemeriksaan, tenaga kesehatan akan menyusun rencana perawatan yang mencakup :

a. Penjadwalan kunjungan antenatal berikutnya.

b. Pemeriksaan lanjutan seperti USG atau tes laboratorium bila dibutuhkan.

c. Perencanaan proses persalinan serta masa pemulihan pasca melahirkan.

d. Rujukan ke dokter spesialis, misalnya ke dokter kandungan atau ahli gizi, jika ditemukan kondisi yang memerlukan penanganan lebih lanjut.

2.2.5 Ruang Lingkup Asuhan

Ruang lingkup pelayanan kebidanan pada ibu hamil mencakup beberapa aspek penting sebagai berikut (Diki & Elfirayani, 2021) :

1. Mengumpulkan serta mengevaluasi informasi terkait riwayat kesehatan dan hasil pemeriksaan kehamilan.
2. Melaksanakan pemeriksaan fisik secara menyeluruh, termasuk penilaian abdomen, tinggi fundus uteri (TFU), posisi dan penurunan janin.
3. Menilai kondisi panggul, memeriksa denyut jantung janin, serta menghitung usia kehamilan dan hari perkiraan lahir (HPL).
4. Melakukan penilaian terhadap status gizi ibu, kenaikan berat badan, serta hubungannya dengan perkembangan janin dan potensi komplikasi.
5. Memberikan edukasi mengenai tanda bahaya kehamilan serta penanganan masalah umum seperti anemia ringan, keguguran, dan mual muntah berlebihan (hiperemesis gravidarum).
6. Memberi informasi tentang cara mengatasi ketidaknyamanan selama kehamilan serta memberikan imunisasi tetanus toksoid (TT).
7. Mendeteksi adanya penyimpangan dari kehamilan normal dan merujuk ke fasilitas atau tenaga kesehatan yang sesuai bila diperlukan.
8. Membimbing ibu dalam persiapan menghadapi persalinan, peran sebagai orang tua, serta memberikan penyuluhan tentang perilaku hidup sehat selama masa kehamilan.

9. Memastikan bahwa penggunaan obat tradisional atau jamu yang dikonsumsi aman bagi ibu dan janin.

2.2.7 Standar Asuhan Kehamilan

1. Standar 3 – Pendataan Ibu Hamil

   Pelaksanaan kunjungan rumah serta penyuluhan kepada ibu, suami, dan masyarakat bertujuan untuk meningkatkan kesadaran akan pentingnya pemeriksaan kehamilan sejak dini secara teratur.

2. Standar 4 – Pemeriksaan dan Pemantauan Kehamilan (Antenatal)

   a. Ibu hamil dianjurkan melakukan minimal empat kali kunjungan ANC.

   b. Pemeriksaan mencakup wawancara riwayat kesehatan (anamnesis), serta pemantauan kondisi fisik ibu dan janin.

   c. Dilakukan identifikasi dini terhadap risiko seperti anemia, malnutrisi, tekanan darah tinggi, serta infeksi menular seksual (termasuk HIV).

   d. Pemberian imunisasi, edukasi kesehatan, pencatatan hasil pemeriksaan, dan rujukan apabila ditemukan kelainan.

2. Standar 4 – Pemeriksaan dan Pemantauan Kehamilan (Antenatal)

   a. Ibu hamil dianjurkan melakukan minimal empat kali kunjungan ANC.

   b. Pemeriksaan mencakup wawancara riwayat kesehatan (anamnesis), serta pemantauan kondisi fisik ibu dan janin.

   c. Dilakukan identifikasi dini terhadap risiko seperti anemia, malnutrisi, tekanan darah tinggi, serta infeksi menular seksual (termasuk HIV).

d. Pemberian imunisasi, edukasi kesehatan, pencatatan hasil pemeriksaan, dan rujukan apabila ditemukan kelainan.

3. Standar 5 – Pemeriksaan Abdominal (Palpasi)

Pemeriksaan perut dilakukan untuk menilai usia kehamilan, letak janin, dan mendeteksi kemungkinan kelainan yang membutuhkan rujukan lebih lanjut secara tepat waktu.

4. Standar 6 – Penanganan Anemia pada Ibu Hamil

Meliputi upaya pencegahan, skrining, penatalaksanaan, dan rujukan kasus anemia yang ditemukan, sesuai dengan panduan yang berlaku.

5. Standar 7 – Deteksi Dini Hipertensi dalam Kehamilan

Menekankan pentingnya pengawasan tekanan darah serta gejala awal preeklampsia, dilanjutkan dengan intervensi atau rujukan yang sesuai bila diperlukan.

6. Standar 8 – Kesiapan Menghadapi Persalinan

Pemberian informasi dan edukasi kepada ibu hamil dan keluarganya pada trimester ketiga mengenai persiapan melahirkan secara bersih dan aman, termasuk perencanaan transportasi dan pembiayaan darurat. Standar ini juga mencakup kunjungan rumah oleh bidan untuk memastikan kesiapan persalinan (Arfiah, 2022).

2.2.8 Standar Komponen Pelayanan Kehamilan

1. Penimbangan Berat Badan dan Pengukuran Tinggi Badan pada Setiap Kunjungan

Setiap kunjungan antenatal care (ANC) harus disertai dengan penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan ibu hamil, yang kemudian dicatat secara sistematis. Penimbangan ini bertujuan untuk memantau peningkatan berat badan selama kehamilan dibandingkan dengan berat badan sebelum hamil, sekaligus untuk mendeteksi adanya gangguan pada pertumbuhan janin (Pratamaningtyas et al., 2019). Rata-rata kenaikan berat badan selama kehamilan adalah sekitar 10 hingga 12,5 kg. Pada ibu dengan berat badan ideal sebelum hamil, kenaikan yang dianjurkan adalah sekitar 1 kg setiap bulan. Jika kenaikan berat badan berada di bawah angka yang direkomendasikan, maka berisiko melahirkan bayi dengan berat lahir rendah (BBLR).

Penambahan berat badan selama masa kehamilan disesuaikan dengan status gizi ibu sebelum kehamilan, yang dinilai melalui Indeks Massa Tubuh (IMT) (Lutfitasari et al., 2023; Dalmiya & Kupka, 2022). Pengukuran tinggi badan dan berat badan penting untuk menentukan status gizi ibu menggunakan rumus IMT, yaitu berat badan (kg) dibagi tinggi badan (meter) kuadrat. Nilai IMT digunakan sebagai indikator status gizi seseorang, yang sangat berkaitan dengan kondisi kekurangan atau kelebihan gizi (Kemenkes, 2014; Dalmiya & Kupka, 2022).

Perhitungan indeks massa tubuh (IMT)

IMT = BB / TB2

Tabel 2.1 Rumus Indeks Masa Tubuh

Keterangan :

IMT = Indeks Masa Tubuh

BB = Berat Badan Sebelum Hamil (kg)

TB = Tinggi Badan (m)

Tabel 2.2 Berat Badan Yang Dianjurkan Pada Masa Kehamilan

Profil	Pertambahan BB
Berat badan normal (BMI : 18,5-24,9)	11,5-16,0 kg
Berat badan rendah (BMI : < 18,5)	12,71-18,16 kg
Berusia di bawah 19 tahun	12,5-18,0 kg
Kelebihan berat badan (BMI : 25-29,9)	6,81-11,35 kg
Obes (BMI : 30-39,9)	6,81-9,08 kg
Hamil bayi kembar	16,0-20,5 kg

(Sumber : Kemenkes RI, 2020)

Pengukuran tinggi badan pada kunjungan awal kehamilan dilakukan untuk mengidentifikasi potensi faktor risiko. Ibu hamil dengan tinggi badan di bawah 145 cm memiliki kemungkinan lebih tinggi mengalami cephalopelvic disproportion (CPD), yaitu ketidaksesuaian antara ukuran kepala janin dan panggul ibu.

2. Ukur tekanan darah

Pengukuran tekanan darah secara tepat sangat penting dalam mendeteksi dan menangani gangguan hipertensi selama kehamilan, seperti

hipertensi kronis, hipertensi gestasional, dan preeklampsia (PE). Tekanan darah sendiri merupakan tekanan yang dihasilkan oleh aliran darah terhadap dinding pembuluh darah setiap kali jantung berdetak. Ketepatan dalam mengukur tekanan darah menjadi bagian krusial dalam memberikan pelayanan kebidanan yang aman dan berkualitas (Hurrell et al., 2022). Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan bahwa batas tekanan darah normal berkisar antara 110–120 mmHg untuk sistolik dan 70-80 mmHg untuk diastolik. Tekanan darah yang mencapai atau melebihi 140/90 mmHg dapat mengganggu aliran darah ke plasenta, yang berakibat pada penurunan pasokan oksigen dan nutrisi ke janin, sehingga dapat menghambat pertumbuhan janin.

Pada umumnya, tekanan darah ibu hamil akan cenderung menurun selama trimester kedua dan mulai meningkat kembali pada trimester ketiga. Pengukuran tekanan darah idealnya dilakukan dalam posisi setengah duduk atau miring, karena posisi telentang dapat menyebabkan penurunan tekanan darah (hipotensi terlentang) akibat tekanan uterus terhadap vena cava inferior yang menghambat aliran darah balik ke jantung. Jika tekanan darah tinggi tidak ditangani, ibu hamil berisiko mengalami komplikasi serius seperti serangan jantung, stroke, gangguan ginjal, dan masalah kesehatan lainnya. Selama masa kehamilan, kondisi tekanan darah tinggi dikenal dengan istilah hipertensi gestasional (Haslan, 2004; Hurrell et al., 2022; Hutahaean, 2013).

3. Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas LILA)

Status gizi ibu hamil dapat dinilai melalui identifikasi masalah gizi utama seperti Kekurangan Energi Kronis (KEK), kekurangan yodium, dan anemia. Penilaian ini dilakukan melalui pengukuran antropometri seperti lingkar lengan atas (LILA), serta pemeriksaan laboratorium yang dapat menunjukkan adanya anemia atau kekurangan mikronutrien tertentu. KEK merupakan kondisi kekurangan asupan energi yang berlangsung dalam jangka waktu lama, dan dapat diidentifikasi jika hasil pengukuran LILA menunjukkan angka kurang dari 23,5 cm. Kondisi ini biasanya disebabkan oleh ketidakseimbangan antara asupan dan pengeluaran energi tubuh (Lutfitasari et al., 2023; Dalmiya & Kupka, 2022).

Lingkar lengan atas juga mencerminkan ketebalan lipatan kulit, yang berkaitan langsung dengan total cadangan lemak tubuh pada ibu hamil (Babu et al., 2021). Pengukuran LILA telah terbukti sebagai metode cepat dan praktis untuk memantau status gizi, serta memiliki korelasi erat dengan Indeks Massa Tubuh (IMT). Penggunaan LILA tidak hanya bermanfaat untuk mendeteksi malnutrisi pada ibu, tetapi juga untuk mengamati perkembangan janin. Selain itu, LILA dapat digunakan untuk menilai kecukupan asupan protein dan cadangannya, yang berhubungan erat dengan kondisi malnutrisi berat (Bagenda et al., 2022; Lutfitasari et al., 2023).

4. Ukur tinggi fundus uteri (TFU)

Evaluasi pertumbuhan janin merupakan metode penting untuk mendeteksi apakah janin berkembang terlalu kecil atau terlalu besar dibandingkan usia kehamilannya. Kedua kondisi tersebut berisiko tinggi menyebabkan kesakitan dan kematian perinatal (McFarland et al., 2021; Papageorghiou et al., 2016). Salah satu cara untuk memantau pertumbuhan janin adalah dengan mengukur tinggi fundus uteri menggunakan metode McDonald, yaitu dengan pita ukur yang diletakkan dari bagian atas tulang pubis (symphysis pubis) hingga puncak rahim (fundus uteri). Pemeriksaan tinggi fundus uteri (TFU) bertujuan untuk memastikan bahwa ukuran rahim sesuai dengan usia kehamilan. Selain itu, TFU juga dapat digunakan untuk memperkirakan berat janin menggunakan rumus Johnson-Tausack. Bila kepala janin belum masuk ke pintu atas panggul (PAP), maka taksiran berat janin (TBJ) = (TFU – 12) x 155 gram. Namun jika kepala janin sudah masuk PAP, maka rumusnya menjadi (TFU – 11) x 155 gram (Haslan, 2004; Hutahaean, 2013; Papageorghiou et al., 2016).

Tabel 2.3 Tinggi Fundus Uteri

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri (Mc.Donald	Tinggi Fundus Uteri (Leopold)
12 minggu	3 jari di atas simpisis	

16 minggu	½ simpisis-pusat	
20 minggu	3 jari di bawah pusat	
24 minggu	Setinggi pusat	24 cm
28 minggu	3 jari di atas pusat	27 cm
32 minggu	½ pusat-processus xifoidesus	30 cm
36 minggu	Setinggi processus xifoideus	33 cm
40 minggu	2 jari di bawah processus xifoideus	

5. Pemberian imunisasi TT (Tetanus Toksoid)

Pemberian vaksin Tdap, yang terdiri dari toksoid tetanus, toksoid difteri dengan dosis rendah, dan pertusis aselular, dinyatakan aman untuk ibu hamil dan janinnya, serta dapat diberikan kapan saja selama masa kehamilan. Vaksin Td maupun TT yang diberikan selama kehamilan juga tidak menunjukkan adanya efek merugikan terhadap ibu maupun janin. Pemberian vaksin ini bertujuan untuk mencegah terjadinya tetanus pada bayi baru lahir (tetanus neonatorum) (Committee on Obstetric Practice, 2017).

Tabel 1.4 Jadwal Imunisasi TT

Antigen	Interval	Lama Perlindungan	% Perlindungan

TT 1	Pada kunjungan antenatal	-	-
TT 2	4 minggu setelah TT 1	3 tahun	80
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun	95
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10 tahun	99
TT 5	1 tahun setelah TT 4	25 tahun/ seumur hidup	99

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

   Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) dan posisi janin mulai dilakukan setelah usia kehamilan melewati 12 minggu untuk menilai kondisi dan letak janin dalam rahim. Rentang DJJ yang dianggap normal adalah antara 120 hingga 160 denyut per menit. Jika frekuensi DJJ di bawah 120 kali per menit (bradikardi) atau melebihi 160 kali per menit (takikardi), hal ini dapat mengindikasikan adanya tanda-tanda janin dalam kondisi gawat. Penilaian terhadap presentasi janin dilakukan menjelang akhir trimester kedua dan diulang setiap kali kunjungan antenatal. Tujuannya adalah untuk memastikan posisi janin. Apabila pada trimester ketiga bagian terbawah janin bukan kepala, atau kepala belum masuk ke dalam panggul, hal ini dapat menandakan kelainan posisi janin, panggul yang sempit, atau gangguan lainnya.

7. Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD)

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) merekomendasikan konsumsi harian suplemen zat besi dan asam folat sebagai bagian dari perawatan kehamilan, guna menurunkan risiko anemia pada ibu, kekurangan zat besi, serta berat lahir rendah pada bayi. Kebutuhan zat besi pada wanita lebih tinggi dibandingkan pria karena adanya kehilangan darah saat menstruasi dan risiko perdarahan. Jika kadar hemoglobin ibu hamil kurang dari 11 gr%, disarankan untuk mengonsumsi tablet zat besi sebanyak dua hingga tiga kali per hari. Suplemen yang dianjurkan mengandung antara 30–60 mg zat besi dan 400 mikrogram asam folat. Untuk wanita hamil yang tidak mengalami anemia, pemberian suplemen secara berselang (intermiten) juga direkomendasikan sebagai alternatif untuk mencegah anemia dan meningkatkan hasil kehamilan. Selama masa kehamilan, ibu hamil setidaknya harus mengonsumsi 90 tablet zat besi (tablet Fe) sebagai suplemen penambah darah (Dalmiya & Kupka, 2022; Casadei, 2017).

8. Test Laboraturium (penyakit sifilis, Hepatitis B dan HIV) dan USG

Ibu hamil perlu menjalani pemeriksaan laboratorium secara rutin, yang mencakup pemeriksaan golongan darah, kadar hemoglobin, protein dalam urin, kadar gula darah, serta tes untuk mendeteksi penyakit yang umum ditemukan di wilayah endemis atau saat terjadi wabah, seperti malaria, infeksi menular seksual, HIV, sifilis, dan hepatitis B. Sementara itu, pemeriksaan laboratorium yang lebih spesifik dilakukan berdasarkan indikasi medis tertentu (Haslan, 2004; Suparyanto & Rosad, 2020).

9. Tatalaksana khusus

Setiap kelainan yang terdeteksi melalui pemeriksaan antenatal maupun hasil laboratorium pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan prosedur standar serta dalam batas kewenangan tenaga kesehatan yang bertugas. Apabila ditemukan kasus yang berada di luar kapasitas penanganan, maka harus segera dirujuk sesuai dengan alur sistem rujukan yang berlaku (Haslan, 2004; Suparyanto & Rosad, 2020).

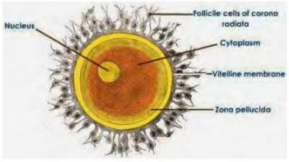
10. Temu Wicara (konseling), termasuk perencanaan persalinan

Persiapan rujukan perlu disiapkan karena kematian ibu dan bayi disebabkan keterlambatan dalam mencapai fasilitas pelayanan kesehatan. Perlu diingat juga bahwa pelayanan antenatal hanya dapat diberikan oleh tenaga kesehatan profesional dan tidak dapat dilakukan oleh dukun bayi. (Peraturan Menteri Kesehatan Nomor Tahun 2019 Tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, 2019).

2.2.9 Proses Kehamilan

1. Ovum

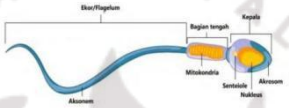
Ovum merupakan sel reproduksi perempuan (oosit) yang dikeluarkan oleh ovarium pada saat proses ovulasi. Sel ini merupakan yang terbesar di tubuh manusia, dengan diameter sekitar 0,2 mm, dan dilapisi oleh zona pelusida serta lapisan sel corona radiata (Erina, 2018).



Gambar 2.1 Sel Telur (Ovum)

2. Sperma

Sperma merupakan sel reproduksi laki-laki yang diproduksi di testis dan memiliki bentuk menyerupai kecebong, terdiri atas bagian kepala, leher, dan ekor. Dalam satu kali ejakulasi, rata-rata dikeluarkan sekitar 3 cc semen yang mengandung sekitar 100 juta sel sperma per mililiter. Sperma dapat bertahan hidup selama 2 hingga 4 hari dan mampu menembus ovum dengan bantuan enzim hialuronidase yang berfungsi melemahkan lapisan corona radiata.



Gambar 2.2 Sel Sperma

3. Konsepsi

Konsepsi merupakan proses awal terjadinya kehamilan yang dimulai dari pertemuan antara sel sperma dan ovum. Tahapan dalam proses ini meliputi pembentukan sel kelamin (gametogenesis), pelepasan sel telur (ovulasi), pembuahan, hingga penempelan embrio pada dinding rahim (implantasi) (Situmorang & Yatri, 2021).

4. Ovulasi

Ovulasi merupakan proses pelepasan sel telur yang telah matang dari ovarium menuju tuba falopi, yang dipicu oleh peningkatan hormon luteinizing hormone (LH) sekitar 14 hari sebelum menstruasi berikutnya. Dari sekitar 10 hingga 20 folikel yang berkembang, biasanya hanya satu

yang berhasil matang dan dilepaskan, sementara sisanya mengalami degenerasi. Beberapa tanda ovulasi antara lain:

a. Peningkatan suhu basal tubuh sebesar 0,2–0,5 °C.

b. Lendir serviks menjadi lebih kental dan elastis.

c. Perubahan suasana hati, meskipun bervariasi pada setiap wanita (Wulandari, 2021).

Setelah ovulasi, ovum akan ditangkap oleh fimbriae tuba falopi dan digerakkan menuju rahim oleh gerakan silia. Ovum dikelilingi oleh zona pellucida dan lapisan corona radiata, dan tetap dalam kondisi subur selama kurang lebih 24 jam. Jika dalam waktu sekitar 12 jam tidak terjadi pembuahan, ovum akan mengalami degenerasi dan diserap kembali oleh tubuh. Selain itu, ovum juga dapat mengalami migrasi lintas sisi, yaitu masuk ke tuba falopi yang berlawanan dari tempat ovarium asalnya (Situmorang & Yatri, 2021).

5. Fertilisasi

1). Fertilisasi

Proses pembuahan terjadi ketika satu sel sperma berhasil menyatu dengan satu sel ovum di dalam tuba falopi, membentuk zigot. Sperma menembus lapisan zona pellucida dan bergabung dengan membran ovum, yang kemudian memicu beberapa mekanisme penting:

a. Terjadinya blokade primer, yaitu perubahan membran ovum yang mencegah sperma lain masuk (depolarisasi membran).

b. Reaksi kortikal, yang menyebabkan pengerasan zona pellucida sebagai penghalang sekunder.

c. Aktivasi pembelahan meiosis II, yang membuat ovum menjadi haploid dan menjaga agar zigot tetap memiliki jumlah kromosom yang tepat (diploid).

2). Pembelahan Zigot

Setelah terbentuk, zigot mulai mengalami pembelahan mitosis saat masih berada di dalam tuba falopi. Zigot berkembang dari tahap morula menjadi blastokista (sekitar 32–64 sel), yang terdiri atas dua bagian utama :

a. Trofektoderm, yang akan berkembang menjadi plasenta.

b. Massa sel dalam (inner cell mass), yang akan menjadi embrio atau janin.

3). Implantasi

Ketika blastokista sampai di rahim, ia menempel pada lapisan endometrium. Sel trofoblas yang menyelubungi blastokista kemudian berdiferensiasi menjadi :

a. Sitotrofoblas

b. Sinsitiotrofoblas, sel multinukleat yang berperan dalam produksi hormon dan penyerapan nutrisi dari rahim.

4). Proses Desidualisasi

Endometrium mengalami perubahan struktural dan fungsional untuk menerima dan mendukung embrio. Perubahan ini membentuk lapisan kaya nutrisi bagi janin dan memperkuat lokasi implantasi.

5). Perkembangan Janin

Janin tumbuh dan berkembang selama kurang lebih sembilan bulan kehamilan, dengan pembentukan organ-organ dan sistem tubuh secara bertahap sesuai dengan usia gestasi.

2.2.10 Pembentukan Janin

Menurut Federasi Obstetri dan Ginekologi Internasional, kehamilan diartikan sebagai proses terjadinya pembuahan, yaitu bergabungnya sel sperma dengan ovum, yang kemudian dilanjutkan dengan proses implantasi atau nidasi pada dinding rahim (Yulistiana, 2015). Kehamilan merupakan rangkaian peristiwa yang berkelanjutan, dimulai dari ovulasi, pergerakan sperma dan ovum, terjadinya konsepsi, pembentukan zigot, penempelan hasil konsepsi pada rahim, pembentukan plasenta, hingga pertumbuhan dan perkembangan janin sampai mencapai cukup bulan (Manuaba, 2014).

Berdasarkan usia kehamilan, masa gestasi dibagi menjadi tiga tahap, yaitu :

1. Trimester pertama (0–12 minggu): masa awal pembentukan organ-organ tubuh janin.

2. Trimester kedua (12–28 minggu): organ-organ janin telah terbentuk namun belum sempurna, dan kemampuan hidup di luar kandungan (viabilitas) masih meragukan.

3. Trimester ketiga (28–39 minggu): janin dianggap telah cukup matang dan mampu bertahan hidup jika dilahirkan.

Gambar 2.3 Pembentukan Janin

2.2.11 Perubahan Sistem Reproduksi

1. Uterus

Selama masa kehamilan, rahim mengalami berbagai perubahan penting, terutama terkait dengan pertumbuhan jaringan otot rahim serta munculnya lightening (turunnya bagian terbawah janin ke panggul) menjelang akhir kehamilan. Perubahan-perubahan ini dipengaruhi oleh hormon estrogen dan progesteron, dengan efek sebagai berikut:

a. Terjadi pembesaran (hipertrofi) dan pelebaran (dilatasi) pada otot rahim.

b. Terjadi akumulasi jaringan fibrosa dan elastis yang berfungsi memperkuat dinding rahim.

c. Jumlah dan ukuran pembuluh darah vena di sekitar rahim bertambah.

d. Dinding rahim mengalami penipisan secara bertahap.

e. Seiring bertambahnya usia kehamilan, rahim menjadi lebih lunak dan kehilangan kekakuannya (Fitriani et al., 2021).

Selain itu, perubahan bentuk dan konsistensi rahim juga mengikuti perkembangan usia kehamilan. Pada bulan pertama, rahim berbentuk seperti buah alpukat. Ketika kehamilan mencapai usia 16 minggu, bentuknya menjadi bulat, dan menjelang akhir kehamilan, rahim menyerupai telur lonjong. Ukuran rahim pun meningkat: pada wanita tidak hamil ukurannya seperti telur ayam, pada usia 8 minggu sebesar telur bebek, dan di usia 12 minggu sebesar telur angsa.

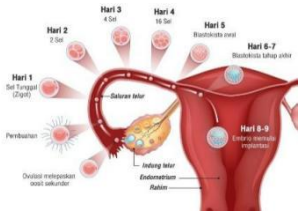
Di awal kehamilan, bagian isthmus dari rahim mengalami pembesaran dan pemanjangan, sehingga terasa lebih lunak saat diperiksa secara palpasi—fenomena ini dikenal sebagai tanda Hegar. Pada usia kehamilan 20 minggu, rahim teraba seperti kantong berisi cairan ketuban. Karena dinding rahim yang menipis, bagian tubuh janin dapat diraba dari luar melalui dinding perut dan rahim (Wulandari et al., 2021).

Gambar 2.4 Perkembangan Uterus Saat Hamil

2. Serviks

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

darah, warna menjadi livid yang disebut dengan tanda chadwick (Putri, 2022).



Gambar 2.5 Pembentukan Serviks Saat Hamil

4. Vagina dan perineum

Serviks mengalami peningkatan aliran darah sehingga menjadi lebih lunak, kondisi ini dikenal sebagai tanda Goodell. Kelenjar-kelenjar di endoserviks juga mengalami pembesaran dan menghasilkan cairan mukus dalam jumlah banyak. Akibat peningkatan jumlah serta pelebaran pembuluh darah, warna serviks berubah menjadi kebiruan atau keunguan, yang disebut sebagai tanda Chadwick (Putri, 2022).

5. Vulva

Vulva mengalami peningkatan aliran darah (vaskularisasi) yang menyebabkan perubahan warna menjadi lebih gelap (Fitriani et al., 2021).

6. Ovarium

Ovulasi tidak terjadi selama kehamilan akibat peningkatan kadar hormon estrogen dan progesteron, yang menekan sekresi hormon FSH dan LH dari kelenjar hipofisis anterior. Korpus luteum kehamilan tetap ada hingga plasenta terbentuk dan mengambil alih fungsi produksi estrogen dan progesteron (Yuliani et al., 2021).

2.2.12 Tanda Tidak Pasti Hamil dan Tanda Pasti Hamil

1. Tanda Tidak Pasti Kehamilan

a. Amenore (tidak haid)

Pembuahan dan implantasi menyebabkan berhentinya pembentukan folikel de Graaf dan ovulasi, sehingga siklus menstruasi terhenti.

b. Mual dan muntah

Peningkatan hormon estrogen dan progesteron menyebabkan produksi asam lambung berlebihan, memicu rasa mual dan muntah, terutama pada pagi hari (dikenal sebagai morning sickness).

c. Ngidam

Ibu hamil sering kali memiliki keinginan kuat terhadap makanan tertentu, kondisi ini disebut ngidam.

d. Pingsan (sinkop)

Terjadinya gangguan sirkulasi ke otak dapat menurunkan aliran darah ke sistem saraf pusat, yang mengakibatkan pingsan.

e. Kelelahan

Umum terjadi pada trimester pertama akibat penurunan laju metabolisme basal, yang nantinya akan meningkat seiring bertambahnya usia kehamilan karena aktivitas metabolisme dari hasil konsepsi.

f. Payudara terasa tegang

Estrogen merangsang perkembangan sistem duktus di payudara, sementara progesteron menstimulasi pertumbuhan sistem alveolar.

g. Sering buang air kecil

Tekanan rahim yang membesar ke arah depan menekan kandung kemih, sehingga ibu sering merasa ingin buang air kecil.

h. Konstipasi (sembelit)

Peningkatan hormon progesteron menyebabkan penurunan tonus otot usus, menghambat gerakan peristaltik, dan menyebabkan kesulitan buang air besar (BAB) (Rukiyah et al., 2013).

2. Tanda Kemungkinan Kehamilan

a. Perut membesar

Ukuran rahim yang meningkat mulai tampak jelas sekitar bulan keempat kehamilan.

b. Tanda Hegar

Merupakan pelunakan pada bagian isthmus uteri, yang terasa saat pemeriksaan bimanual.

c. Tanda Goodell

Pelunakan pada serviks; jika tidak hamil terasa seperti ujung hidung, namun saat hamil menjadi selembut bibir.

d. Tanda Chadwick

Perubahan warna menjadi keunguan pada vulva, vagina, dan serviks akibat peningkatan vaskularisasi.

e. Tanda Piskacek

Rahim membesar secara tidak simetris karena implantasi janin hanya di satu sisi.

f. Kontraksi Braxton Hicks

Kontraksi ringan akibat peningkatan aktivitas otot rahim, dipengaruhi oleh naiknya kadar aktomiosin.

g. Ballotement

Gerakan janin yang teraba kembali setelah dilakukan dorongan ringan pada rahim melalui pemeriksaan dalam.

h. Planotes (Rukiyah et al., 2013).

3. Tanda Pasti Kehamilan

a. Gerakan janin

Gerakan janin yang teraba langsung oleh pemeriksa biasanya mulai dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu.

b. Denyut jantung janin

Detak jantung janin dapat dideteksi sejak usia 12 minggu menggunakan alat seperti Doppler. Jika memakai stetoskop Laennec, suara jantung janin baru terdengar pada usia kehamilan 18-20 minggu.

c. Bagian tubuh janin dapat diraba

Pada trimester akhir, bagian tubuh janin seperti kepala, bokong, tangan, dan kaki bisa diraba secara langsung melalui dinding perut, dan terlihat lebih jelas melalui USG.

d. Kerangka janin

Struktur tulang janin dapat terlihat melalui foto rontgen atau ultrasonografi (USG) (Rukiyah et al., 2013).

4. Tanda Bahaya Kehamilan

a. Perdarahan dari vagina

Perdarahan selama kehamilan dibagi menjadi dua jenis :

Perdarahan trimester awal (kurang dari 22 minggu) :

1). Keluarnya darah merah

2). Volume darah cukup banyak

3). Disertai nyeri

Perdarahan trimester lanjut (di atas 22 minggu hingga sebelum persalinan) :

1). Darah segar atau kehitaman, kadang disertai bekuan

2). Volume banyak, bisa terus-menerus atau tidak

3). Disertai rasa nyeri

b. Sakit kepala berat

Sakit kepala parah selama kehamilan bisa menjadi tanda kondisi serius, bukan sekadar ketidaknyamanan biasa.

c. Gangguan penglihatan

Perubahan visual mendadak, seperti penglihatan kabur, melihat bintik-bintik, atau berkunang-kunang, bisa mengindikasikan kondisi berbahaya.

\d. Pembengkakan di wajah dan tangan

Edema (penumpukan cairan) ditandai oleh pembengkakan di kaki, tangan, dan wajah, serta peningkatan berat badan.

e. Nyeri perut hebat

Nyeri perut yang tidak terkait kontraksi persalinan dan tidak hilang setelah istirahat bisa menandakan kondisi serius, seperti kehamilan ektopik, radang panggul, persalinan prematur, infeksi saluran kemih, atau gangguan lain (Rukiyah et al., 2013).

2.2.13 Perubahan Anatomi Pada Kehamilan

1. Perubahan Sistem Payudara

Selama kehamilan, payudara mengalami pembesaran dan terasa tegang akibat pengaruh hormon somatomatropin, estrogen, dan progesteron. Meskipun demikian, produksi air susu belum dimulai. Penumpukan lemak di area payudara turut menyebabkan ukurannya membesar, dan areola mengalami penggelapan warna (hiperpigmentasi) (Dartiwen & Nurhayati, 2019). Memasuki trimester ketiga, pertumbuhan kelenjar mammae semakin pesat, sehingga ukuran payudara bertambah signifikan. Sekitar usia kehamilan 32 minggu, mulai keluar cairan berwarna putih encer yang menyerupai air susu. Setelah itu hingga waktu persalinan, cairan yang dikeluarkan menjadi

lebih pekat, berwarna kekuningan, dan kaya akan kandungan lemak. Cairan ini dikenal sebagai kolostrum (Ayu et al., 2022).

2. Perubahan Sistem Endokrin/Hormon

Selama kehamilan, terjadi perubahan signifikan pada kelenjar endokrin. Kelenjar hipofisis mengalami pembesaran hingga sekitar 135%, disertai peningkatan kadar hormon prolaktin hingga 10 kali lipat pada usia kehamilan aterm, lalu menurun kembali setelah melahirkan. Kelenjar tiroid juga mengalami pembesaran hingga mencapai volume 15 ml, yang disebabkan oleh hiperplasia dan peningkatan aliran darah. Hormon paratiroid awalnya menurun pada trimester pertama, kemudian meningkat secara bertahap untuk memenuhi kebutuhan kalsium janin. Kelenjar ini turut berperan dalam produksi peptida baik pada ibu, janin, maupun plasenta. Asupan vitamin D sebanyak 10 mg per hari dianjurkan selama masa kehamilan dan menyusui karena berperan penting dalam metabolisme kalsium. Meskipun kelenjar adrenal mengalami pengecilan, produksi hormon seperti androstenoid, testosteron, kortisol, aldosteron, dan deoksikortikosteroid justru meningkat. Sebaliknya, kadar hormon dehidroepiandrosteron sulfat (DHEA-S) mengalami penurunan (Gultom & Hutabarat, 2020).

3. Perubahan Sistem Imun Dan Sistem Urine

1). Sistem Imun

a. Terjadi peningkatan respon imun bawaan, termasuk proses inflamasi dan fagositosis.

b. Sebaliknya, imunitas adaptif mengalami penurunan untuk mencegah tubuh ibu menolak keberadaan janin.

c. Perubahan ini menyebabkan ibu hamil lebih rentan terhadap infeksi dan dapat memengaruhi kondisi penyakit autoimun (Hidayanti et al., 2022).

2). Sistem Urinaria

a. Produksi urin meningkat hingga 50% seiring dengan bertambahnya volume darah selama kehamilan.

b. Pada awal kehamilan, kandung kemih tertekan oleh rahim sehingga sering terjadi keinginan buang air kecil.

c. Hormon progesteron menyebabkan pelebaran ureter dan menurunnya tonus otot kandung kemih, yang dapat membuat urine tertinggal dan meningkatkan risiko infeksi saluran kemih seperti pielonefritis.

d. Polyuria disebabkan oleh peningkatan filtrasi glomerulus (hingga 69%), meskipun tidak ada perubahan dalam proses reabsorpsi.

e. Di trimester pertama, posisi berbaring terlentang dapat menekan vena cava inferior, yang menyebabkan penurunan curah jantung dan aliran darah ke ginjal.

f. Memasuki trimester kedua, mukosa kandung kemih menjadi lebih sensitif dan tonusnya menurun, dengan kapasitas kandung kemih bisa mencapai hingga 1500 ml.

g. Pada trimester ketiga, tekanan dari kepala janin terhadap kandung kemih kembali meningkatkan frekuensi buang air kecil.

h. Hemodilusi yang terjadi membantu metabolisme cairan serta mengubah bentuk kandung kemih dari cembung menjadi cekung (Rahmatulah, 2019; Dartiwen & Nurhayati, 2019).

3). Perubahan Sistem Gastrointestinal

a. Kadar progesteron yang tinggi mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kadar kolesterol, serta melemahkan otot polos, sehingga memperlambat peristaltik usus.

b. Produksi air liur meningkat dan menjadi lebih asam, yang dapat menimbulkan mual dan muntah (morning sickness) terutama pada trimester pertama.

c. Meskipun produksi asam lambung menurun, perubahan posisi lambung dan tekanan dari rahim menyebabkan peningkatan refluks atau sensasi panas di dada (pirosis).

d. Pembesaran uterus memberikan tekanan pada lambung, usus, dan rektum, yang bisa memicu konstipasi dan hemoroid.

e. Penurunan motilitas lambung membuat makanan tinggal lebih lama di saluran cerna, meningkatkan penyerapan zat gizi namun dapat menimbulkan obstipasi.

f. Posisi apendiks mengalami pergeseran ke arah atas dan samping, sehingga lokasi nyeri bila terjadi radang usus buntu bisa berubah (Putri, 2022).

4). Perubahan Sistem Muskuloskeletal

a. Kadar hormon relaksin meningkat, menyebabkan pelunakan leher rahim, pelonggaran pada simfisis pubis dan sendi panggul, serta menghambat kontraksi rahim.

b. Ligamen yang lebih relaks dapat meningkatkan risiko nyeri punggung dan cedera.

c. Bertambahnya berat badan, perkembangan janin, dan perubahan hormonal menyebabkan ligamen melemah dan memperlebar sendi sakroiliaka serta simfisis pubis.

d. Perubahan ini mulai terjadi sejak usia kehamilan 10–12 minggu dan semakin meningkat menjelang trimester ketiga untuk mempersiapkan tubuh menghadapi persalinan.

e. Tubuh juga beradaptasi dengan mengubah postur dan cara berjalan, menggeser pusat gravitasi ke depan, serta meningkatkan kelengkungan tulang belakang (lordosis) (Nani, 2018).

2.2.14 Perubahan Psikologi Dalam Kehamilan

1. Pengertian Psikologi pada Ibu Hamil

Masa kehamilan merupakan fase kritis secara psikologis, yang ditandai dengan perubahan peran identitas dan ketidakstabilan emosional. Pada awalnya, ibu hamil bisa mengalami reaksi seperti keterkejutan, penolakan, kebingungan, hingga penyangkalan (Endjun, 2009). Kondisi ini dipengaruhi oleh:

a. Pengaruh hormon progesteron yang berdampak pada kondisi mental.

b. Kepribadian ibu dan sejauh mana kehamilan diterima.

Ibu yang dapat menerima kehamilannya biasanya lebih mampu beradaptasi, sedangkan ibu yang tidak siap atau menolak kehamilan rentan mengalami gangguan psikologis karena merasa terganggu oleh perubahan fisik seperti perut yang membesar, rasa lelah berlebihan, serta perubahan bentuk tubuh (Pieter & Namora, 2010).

2. Jenis dan Perubahan Psikologis saat Kehamilan

Pieter dan Namora (2010) menyatakan bahwa selama kehamilan, ibu dapat mengalami berbagai perubahan psikologis, seperti fluktuasi emosi, rasa malas, meningkatnya sensitivitas, mudah merasa cemburu, butuh perhatian lebih, munculnya kecemasan, rasa tidak nyaman, depresi, stres, hingga kesulitan tidur (insomnia).

3. Kebutuhan Psikologis Ibu Hamil

Menurut Megasari dan rekan-rekannya (2015), kebutuhan psikologis yang penting bagi ibu hamil meliputi: adanya dukungan dari keluarga, pendampingan oleh tenaga kesehatan, perasaan aman dan nyaman selama masa kehamilan, persiapan untuk menjalani peran sebagai orang tua, serta kesiapan anak pertama dalam menerima kehadiran adik (persiapan sibling).

4. Faktor Psikologis yang Mempengaruhi Kehamilan

Berdasarkan pendapat Romauli (2011), beberapa aspek psikologis yang dapat memengaruhi jalannya kehamilan antara lain adalah stresor, dukungan dari keluarga, penyalahgunaan zat (substance abuse), dan kekerasan dari pasangan (partner abuse).

2.2.15 Ketidaknyamanan Pada Kehamilan

1. Mual dan Muntah

a. Penyebab :

1). Hormon kehamilan (HCG) merangsang produksi estrogen yang dapat memicu rasa mual dan muntah.

2). Peningkatan keasaman lambung karena pengaruh estrogen juga turut menyebabkan keluhan ini.

b. Penanganan :

1). Minum teh manis atau jahe hangat di pagi hari.

2). Konsumsi makanan kering berkarbohidrat seperti biskuit.

3). Makan dalam porsi kecil namun sering, tiap 1–2 jam.

4). Hindari makanan pedas, berlemak, dan berminyak.

5). Pilih makanan rendah lemak tapi tinggi protein seperti ikan, telur, keju, dan kacang hijau.

6). Hindari makanan asam seperti jeruk, tomat, dan jambu.

7). Cukupi kebutuhan cairan 8–10 gelas per hari.

8). Konsumsi sayuran tinggi asam folat seperti bayam, brokoli, selada, kubis, dan jagung.

2. Sembelit (Sulit Buang Air Besar)

a. Penyebab :

1). Kadar progesteron yang tinggi dan rendahnya hormon motilin menyebabkan lambatnya peristaltik usus dan pengosongan lambung.

2). Aktivitas fisik yang minim menghambat metabolisme dan memperlambat pergerakan usus.

b. Penanganan :

1). Konsumsi makanan berserat tinggi seperti gandum, pepaya, dan sayuran hijau.

2). Hindari kafein, minuman bersoda, alkohol, dan rokok.

3). Penuhi kebutuhan cairan harian.

4). Lakukan aktivitas fisik ringan seperti jalan pagi.

5). Lakukan pijat refleksi di telapak kaki.

3. Heartburn (Sensasi Panas di Dada)

a. Penyebab :

1). Progesteron memperlambat kerja otot lambung dan esofagus, menyebabkan penumpukan makanan.

2). Rahim yang membesar menekan lambung.

b. Penanganan :

1). Makan dalam porsi kecil tapi sering.

2). Hindari makan menjelang tidur, beri jeda 2–3 jam.

3). Hindari makanan pedas, berlemak, dan asam.

4). Kurangi makanan penghasil gas (seperti kacang).

5). Konsumsi serat dari buah dan sayur.

6). Minum setelah makan, bukan saat makan.

7). Hindari kopi, soda, alkohol, dan rokok.

8). Tidur dengan posisi setengah duduk.

9). Gunakan pakaian longgar dan nyaman.

4. Keputihan

a. Penyebab :

1). Meningkatnya kadar estrogen, stres, kelelahan, dan kadar gula darah tinggi.

b. Penanganan :

1). Jaga kebersihan organ intim.

2). Ganti pakaian dalam bila lembap.

3). Cuci vagina dari depan ke belakang dan keringkan dengan tisu bersih.

4). Gunakan pakaian berbahan katun.

5). Bila disertai gatal, nyeri, bau, atau perubahan warna cairan, segera konsultasi dengan bidan atau dokter.

5. Pusing

a. Penyebab :

1). Anemia karena peningkatan volume darah tidak diimbangi kadar hemoglobin.

2). Hipotensi, gula darah rendah, dan varises.

3). Hipertensi yang mengganggu aliran darah ke otak.

b. Penanganan :

1). Konsumsi makanan kaya zat besi dan bergizi seimbang.

2). Penuhi kebutuhan cairan harian.

3). Tidur dalam posisi miring ke kiri.

4). Tinggikan kaki saat berbaring.

5). Hindari posisi telentang terlalu lama.

6). Cukup istirahat.

7). Hindari gerakan tiba-tiba dari jongkok ke berdiri.

8). Hindari stres, keramaian, dan buka jendela untuk sirkulasi udara.

6. Mudah Lelah

a. Penyebab :

1). Perubahan hormonal, peningkatan volume darah, tekanan darah rendah, dan penurunan kadar gula darah.

2). Hormon progesteron membuat kantuk meningkat.

3). Gangguan tidur di malam hari akibat sering buang air kecil.

b. Penanganan :

1). Penuhi kebutuhan cairan.

2). Hindari kafein, soda, alkohol, dan rokok.

3). Konsumsi makanan bergizi seimbang.

4). Minum susu hangat dua jam sebelum tidur.

5). Tidur siang 1–2 jam dan tidur malam ±8 jam.

6). Lakukan olahraga ringan seperti jalan pagi.

7). Jika muncul gejala seperti sesak napas dan jantung berdebar, segera periksa ke bidan atau dokter.

7. Perdarahan dari Vagina

a. Penyebab :

1). Bisa disebabkan oleh gangguan dari vagina, serviks, rahim, keguguran, masalah plasenta, kehamilan anggur, atau kehamilan ektopik.

b. Penanganan :

1). Istirahat total dan konsumsi makanan tinggi asam folat jika terjadi perdarahan pada trimester I.

2). Jika muncul flek, segera lakukan pemeriksaan ke tenaga medis.

8. Sering Buang Air Kecil

a. Penyebab :

1). Pada awal kehamilan, rahim yang membesar menekan kandung kemih.

2). Di trimester lanjut, pertumbuhan rahim semakin besar dan menekan kapasitas kandung kemih.

b. Penanganan :

1). Minum cukup di siang hari, kurangi di malam hari.

2). Hindari minuman berkafein, bersoda, dan rokok.

3). Lakukan senam kegel untuk memperkuat otot dasar panggul.

4). Jaga kebersihan area genital dan sering ganti pakaian dalam.

5). Gunakan celana dalam berbahan katun.

6). Jangan menahan buang air kecil.

7). Jika disertai nyeri atau darah saat BAK, segera periksa ke dokter.

9. Nyeri Perut Bagian Bawah

a. Penyebab :

1). Bisa terkait kehamilan (misalnya ancaman keguguran, kehamilan ektopik) atau non-kehamilan (stres, mioma, radang usus buntu).

b. Penanganan :

1). Tetap tenang, beri tahu keluarga, siapkan kebutuhan jika harus ke fasilitas kesehatan, dan segera periksa ke bidan atau dokter (Meti, 2020).

Masalah Ketidaknyamanan Pada Trimester II Dan Cara Mengatasinya

1. Edema

1). Penyebab

a. Tekanan pada vena cava inferior pada saat ibu berbaring terlentang, duduk dan berdiri terlalu lama.

b. Kongesti sirkulasi pada Ekstremitas bawah.

c. Pakaian yang ketat.

2). Penanganan

a. Hindari pakaian ketat.

b. Hindari makanan yang berkadar garam tinggi.

c. Hindari duduk/berdiri dalam jangka waktu lama.

d. Makan-makanan tinggi protein.

e. Istirahat dan naikkan tungkai selama 20 menit berulang-ulang.

f. Berbaring atau duduk dengan kaki ditinggikan.

g. Hindari berbaring terlentang.

h. Hindari kaos kaki yang ketat.

2. Gatal Dan Kaku Pada Jari

1). Penyebab

Kemungkinan penyebabnya adalah hipersensitif terhadap antigen plasenta, perubahan gaya berat yang disebabkan karena pembesaran rahim membuat berubahnya postur tubuh wanita di mana posisi bahu dan kepala lebih ke belakang.

2). Penanganan

Bisa dengan kompres dingin, mandi berendam, mandi dengan shower. posisi tubuh yang baik pada saat berdiri, duduk, maupun ketika mengambil sesuatu jangan dengan membungkuk, usahakan tulang belakang tetap dalam posisi tegak.

2.2.16 Kebutuhan Gizi dan Farmakologi Dalam Kehamilan

1. Pengertian Gizi Pada Ibu Hamil

Pemenuhan kebutuhan akan energi, protein, karbohidrat, vitamin, mineral, dan serat merupakan salah satu aspek penting dalam menjaga

kesehatan reproduksi. Seorang ibu hamil dikatakan memiliki status gizi yang baik jika lingkar lengan atas (LiLA) lebih dari 23,5 cm, indeks massa tubuh (IMT) sebelum hamil berada di rentang 18,5–25,0, pertambahan berat badan sesuai usia kehamilan, kadar hemoglobin (Hb) di atas 11 gr/dl, tekanan darah dalam batas normal (sistolik < 120 mmHg dan diastolik < 80 mmHg), serta hasil pemeriksaan urine menunjukkan tidak ada gula dan protein (Kemenkes RI, 2020).

Menurut Kemenkes RI (2020), kekurangan gizi terjadi ketika asupan harian zat gizi dalam waktu lama berada di bawah kebutuhan yang dianjurkan, sehingga tubuh tidak memperoleh cukup nutrisi. Dua masalah gizi utama yang sering ditemukan pada ibu hamil antara lain :

1). Kekurangan Energi Kronis (KEK)

KEK pada ibu hamil disebabkan oleh rendahnya asupan energi seperti karbohidrat dan lemak dalam jangka waktu lama. Deteksi dini KEK dilakukan melalui pengukuran LiLA, dimana nilai <23,5 cm mengindikasikan risiko KEK. Selain itu, IMT pada trimester pertama <18,5 juga digunakan sebagai kriteria diagnosis KEK. Ibu hamil dengan KEK berisiko mengalami komplikasi seperti keguguran, perdarahan setelah melahirkan, kematian ibu, hambatan kenaikan berat badan, penurunan aktivitas fisik, ukuran payudara dan perut yang tidak bertambah normal, gangguan pergerakan janin, rentan terhadap infeksi, proses persalinan yang lama dan sulit, serta pertumbuhan janin yang terhambat (IUGR).

Bayi yang dilahirkan juga berisiko mengalami berat badan lahir rendah (BBLR), kelainan bawaan seperti kelainan tabung saraf, bibir sumbing, dan langit-langit mulut, serta stunting. Dalam jangka panjang, anak berisiko menderita penyakit tidak menular (PTM) seperti diabetes, hipertensi, penyakit jantung koroner, serta gangguan perkembangan otak yang dapat memengaruhi kecerdasan.

2). Anemia

Anemia pada ibu hamil adalah kondisi ketika kadar hemoglobin di bawah 11 gr/dl. Penyebabnya antara lain asupan makanan rendah kandungan zat besi, protein, vitamin B12, dan asam folat; peningkatan kebutuhan zat gizi selama kehamilan karena perubahan fisiologis dan pertumbuhan janin serta kehilangan zat besi akibat perdarahan baik akut maupun kronis. KEK juga turut memperparah kondisi anemia.

3). Peningkatan Kebutuhan Gizi Saat Hamil

Selama masa kehamilan, kebutuhan gizi seorang perempuan meningkat dibandingkan saat tidak hamil. Misalnya, kebutuhan energi harian untuk perempuan usia 19–29 tahun dengan berat badan 52 kg dan tinggi 156 cm sekitar 1.990 kkal, dan untuk usia 30–49 tahun dengan berat badan 55 kg sekitar 1.800 kkal. Kebutuhan ini meningkat sekitar 180 kkal per hari pada trimester pertama, dan bertambah sekitar 300 kkal per hari pada trimester kedua dan ketiga.

Selain energi, kebutuhan akan protein, lemak, vitamin, dan mineral juga mengalami peningkatan selama kehamilan (Victoria, 2018).

	Dewasa		Saat Hamil		
	19-29 Tahun	30-49 Tahun	TM I	TM II	TM III
Selenium (mg)	30	30	+5	+5	+5
Mangan (mg)	1,8	1,8	+0,2	+0,2	+0,2
Fluor (mg)	2,5	2,7	+0,2	+0,2	+0,2

Tabel 1.5 Angka Kecukupan Gizi Rata-rata Yang Dianjurkan Untuk Ibu Hamil (Hariatmo dan Wiyoyo, 2017).

2. Kebutuhan Gizi Setiap Trimester

Tabel 1.6 Kebutuhan Gizi Ibu Hamil Trimester I

Nama Zat Besi	**Fungsi**	**Bahan Makanan**
Asam Folat	Pembentukan sistem saraf pusat, termasuk otak.	Sayuran berdaun hijau, tempe, serta serealia, atau kacang-kacangan yang sudah ditambahkan asam folat.
Asam Lemak Tak Jenuh	Tumbuh kembang sistem saraf pusat dan otak.	Ikan laut.
Vitamin B12	Perkembangan sel janin.	Hasil ternak dan produk olahannya, serta produk olahan kacang kedelai seperti tempe dan tahu.
Vitamin D	Membantu penyerapan kalsium dan mineral di dalam darah.	Ikan salmon dan susu.

Tabel 1.7 Kebutuhan Gizi Ibu Hamil Trimester II

Nama Zat Gizi	**Fungsi**	**Bahan Makanan**
Vitamin A	Proses metabolisme, pembentukan tulang, dan	Buah-buahan berwarna kuning dan merah,

	sistem saraf.	daging ayam, telur bebek, dan wortel.
Kalsium (Ca)	Pembentukan tulang dan gigi bagi janin serta ibu.	Susu, yoghurt, bayam, jeruk, roti gandum, dan ikan teri.
Zat Besi (Fe)	Membentuk sel darah merah, mengangkut oksigen ke seluruh tubuh dan janin.	Sayuran hijau, daging sapi, hati sapi, ikan, kacang-kacangan.

Tabel 1.8 Kebutuhan Gizi Ibu Hamil Trimester III

Nama Zat Besi	Fungsi	Bahan Makanan
Vitamin B6	Membantu proses sistem saraf	Gandum, kacang-kacangan, dan hati.
Vitamin C	Membantu penyerapan zat besi dan sebagai antioksidan.	Jeruk, tomat, jambu, pepaya dan nanas.
Serat	Memperlancar buang air besar, mempersingkat waktu transit feses	Sayuran dan buah-buahan.
Seng (Zn)	Membantu proses metabolisme dan kekebalan tubuh.	Telur, hati sapi, daging sapi, ikan laut, kacang-kacangan.
Iodium	Mengatur suhu tubuh, membentuk sel darah merah, serta fungsi otot dan saraf.	Garam dapur yang ditambahkan iodium, dan ikan laut.

3. Prinsip Gizi Seimbang

Kelompok ibu hamil, remaja putri, serta bayi hingga usia dua tahun termasuk dalam fase kritis pertumbuhan dan perkembangan manusia.

Oleh karena itu, penting bagi ibu hamil untuk memahami serta menerapkan pola hidup sehat dengan asupan gizi seimbang guna mencegah terjadinya masalah gizi ganda, baik karena kekurangan (seperti kurus dan stunting) maupun kelebihan (seperti obesitas), yang dapat berdampak negatif terhadap kesehatan dan kualitas hidup (Kemenkes, 2020).

1. Keanekaragaman Pangan Berdasarkan Prinsip Pedoman Gizi Seimbang (PGS)

Menurut Kemenkes RI (2020), kebutuhan zat gizi ibu hamil meliputi :

a. Karbohidrat

Karbohidrat termasuk zat gizi makro yang terdiri atas gula, pati, dan serat. Gula dan pati berfungsi sebagai sumber energi utama berupa glukosa untuk mendukung aktivitas sel darah merah, otak, sistem saraf, plasenta, dan janin. Sumber karbohidrat yang dianjurkan antara lain nasi, sereal, roti, pasta, jagung, sagu, singkong, dan ubi jalar.

b. Protein

Protein sangat penting dalam proses pembentukan sel-sel tubuh dan jaringan, termasuk pembentukan plasenta. Sumber protein bisa berasal dari hewani (daging, ikan, telur, susu, yoghurt) maupun nabati (tahu, tempe, kacang-kacangan, dll).

c. Lemak

Lemak diperlukan selama kehamilan untuk mendukung perkembangan dan fungsi sistem saraf janin, serta membantu penyaluran nutrisi ke plasenta dan air susu ibu. Jenis lemak sehat yang direkomendasikan adalah omega 3 dan 6, yang dapat ditemukan dalam minyak kedelai, minyak jagung, minyak bunga matahari, minyak ikan (lemuru, tuna, salmon), sayuran hijau seperti bayam dan brokoli, serta minyak kanola dan flaxseed.

d. Vitamin dan Mineral

Vitamin membantu berbagai fungsi tubuh, seperti pertumbuhan sel dan jaringan (vitamin A), metabolisme energi (vitamin B kompleks), pembentukan sel baru (vitamin B6), penyerapan zat besi (vitamin C), serta penyerapan kalsium (vitamin D). Mineral juga memainkan peran penting, seperti zat besi untuk pembentukan darah, yodium dan seng untuk pertumbuhan, serta kalsium untuk perkembangan tulang dan gigi.

e. Air

Air berperan dalam distribusi zat gizi ke seluruh tubuh dan pembuangan sisa metabolisme. Ibu hamil disarankan untuk meningkatkan asupan cairan sebanyak 500 ml lebih banyak dari kebutuhan umum (minimal 2 liter per hari), atau sekitar 10–13 gelas per hari untuk mencukupi kebutuhan cairan tubuh dan janin (Soedisman, 2020).

4. Pemberian Suplemen untuk Ibu Hamil

Beberapa zat gizi penting seperti zat besi, asam folat, dan kalsium sering kali tidak dapat terpenuhi hanya melalui makanan sehari-hari. Zat besi, misalnya, dibutuhkan untuk membentuk hemoglobin dalam sel darah merah yang berfungsi mengangkut oksigen ke seluruh tubuh. Kebutuhan zat besi meningkat seiring dengan bertambahnya massa tubuh ibu dan janin, termasuk perkembangan plasenta, payudara, dan rahim. Jika asupan zat besi tidak mencukupi, akan terjadi gangguan dalam pembentukan sel darah merah sehingga kadar hemoglobin menurun. Akibatnya, suplai oksigen ke jaringan tubuh ibu dan janin berkurang, yang bisa berdampak pada penurunan fungsi organ tubuh keduanya (Kemenkes RI, 2020).

Ibu hamil, remaja putri dan bayi hingga berusia dua tahun termasuk kelompok kritis tumbuh-kembang manusia. Oleh karena itu, ibu hamil harus memahami dan mempraktikkan pola hidup sehat bergizi seimbang sebagai salah satu upaya untuk mencegah terjadinya beban ganda masalah gizi (kurus dan pendek karena kekurangan gizi, atau kegemukan karena kelebihan gizi) yang dapat berdampak buruk pada kesehatan dan kualitas hidup (Kemenkes, 2020).

2.2.17 Konsep Manajemen Kebidanan Menurut Varney (1997)

1. Proses Manajemen Kebidanan Menurut Varney (1997)

Manajemen kebidanan adalah suatu pendekatan yang melibatkan pengorganisasian, pemikiran, dan tindakan secara terstruktur dan logis

yang memberikan manfaat baik bagi klien maupun tenaga kesehatan. Proses ini merupakan metode pemecahan masalah yang digunakan untuk merumuskan pikiran dan tindakan secara sistematis, berdasarkan teori ilmiah, bukti penelitian, serta keterampilan praktis dalam urutan langkah-langkah yang logis untuk pengambilan keputusan yang berorientasi pada klien.

Manajemen kebidanan juga merupakan penerapan prinsip-prinsip manajemen umum yang mencakup unsur, sistem, dan fungsi manajerial. Dalam praktiknya, manajemen kebidanan melibatkan pemberian pelayanan menyeluruh dan holistik oleh bidan kepada kliennya. Tujuannya adalah untuk memastikan mutu pelayanan yang optimal melalui tahapan yang tersusun secara sistematik, dimulai dari pengumpulan data hingga penetapan keputusan klinis yang tepat dan akurat.

2. Tujuh Langkah Manajemen Kebidanan Menurut Varney (1997)

a. Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

Melakukan pengkajian awal dengan mengumpulkan seluruh informasi yang dibutuhkan guna menilai kondisi klien secara menyeluruh dan komprehensif.

b. Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Menganalisis data yang telah dikumpulkan untuk menetapkan secara tepat diagnosis, masalah, atau kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang akurat.

c. Langkah III : Identifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Menggali kemungkinan adanya masalah atau diagnosis lain yang mungkin timbul, berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah ditemukan sebelumnya.

d. Langkah IV : Penentuan Masalah yang Memerlukan Penanganan Segera

Mengidentifikasi apakah terdapat kondisi klien yang membutuhkan tindakan cepat dari bidan, dokter, atau harus segera dirujuk dan ditangani bersama tim kesehatan lain sesuai situasi klien.

e. Langkah V : Perencanaan Asuhan yang Komprehensif

Menyusun rencana asuhan secara menyeluruh berdasarkan hasil identifikasi sebelumnya, termasuk antisipasi terhadap kemungkinan perkembangan kondisi klien di masa mendatang.

f. Langkah VI : Pelaksanaan Rencana Asuhan

Menerapkan rencana asuhan yang telah dibuat secara aman dan efisien. Jika pelaksanaan dilakukan oleh tenaga lain, bidan tetap bertanggung jawab atas pelaksanaan tersebut dan harus memberikan arahan.

g. Langkah VII : Evaluasi

Menilai sejauh mana asuhan yang diberikan efektif dalam memenuhi kebutuhan klien, serta mengevaluasi apakah bantuan yang

diberikan benar-benar sesuai dengan masalah dan diagnosis yang telah ditetapkan sebelumnya.

3. Standar Asuhan Kebidanan

Standar asuhan kebidanan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 938/MENKES/SK/VIII/2007 : Standar asuhan kebidanan merujuk pada pedoman yang digunakan bidan dalam mengambil keputusan dan melakukan tindakan sesuai dengan kewenangannya, dalam lingkup praktik yang berbasis pada ilmu serta keterampilan kebidanan.

a. Standar I : Pengkajian

Bidan bertugas untuk mengumpulkan informasi yang akurat, lengkap, dan relevan dari berbagai sumber terkait kondisi klien.

Kriteria pengkajian mencakup :

1). Data yang diperoleh harus benar, tepat, dan menyeluruh.

2). Meliputi data subjektif, seperti hasil wawancara mengenai biodata, keluhan utama, riwayat kehamilan dan kesehatan, serta latar belakang sosial dan budaya.

3). Data objektif, mencakup hasil pemeriksaan.

b. Standar II : Perumusan Diagnosa atau Masalah Kebidanan

Bidan menganalisis data dari proses pengkajian dengan cermat dan logis untuk merumuskan diagnosa serta masalah kebidanan.

Kriterianya adalah :

1). Diagnosa ditetapkan sesuai istilah baku kebidanan.

2). Masalah dirumuskan berdasarkan kondisi klien.

3). Permasalahan dapat ditangani melalui asuhan mandiri, kolaboratif, atau rujukan sesuai kebutuhan.

c. Standar III : Perencanaan Asuhan

Bidan menyusun rencana asuhan berdasarkan diagnosa dan masalah yang telah diidentifikasi.

Rencana ini mencakup :

1). Prioritas masalah, kondisi klien, tindakan darurat, antisipatif, dan asuhan menyeluruh.

2). Keterlibatan aktif klien dan/atau keluarga.

3). Mempertimbangkan aspek psikologis serta budaya sosial klien.

4). Pemilihan tindakan yang aman, berbasis bukti ilmiah, dan bermanfaat bagi klien.

5). Memperhatikan peraturan, sumber daya, dan fasilitas yang tersedia.

d. Standar IV : Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan secara menyeluruh, efisien, aman, dan sesuai bukti ilmiah. Tindakan mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, serta dilakukan secara mandiri, kolaboratif, maupun rujukan.

Kriteria implementasi mencakup :

1). Menghormati keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.

2). Tindakan dilakukan setelah mendapat persetujuan (informed consent) dari klien/keluarga.

3). Berdasarkan bukti ilmiah.

4). Melibatkan klien dalam setiap proses.

5). Menjaga privasi.

6). Menjalankan prinsip pencegahan infeksi.

7). Memantau kondisi klien secara terus-menerus.

8). Menggunakan sumber daya dan fasilitas yang sesuai.

9). Memastikan setiap tindakan sesuai standar.

10). Mendokumentasikan seluruh tindakan yang dilakukan.

e. Standar V : Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi yang berkelanjutan dan sistematis untuk menilai efektivitas asuhan sesuai perubahan kondisi klien.

Kriteria evaluasi adalah :

1). Penilaian segera setelah tindakan dilakukan.

2). Hasil dicatat dan disampaikan kepada klien atau keluarganya.

3). Evaluasi dilakukan sesuai standar.

4). Hasil evaluasi ditindaklanjuti sesuai kondisi klien.

f. Standar VI : Pencatatan Asuhan Kebidanan

Bidan wajib mencatat secara lengkap, akurat, ringkas, dan jelas mengenai kondisi klien serta intervensi yang diberikan.

Kriteria pencatatan mencakup :

1). Dicatat segera setelah pelayanan, menggunakan formulir yang tersedia (seperti rekam medis, KMS, status pasien, atau buku KIA).

2). Menggunakan format SOAP, yaitu :

S (Subjective): hasil anamnesis.

O (Objective): hasil pemeriksaan.

A (Assessment): diagnosa dan perumusan masalah.

P (Plan): seluruh rencana dan tindakan, termasuk edukasi, dukungan, kolaborasi, evaluasi, dan rujukan jika diperlukan.

4. Pendokumentasian Manajemen Kebidanan Dengan Metode SOAP (Julia, 2019)

1. Data Subjektif

Data subjektif merujuk pada informasi yang diperoleh dari sudut pandang klien mengenai keluhan dan kekhawatiran yang dialaminya. Pernyataan klien dicatat secara langsung dalam bentuk kutipan atau ringkasan, yang nantinya akan mendukung penentuan diagnosis. Apabila klien mengalami gangguan bicara (tuna wicara), maka pada bagian data subjektif setelah huruf “S” akan ditambahkan simbol “O” atau “X” untuk menandai kondisi tersebut. Data ini berperan dalam memperkuat analisis terhadap masalah yang dihadapi klien.

2. Data Objektif

Data objektif adalah hasil dokumentasi berdasarkan pengamatan yang faktual, termasuk hasil pemeriksaan fisik, tes laboratorium, serta

informasi medis lainnya. Sumber lain seperti catatan medis, upaya pencegahan infeksi, atau informasi dari keluarga juga dapat disertakan sebagai data pendukung. Data ini memberikan dasar bukti yang nyata terkait gejala klinis dan akan memperkuat diagnosis yang ditegakkan.

3. Analisis

Analisis merupakan proses mencatat hasil penafsiran atau kesimpulan dari data subjektif dan objektif yang telah dikumpulkan. Interpretasi yang cermat dan akurat sangat penting agar perkembangan kondisi klien dapat dipantau secara berkesinambungan, sehingga tindakan atau keputusan yang diambil dapat segera disesuaikan. Proses ini mencakup identifikasi terhadap diagnosis, masalah kebidanan, serta kebutuhan klien.

4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan mencakup pencatatan seluruh rencana dan tindakan yang telah diterapkan, termasuk tindakan pencegahan, penanganan segera, pendekatan menyeluruh, penyuluhan, kolaborasi, evaluasi lanjutan, hingga rujukan jika diperlukan. Tujuan utama dari tahap ini adalah untuk membantu klien mencapai kondisi kesehatan yang optimal dan menjaga kesejahteraannya.

2.2.18 Pemeriksaan Janin

Setiap kali dilakukan kunjungan ulang antenatal, pemeriksaan fisik dilakukan untuk mendeteksi keluhan ibu dan menilai kondisi janin. Pemeriksaan yang dilakukan meliputi :

a). Detak jantung janin

Detak jantung janin yang normal berada pada kisaran 120-160 kali per menit. Jika frekuensi denyut jantung kurang dari 120 kali per menit, disebut bradikardi, sedangkan jika melebihi 160 kali per menit, disebut takikardi.

b). Ukuran janin

Ukuran janin dapat diukur menggunakan rumus McDonald, yaitu dengan mengukur tinggi fundus uteri (TFU) menggunakan pita ukur. Berat janin diperkirakan dengan rumus: (TFU dalam cm - n) × 155 gram. Nilai n ditentukan berdasarkan posisi kepala janin—jika kepala berada di atas spina ischiadica, maka n = 12, sedangkan jika kepala sudah berada di bawah spina ischiadica, maka n = 11.

c). Posisi dan presentasi janin

Letak dan presentasi janin dapat diketahui melalui pemeriksaan palpasi. Salah satu metode palpasi yang umum digunakan untuk menilai hal ini adalah teknik Leopold.

1). Leopold I

Gambar 2.6 Leopold I

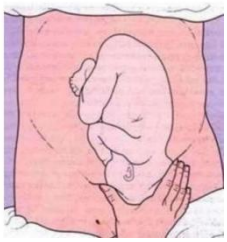
Tujuan: Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengidentifikasi bagian janin yang berada di fundus uteri. Ciri-ciri kepala janin adalah berbentuk bulat, terasa keras, dan dapat memantul saat ditekan. Sementara itu, bokong janin terasa lebih lunak, tidak sebulat kepala, dan kurang melenting. Jika janin berada dalam posisi melintang, maka bagian fundus akan terasa kosong.

2). Leopold II

Gambar 2.7 Leopold II

Tujuan: Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui bagian tubuh janin yang berada di sisi kanan dan kiri rahim ibu. Selain itu, juga bertujuan untuk menentukan posisi punggung dan ekstremitas (tangan dan kaki) janin.

3). Leopold III



Gambar 2.8 Leopold III

Tujuan: Pemeriksaan ini digunakan untuk menilai bagian tubuh janin yang berada di bagian bawah rahim serta untuk mengetahui apakah bagian tersebut telah masuk ke pintu atas panggul (PAP) atau belum

4). Leopold IV

Gambar 2.9 Leopold IV

Tujuan: Pemeriksaan ini bertujuan untuk menilai seberapa dalam bagian bawah janin telah masuk ke dalam pintu atas panggul.

Bila tangan pemeriksa tidak dapat dipertemukan (divergen), artinya bagian bawah janin telah melewati lingkaran terbesarnya dan masuk ke PAP. Bila tangan masih bisa dipertemukan (konvergen), maka bagian bawah janin belum melewati lingkaran terbesarnya dan belum masuk ke PAP (Xanda, 2020).

2.2.19 Tinjauan Teori Kehamilan Lewat Bulan (Postdate)

1. Pengertian kehamilan lewat bulan (posdate)

Kehamilan lewat bulan atau postdate adalah kondisi ketika kehamilan berlangsung lebih dari 42 minggu (setara dengan 294 hari) pada wanita dengan siklus menstruasi yang teratur rata-rata berbeda sekitar 2 hari dan hari pertama haid terakhir diketahui dengan jelas.

Kehamilan yang melewati usia 42 minggu disebut sebagai kehamilan serotinus atau postdate (Nugroho, 2017).

2. Etiologi Kehamilan Lewat Bulan

Faktor-faktor Penyebab Kehamilan Lewat Bulan (Postdate):

a. Terjadinya penurunan kadar hormon estrogen, padahal pada kehamilan normal kadar estrogen biasanya tinggi.

b. Pada kondisi seperti gangguan fungsi plasenta atau adrenal janin, hormon prekursor seperti isoandrosteron sulfat diekskresikan dalam jumlah tinggi. Namun, konversinya menjadi estradiol dan estriol di plasenta bisa terganggu, seperti pada kasus defisiensi prekursor estrogen, misalnya anensefalus.

c. Faktor hormonal lainnya adalah kadar progesteron yang tidak segera menurun meskipun kehamilan telah mencapai cukup bulan. Akibatnya, sensitivitas rahim terhadap hormon oksitosin menurun.

d. Faktor keturunan (herediter) juga berperan, karena kejadian kehamilan lewat waktu (postmatur/postdate/postterm) cenderung ditemukan dalam keluarga tertentu (Nita & Dwi, 2013).

3. Faktor Fisiologi Lebih bulan (Postdate/serotinus)

Kehamilan yang berlangsung lebih dari 42 minggu menyebabkan kadar hormon progesteron tetap tinggi dan tidak segera menurun. Hal ini mengakibatkan sensitivitas rahim terhadap oksitosin menurun, sehingga kontraksi uterus menjadi lemah. Akibatnya, proses persalinan tertunda

dan plasenta mengalami penuaan, yang pada akhirnya dapat menyebabkan gangguan fungsi plasenta (insufisiensi).

4. Menifestasi Klinis

1). Kondisi klinis yang dapat diamati pada kehamilan lewat bulan meliputi:

Gerakan janin yang jarang dirasakan, yakni secara subjektif kurang dari atau sama dengan 7 kali dalam 20 menit, atau secara objektif terdeteksi melalui Kardiotokografi (KTG) dengan frekuensi kurang dari 10 gerakan dalam 20 menit.

2) Tanda-tanda pada bayi yang lahir lewat bulan terbagi menjadi beberapa tahap :

(a). Stadium I : Ditandai dengan hilangnya lapisan verniks kaseosa pada kulit, disertai pengelupasan (maserasi), sehingga kulit tampak kering, rapuh, dan mudah mengelupas.

(b). Stadium II : Gejala pada stadium I ditambah dengan pewarnaan akibat mekonium.

(c). Stadium III : Seperti stadium I, namun disertai perubahan warna kekuningan pada kuku, kulit, dan tali pusat (Nita & Norma, 2013).

5. Diagnosis

Prognosis pada kehamilan postdate tidak terlalu sulit untuk ditegakkan, asalkan tanggal pasti dari hari pertama haid terakhir

diketahui. Untuk menilai apakah kehamilan telah mencapai kematangan atau belum, beberapa jenis pemeriksaan dapat dilakukan, antara lain :

1). Perubahan fisik ibu

Terjadi penurunan berat badan dan lingkar perut mengecil akibat berkurangnya jumlah air ketuban.

2). Pemeriksaan Rontgen:

Pada janin yang sudah cukup bulan, dapat ditemukan pusat-pusat osifikasi di tulang kuboid, bagian distal tulang paha (femur), dan bagian proksimal tulang kering (tibia), serta diameter biparietal kepala lebih dari 8,9 cm. Namun, pemeriksaan ini memiliki risiko karena paparan sinar rontgen bisa berdampak buruk bagi janin.

3). Pemeriksaan Ultrasonografi (USG):

Dengan USG, diameter biparietal kepala janin dapat diukur secara akurat tanpa risiko terhadap janin, sehingga menjadi metode yang lebih aman dibandingkan rontgen.

4). Pemeriksaan cairan amnion (liqor amnii)

Melalui prosedur amnioskopi, pH cairan ketuban dapat diukur. Nilai pH di bawah 7,20 menandakan adanya tanda-tanda janin dalam kondisi gawat.

5). Pemeriksaan sitologi vagina

Digunakan untuk menilai adanya insufisiensi atau penurunan fungsi plasenta, meskipun hasil interpretasinya dapat bervariasi. (Nugroho, 2017).

6. Pemeriksaan Penunjang

1). Ultrasonografi (USG) : Digunakan untuk mengevaluasi usia kehamilan, mendeteksi adanya oligohidramnion (jumlah air ketuban yang sedikit), serta menilai tingkat kematangan plasenta.

2). Kardiotokografi (KTG) : Berfungsi untuk mengetahui apakah janin berada dalam kondisi gawat atau tidak.

3). Amnioskopi dan Tes Oksitosin : Pemeriksaan ini menilai warna cairan ketuban tanpa tekanan (untuk melihat apakah reaktif atau tidak), serta dilakukan uji tekanan dengan oksitosin.

4). Pemeriksaan Sitologi : Dilakukan untuk mendeteksi adanya infeksi korioamnionitis atau infeksi pada selaput ketuban (Nita & Norma, 2013).

1). USG untuk menilai usia kehamilan, oligohidramnion, derajat maturitas plasenta.

2). KTG untuk menilai ada atau tidaknya gawat janin.

3). Penilaian warna air ketuban dengan amnioskopi (tes tanpa tekanan dinilai reaktif atau tidak ada dan tes tekanan oksitosi). Pemeriksaan sitology dengan infeksi karioiknotik (Nita dan Norma, 2013).

7. Induksi Persalinan Pada Kehamilan Lewat Bulan

Tindakan mengakhiri kehamilan pada kasus kehamilan postdate dilakukan demi keselamatan janin, karena dikhawatirkan akan terjadi penurunan fungsi plasenta. Beberapa langkah penting yang perlu diperhatikan dalam proses pengakhiran kehamilan lewat bulan meliputi :

1). Menegakkan Diagnosis Kehamilan Lewat Bulan, dengan mempertimbangkan :

a). Riwayat menstruasi, khususnya hari pertama haid terakhir.

b). Catatan pemeriksaan antenatal sebelumnya.

c). Pemeriksaan rontgen.

d). Pemeriksaan ultrasonografi (USG).

e). Analisis cairan ketuban.

2). Menilai Kesejahteraan Janin dan Kondisi Plasenta, dilakukan melalui:

a). Pemeriksaan NST (Non Stress Test) dan CST (Contraction Stress Test).

b). Pemantauan denyut jantung janin.

c). Pemeriksaan menggunakan USG.

d). Pengukuran kadar hormon estriol dalam darah.

e). Pemeriksaan hormon human placental lactogen (hpl) (Nugroho, 2017).

8. Penatalaksanaan

1). Pada kehamilan dengan usia lebih dari 40 minggu, hal yang paling penting adalah melakukan pemantauan kondisi janin secara optimal.

2). Jika tidak ditemukan tanda-tanda gangguan fungsi plasenta (insufisiensi), maka persalinan spontan masih dapat ditunggu dengan pemantauan ketat.

3).Pemeriksaan dalam perlu dilakukan untuk menilai kematangan serviks. Bila serviks telah matang, induksi persalinan dapat dilakukan, baik dengan maupun tanpa prosedur amniotomi (pemecahan ketuban).

9. Indikasi Tindakan Operasi Sectio Caesarea (SC)

a). Ditemukannya insufisiensi plasenta yang sudah jelas.

b). Pembukaan serviks yang tidak lengkap, proses persalinan berlangsung terlalu lama, serta adanya tanda-tanda janin dalam kondisi gawat.

c). Kondisi khusus seperti kehamilan pertama pada usia lanjut (primigravida tua), janin meninggal dalam kandungan, preeklampsia, hipertensi kronis, riwayat infertilitas, atau kelainan letak janin (Nita & Norma, 2013).

2.3 Persalinan

2.3.1 Pengertian Persalinan

Menurut WHO, persalinan adalah keluarnya hasil konsepsi (janin atau plasenta) yang telah cukup umur (37-42 minggu) atau dapat bertahan hidup di luar rahim melalui jalan lahir atau dengan cara lain, baik dengan bantuan maupun tanpa bantuan, dengan posisi belakang kepala yang terjadi dalam waktu 18 jam tanpa komplikasi pada ibu maupun janin.

Persalinan merupakan proses keluarnya janin pada kehamilan yang cukup bulan, yaitu antara 37-42 minggu, dan terjadi secara spontan dengan posisi belakang kepala, berlangsung selama 18-24 jam tanpa adanya komplikasi (Nurasih & Nurkholifah, 2016).

Persalinan merupakan serangkaian proses keluarnya bayi yang telah cukup bulan, diikuti oleh keluarnya plasenta serta selaput janin dari tubuh ibu melalui jalur lahir atau melalui jalan lahir, yang terjadi dengan dukungan atau tanpa dukungan (kekuatan ibu sendiri) (Kurnianingrum, 2016).

Persalinan adalah proses yang berakhir dengan kelahiran bayi yang cukup bulan atau mendekati cukup bulan, diikuti dengan keluarnya plasenta dan selaput janin (Rinata & Andayani, 2018).

Persalinan merupakan proses keluarnya hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang mampu bertahan hidup di luar rahim melalui jalan lahir (Diana & Rufaida, 2019).

Persalinan merupakan proses keluarnya janin yang telah cukup bulan, beserta plasenta dan selaputnya melalui jalan lahir atau alternatif lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan.

2.3.2 Penyebab Persalinan

Proses persalinan dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling bekerja sama. Beberapa teori yang menjelaskan awal terjadinya persalinan antara lain:

a. Penurunan Kadar Progesteron

Progesteron berfungsi menjaga otot rahim tetap rileks, sementara estrogen meningkatkan sensitivitas rahim terhadap rangsangan. Selama kehamilan, kedua hormon ini berada dalam kondisi seimbang. Namun,

menjelang akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga memicu kontraksi rahim. Sejak usia kehamilan 28 minggu, plasenta mulai menua dengan ditandai penumpukan jaringan ikat serta penyempitan pembuluh darah. Kondisi ini menyebabkan produksi progesteron menurun, sehingga rahim menjadi lebih peka terhadap oksitosin dan memulai kontraksi (Kurnianingrum, 2016).

b. Teori Oksitosin

Oksitosin diproduksi oleh kelenjar hipofisis posterior. Menjelang persalinan, penurunan kadar progesteron dan peningkatan aktivitas oksitosin membuat rahim lebih sensitif. Kondisi ini awalnya menimbulkan kontraksi ringan seperti Braxton Hicks, lalu berlanjut hingga memicu persalinan saat kehamilan cukup bulan (Nurasih & Nurkholifah, 2016).

c. Peregangan Otot Rahim

Pertumbuhan rahim yang semakin besar menyebabkan peregangan otot-otot uterus. Peregangan ini dapat menimbulkan gangguan aliran darah (iskemia) pada otot rahim, yang berpengaruh pada sirkulasi darah antara uterus dan plasenta, serta mempercepat degenerasi plasenta. Rahim memiliki batas maksimal untuk meregang, dan ketika batas ini tercapai, kontraksi akan muncul sebagai tanda dimulainya persalinan (Livana et al., 2017).

d. Teori Kendali Endokrin Janin

Menurut teori ini, saat janin mencapai usia aterm (cukup bulan), kelenjar adrenal janin menghasilkan hormon kortikosteroid. Hormon ini memicu pelepasan hormon lain yang berperan dalam merangsang persalinan (Anwar et al., 2005).

e. Teori Prostaglandin

Prostaglandin berfungsi menimbulkan atau memperkuat kontraksi rahim, sehingga berperan penting dalam memulai persalinan. Hormon ini diproduksi secara alami oleh tubuh wanita ketika janin siap dilahirkan. Jika produksinya berkurang, persalinan bisa tertunda dan meningkatkan risiko kehamilan lewat waktu (Liu et al., 2017).

2.3.3 Tahapan Persalinan

Proses persalinan berlangsung melalui beberapa tahap, yaitu :

a. Kala I

Tahap pertama dimulai ketika kontraksi rahim muncul secara teratur, semakin kuat, dan semakin sering hingga pembukaan serviks mencapai penuh (10 cm). Fase ini dibagi menjadi dua bagian :

1. Fase laten – pembukaan serviks dari 1 hingga 3 cm.
2. Fase aktif – pembukaan dari 4 cm hingga 10 cm (Damayanti et al., 2014).

b. Kala II

Tahap kedua dimulai saat serviks telah membuka penuh (10 cm) sampai bayi lahir. Pada fase ini, ibu mengejan mengikuti arahan tenaga

kesehatan, bersamaan dengan kontraksi rahim. Pada kehamilan pertama (primipara), tahap ini biasanya berlangsung maksimal 2 jam, sedangkan pada kehamilan berikutnya (multipara) sekitar 1 jam (Damayanti et al., 2014).

c. Kala III

Tahap ketiga adalah proses pelepasan dan pengeluaran plasenta beserta selaput ketuban. Fase ini terjadi setelah bayi lahir dan berakhir ketika seluruh plasenta sudah keluar, biasanya dalam waktu 5 hingga 30 menit (Mutmainnah et al., 2017).

d. Kala IV

Tahap keempat merupakan masa pemulihan awal yang berlangsung sekitar 2 jam setelah plasenta lahir. Pada fase ini, kondisi tubuh ibu kembali stabil. Rahim berkontraksi lebih kuat untuk menekan pembuluh darah sehingga mencegah perdarahan. Pemantauan dilakukan terhadap tekanan darah, denyut nadi, pernapasan, kekuatan kontraksi rahim, serta jumlah perdarahan. Luka episiotomi juga dijahit pada tahap ini. Jika kondisi ibu stabil setelah 2 jam, ia dapat dipindahkan ke ruang perawatan bersama bayinya.

2.3.4 Tujuan Persalinan

Persalinan normal bertujuan untuk menjaga keselamatan serta kesehatan optimal bagi ibu dan bayi. Proses ini dilakukan melalui upaya yang menyeluruh dan terintegrasi, namun dengan intervensi seminimal

mungkin agar kualitas serta keamanan pelayanan tetap terjaga. Setiap intervensi yang dilakukan dalam *Asuhan Persalinan Normal (APN)* harus memiliki alasan yang jelas serta didukung oleh bukti ilmiah mengenai manfaatnya bagi kelancaran dan keberhasilan persalinan.

Secara lebih rinci, tujuan asuhan persalinan meliputi :

1. Memberikan dukungan fisik dan emosional kepada ibu.
2. Melakukan pengkajian dan menetapkan diagnosis.
3. Mencegah serta menangani komplikasi, termasuk melakukan rujukan bila kasus tidak dapat ditangani secara mandiri.
4. Memberikan asuhan yang memadai dengan intervensi minimal sesuai tahap persalinan.
5. Meminimalkan risiko infeksi.
6. Menyampaikan informasi kepada ibu dan keluarga mengenai perkembangan persalinan.
7. Memberikan asuhan yang tepat kepada bayi segera setelah lahir.
8. Membantu ibu dalam melakukan inisiasi menyusu dini (IMD) (Pratiwi, 2021).

2.3.5 Mekanisme Persalinan

Menurut Sumarah (2009), terdapat tujuh gerakan utama janin selama proses persalinan, yang disebut gerakan kardinal, yaitu: engagement, penurunan, fleksi, putar paksi dalam, ekstensi, putar paksi luar, dan ekspulsi.

a. Engagement

Pada kehamilan pertama (primigravida), engagement umumnya terjadi pada bulan terakhir kehamilan, sedangkan pada kehamilan berikutnya (multigravida) dapat berlangsung saat persalinan mulai. Kesulitan dapat muncul jika kepala janin masuk ke panggul dengan posisi sutura sagitalis sejajar arah anteroposterior.

a. Jika sutura sagitalis berada melintang, sehingga tulang parietal kanan dan kiri sejajar, kondisi ini disebut sinklitismus.

b. Bila sutura sagitalis lebih dekat ke promontorium atau simfisis, disebut asinklitismus, yang terbagi menjadi :

1). *Asinklitismus posterior* – sutura sagitalis mendekati simfisis, tulang parietal belakang lebih rendah karena tertahan oleh pubis, sedangkan bagian belakang turun lebih mudah mengikuti lengkung sakrum.

2). *Asinklitismus anterior* – sutura sagitalis mendekati promontorium, dengan tulang parietal depan lebih rendah daripada bagian belakang.

b. Penurunan

Gerakan turun janin terjadi karena kontraksi rahim, tenaga mengejan ibu, serta pengaruh gravitasi saat ibu dalam posisi tegak. Penurunan berlangsung bertahap sejak sebelum persalinan pada primigravida hingga selama Kala I pada kedua jenis kehamilan, dan terus berlanjut hingga bayi lahir.

c. Fleksi

Fleksi sebagian sudah terjadi sebelum persalinan akibat tonus otot janin. Saat penurunan berlangsung, tekanan dari serviks, dinding, dan

dasar panggul membuat leher janin menekuk lebih jauh sehingga dagu mendekati dada.

1). Pada posisi oksipitoanterior, fleksi membantu memperkecil diameter kepala yang masuk jalan lahir.

2). Pada posisi oksipitoposterior, fleksi mungkin tidak sempurna sehingga diameter kepala lebih besar dan persalinan bisa lebih lama.

d. Putar Paksi Dalam

Kepala janin yang memasuki panggul sering dalam posisi melintang atau miring. Seiring turunnya kepala, terjadi rotasi sehingga oksiput menghadap ke depan (simfisis pubis). Rotasi ini biasanya berlangsung ketika kepala mencapai spina iskiadika. Pada posisi oksipitoposterior, kepala bisa berputar ke arah sakrum atau berputar lebih dari 90° untuk mengubah posisi menjadi oksipitoanterior.

e. Ekstensi

Setelah difleksikan, kepala terus turun hingga mencapai dasar panggul. Karena arah jalan lahir miring ke atas dan ke depan, kepala harus melakukan ekstensi agar dapat keluar. Proses ini ditandai dengan penonjolan perineum hingga munculnya puncak kepala (crowning), saat diameter terbesar kepala melewati cincin vulva. Kadang dilakukan episiotomi untuk mencegah robekan jaringan. Kepala lahir dengan urutan oksiput, dahi, hidung, mulut, dan dagu. Pada posisi oksipitoposterior, kelahiran kepala melibatkan kombinasi fleksi dan ekstensi.

f. Putar Paksi Luar

Setelah kepala lahir, terjadi rotasi kembali untuk menyesuaikan posisi kepala dengan punggung dan bahu janin. Putaran tambahan ini terjadi bersamaan dengan rotasi bahu agar sejajar dengan diameter anteroposterior panggul.

g. Ekspulsi

Tahap terakhir adalah lahirnya tubuh bayi. Setelah putaran kepala, bahu depan keluar di bawah simfisis pubis, diikuti bahu belakang melewati perineum, lalu seluruh tubuh lahir.

2.3.6 Evidance Based Midwifery Dalam Persalinan

Evidence Based Practice (EBP) adalah pendekatan yang membantu tenaga kesehatan memperoleh informasi terbaru untuk dijadikan dasar dalam mengambil keputusan klinis secara efektif dan efisien. Dengan cara ini, pasien dapat menerima perawatan yang terbaik (Aliviameita & Puspitasari, 2020).

Tabel 2.1 Evidance Based Kala II persalinan

No.	Tindakan Yang Dilakukan	Sebelum EBM	Setelah EBM
1.	Asuhan sayang ibu	Ibu bersalin dilarang makan dan minum, bahkan untuk membersihkan dirinya	Ibu diperbolehkan melakukan aktivitas sesuai keinginannya
2.	Posisi persalinan	Ibu hanya boleh melahirkan dengan posisi terlentang	Ibu bebas memilih yang dirasa nyaman
3.	Cara mengejan	Ibu harus menahan nafas saat	Ibu diperbolehkan

		mengejan	bernafas normal saat mengejan
4.	Episiotomi	Dilakukan secara rutin oleh bidan	Hanya dilakukan bila ada indikasi tertentu

2.3.7 Konsep Dasar Psikologi Persalinan

1. Psikologi Persalinan

Persalinan merupakan proses alami yang berlangsung secara fisiologis, namun tetap berisiko menimbulkan komplikasi yang membahayakan ibu maupun janin. Oleh karena itu, dibutuhkan pengawasan, bantuan, serta pelayanan dengan fasilitas yang memadai (Pawirohardjo, 2018). Sebagian ibu dapat menyesuaikan diri dengan baik menghadapi proses ini, namun ada juga yang kesulitan beradaptasi sehingga menimbulkan berbagai masalah psikologis (Iskandar, 2009). Menjelang persalinan, ibu perlu mempersiapkan diri dengan menghindari rasa panik dan takut, serta berusaha tetap tenang.

2. Psikologi Ibu Bersalin

Rasa cemas pada ibu saat melahirkan akan meningkat bila ia tidak memahami kondisi tubuhnya maupun langkah yang harus dilakukan selama persalinan. Menurut Bobak dkk. (2005), beberapa masalah psikologis yang sering muncul adalah :

a. *Kecemasan yang meningkat*, semakin tinggi tingkat kecemasan, semakin intens pula rasa nyeri yang dirasakan.

b. *Kelelahan dan kekhawatiran berlebih*, membuat ibu sulit mengatasi nyeri, menimbulkan siklus stres-nyeri-stres, dan akhirnya membuat ibu kehilangan tenaga.

c. *Stres persalinan*, dapat memperpanjang proses melahirkan dan meningkatkan risiko gangguan pada bayi.

d. *Peningkatan kortisol plasma*, menyebabkan menurunnya daya tahan tubuh ibu dan janin, sehingga memperbesar risiko kesehatan bagi keduanya.

3. Gangguan Psikologis pada Ibu Bersalin

Gangguan psikologis dapat muncul sebelum, selama, maupun setelah persalinan. Beberapa di antaranya meliputi :

a. *Kecemasan*

Ibu, terutama yang pertama kali menghadapi persalinan, sering merasa gugup dan cemas. Jika tidak dikelola, kecemasan ini bisa semakin parah. Dukungan suami atau keluarga sangat penting untuk membantu menenangkan ibu. Mendengarkan pengalaman positif dari orang lain juga efektif mengurangi rasa cemas, dibanding paparan informasi yang justru menambah kekhawatiran.

b. *Ketakutan*

Ketakutan biasanya muncul karena ibu memikirkan keselamatan dirinya dan bayinya, serta meragukan kemampuan menghadapi rasa sakit. Cara terbaik mengatasinya adalah dengan mendengarkan keluhan ibu dan memberikan ketenangan.

c. *Sikap Pasif*

Sikap pasif terjadi bila ibu hamil menunjukkan keengganan saat akan melahirkan, biasanya akibat kurangnya dukungan dari lingkungan sekitar. Untuk mengatasinya, diperlukan perhatian dan kasih sayang dari keluarga.

d. *Hipermaskulin*

Kondisi ini menggambarkan ibu yang masih bimbang antara ingin memiliki anak atau tidak. Dukungan emosional dari keluarga, mendengarkan keluhannya, serta mencari solusi bersama sangat membantu.

e. *Hiperaktif*

Beberapa ibu menjadi sangat aktif menjelang persalinan karena ingin segera melahirkan. Hal ini membuat mereka lebih banyak beraktivitas agar proses kelahiran segera berlangsung.

f. *Kompleks Maskulin*

Merupakan bentuk hiperaktif yang tidak terkontrol. Dalam situasi ini, tenaga kesehatan dianjurkan melibatkan suami atau orang terdekat untuk memberikan dukungan.

g. *Halusinasi Hipnagogik*

Selama persalinan, ibu dapat mengalami kontraksi disertai fase istirahat. Pada saat istirahat inilah bisa muncul kondisi seperti tidur semu yang disertai halusinasi dan pikiran negatif. Cara mengatasinya

adalah dengan tetap menjaga komunikasi dan interaksi dengan ibu menjelang persalinan.

2.3.8 Lima Benang Merah Dalam Asuhan Kebidanan

1. Pengambilan Keputusan Klinik

Keputusan klinis merupakan proses penting untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang tepat bagi pasien. Keputusan ini harus akurat, menyeluruh, serta aman bagi ibu, bayi, keluarga, dan tenaga kesehatan. Proses pengambilan keputusan dilakukan melalui metode sistematis yang menggabungkan informasi, analisis kognitif, intuisi, teori, bukti ilmiah (evidence based), keterampilan, dan pengalaman. Tujuh langkah pengambilan keputusan klinis (JNPK-PK, 2017) :

a. Mengumpulkan data penting dan relevan.

b. Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah.

c. Menetapkan diagnosis atau rumusan masalah.

d. Menilai kebutuhan dan kesiapan intervensi.

e. Menyusun rencana asuhan.

f. Melaksanakan intervensi terpilih.

g. Memantau serta mengevaluasi hasil asuhan.

2. Asuhan Sayang Ibu dan Sayang Bayi

Asuhan ini berlandaskan pada penghargaan terhadap budaya, keyakinan, dan keinginan ibu, dengan melibatkan suami dan keluarga

dalam proses persalinan hingga kelahiran bayi (JNPK-KR, 2017). *Prinsip asuhan sayang ibu saat persalinan meliputi :*

a. Memanggil ibu dengan namanya dan memperlakukannya dengan bermartabat.

b. Menjelaskan asuhan serta proses persalinan kepada ibu dan keluarganya.

c. Mendengarkan pertanyaan dan kekhawatiran ibu.

d. Memberikan dukungan moral, menjaga privasi, serta menganjurkan posisi persalinan yang nyaman.

e. Membolehkan makan dan minum ringan sesuai keinginan ibu.

f. Menghargai praktik tradisional yang aman.

g. Menghindari intervensi medis berlebihan (misalnya episiotomi rutin).

h. Mendorong kontak kulit ibu-bayi dan inisiasi menyusu dini.

i. Menyiapkan rujukan jika diperlukan.

Asuhan pasca persalinan meliputi :

a. Rawat gabung ibu dan bayi.

b. Membiasakan pemberian ASI sesuai permintaan.

c. Edukasi nutrisi dan istirahat pasca melahirkan.

d. Melibatkan keluarga dalam perawatan bayi serta mengenali tanda bahaya.

3. Pencegahan Infeksi

Pencegahan infeksi merupakan bagian integral dari asuhan kebidanan untuk melindungi ibu, bayi, keluarga, dan tenaga kesehatan.

Prinsip dasarnya adalah menganggap semua orang berpotensi menularkan infeksi sehingga setiap prosedur harus menerapkan standar pencegahan. *Tindakan pencegahan infeksi mencakup :*

a. Asepsis (mencegah masuknya mikroorganisme ke tubuh).

b. Antiseptik (membunuh/menghambat mikroorganisme di kulit).

c. Dekontaminasi alat yang terpapar darah/cairan tubuh.

d. Pencucian dan pembilasan instrumen.

e. Disinfeksi dan disinfeksi tingkat tinggi (DTT).

f. Sterilisasi untuk menghilangkan semua mikroorganisme termasuk spora.

4. Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

Tenaga kesehatan berisiko terpapar infeksi melalui darah dan cairan tubuh, seperti Hepatitis B, Hepatitis C, HIV/AIDS, dan TBC. Oleh karena itu, penggunaan APD (penutup kepala, masker, kacamata pelindung, sarung tangan, apron, sepatu boot) merupakan kewajiban sesuai regulasi (Permenkes No. 27/2017). APD berfungsi meminimalkan risiko kecelakaan kerja maupun penularan penyakit. Kepatuhan dalam penggunaan APD dipengaruhi faktor internal (pengetahuan, sikap, pengalaman) dan eksternal (fasilitas serta dukungan sistem).

5. Pencatatan Asuhan Persalinan

Dokumentasi kebidanan adalah bagian penting dari proses asuhan. Catatan ini memuat pengkajian, diagnosis, tindakan segera, kolaborasi, hingga perencanaan asuhan dari kala I sampai kala IV persalinan. *Manfaat pencatatan :*

a. Membantu pengambilan keputusan dan evaluasi asuhan.

b. Menjadi tolok ukur keberhasilan intervensi.

c. Menjadi catatan permanen yang dapat dibagikan antar tenaga kesehatan.

d. Memastikan kesinambungan asuhan bila terjadi rujukan.

e. Menyediakan data untuk penelitian dan statistik kesehatan nasional.

6. Rujukan

Pemantauan selama persalinan dan pasca persalinan diperlukan untuk mengidentifikasi komplikasi yang membutuhkan tindakan segera dan rujukan. Karena komplikasi sulit diprediksi, kesiapan rujukan menjadi syarat penting penyelamatan ibu dan bayi. *Persiapan rujukan (BAKSOKU) :*

a. *Bidan*: pastikan pendampingan oleh tenaga kompeten.

b. *Alat* : bawa perlengkapan persalinan dasar.

c. *Keluarga*: beri informasi jelas tentang kondisi ibu/bayi dan alasan rujukan.

d. *Surat* : sertakan surat pengantar dan partograf.

e. *Obat-obatan* : siapkan obat esensial untuk perjalanan.

f. *Kendaraan* : gunakan transportasi yang memadai dan aman.

g. *Uang* : sediakan biaya untuk kebutuhan medis dan transportasi.

2.3.9 Penapisan Pada Persalinan

Jika ibu hamil berada di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, seperti klinik bidan atau puskesmas non-PONED, maka harus segera dilakukan rujukan apabila ditemukan salah satu kondisi berikut :

a. Riwayat persalinan dengan operasi sesar.

b. Perdarahan melalui jalan lahir.

c. Persalinan prematur (< 37 minggu).

d. Ketuban pecah disertai mekonium kental.

e. Ketuban pecah lama (> 24 jam).

f. Ketuban pecah pada kehamilan prematur.

g. Ibu mengalami ikterus.

h. Anemia berat.

i. Tanda atau gejala infeksi.

j. Preeklampsia atau hipertensi pada kehamilan.

k. Tinggi fundus uteri ≥ 40 cm.

l. Terjadi gawat janin.

m. Primipara dengan kepala janin masih 5/5 pada fase aktif.

n. Presentasi janin bukan belakang kepala.

o. Presentasi ganda (majemuk).

p. Kehamilan kembar/gemeli.

q. Prolaps tali pusat.

r. Kondisi syok.

2.3.10 Asuhan Persalinan Kala I Dan Kala II

A. Asuhan Kala I Persalinan

Persalinan merupakan proses pengeluaran hasil konsepsi yang meliputi bayi, plasenta, dan selaput ketuban dari rahim ibu. Tahap ini dimulai ketika rahim mengalami kontraksi yang menyebabkan penipisan serta pembukaan serviks. Kala I persalinan berlangsung sejak kontraksi rahim terjadi secara teratur dengan frekuensi dan kekuatan yang semakin meningkat, hingga pembukaan serviks mencapai 10 cm (pembukaan lengkap). Masa awal proses persalinan ini disebut *inpartu*. Tanda dan gejala yang menunjukkan dimulainya persalinan antara lain :

a. Terjadi penipisan serta pembukaan serviks.

b. Kontraksi rahim yang menimbulkan perubahan pada serviks, setidaknya 2 kali dalam 10 menit.

c. Keluarnya lendir bercampur darah melalui vagina (*bloody show*).

1. Tahapan pada Kala I Persalinan

Kala I persalinan terbagi menjadi dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

a. *Fase laten,* dimulai sejak munculnya kontraksi yang menyebabkan perubahan pada serviks hingga mencapai pembukaan kurang dari 4 cm. Fase ini berlangsung selama 6–8 jam.

b. *Fase aktif,* terjadi saat pembukaan serviks berada pada kisaran 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap 10 cm. Pada fase ini, kontraksi rahim semakin kuat dan lama secara bertahap. Kontraksi dianggap efektif

jika terjadi minimal 3 kali dalam 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih. Rata-rata, pembukaan serviks berlangsung sekitar 1 cm per jam pada wanita yang baru pertama kali hamil (primigravida/nullipara), dan bisa mencapai hingga 2 cm per jam pada wanita yang sudah pernah melahirkan sebelumnya (multipara).

2. Asuhan pada Kala I Persalinan

1). Anamnesis pada Ibu Bersalin

Anamnesis dilakukan untuk mengumpulkan informasi yang berguna dalam menetapkan diagnosis serta menyusun rencana asuhan sesuai kebutuhan ibu. Pada tahap ini, hal-hal yang ditanyakan meliputi :

a. *Identitas ibu*: nama, usia, alamat, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, serta nomor telepon.

b. *Keluhan utama* yang dirasakan sehubungan dengan proses persalinan yang sedang berlangsung.

c. *Hari pertama haid terakhir (HPHT)* dan *perkiraan tanggal persalinan (HPL)***.**

d. *Riwayat kehamilan saat ini***,** mencakup :

1. Apakah ibu rutin melakukan pemeriksaan kehamilan? Jika ya, di mana, kepada siapa, dan sertakan buku KIA atau kartu pemeriksaan.
2. Adanya keluhan atau komplikasi selama kehamilan ini.
3. Waktu mulai kontraksi, keteraturan, durasi, serta frekuensinya.
4. Apakah ibu masih merasakan gerakan janin.

5. Adanya cairan ketuban yang keluar dari vagina, sejak kapan, serta warna dan konsistensinya.

6. Kapan terakhir kali ibu makan dan minum.

7. Adanya keluhan saat buang air kecil.

e. *Riwayat obstetri* **(**gravida, para), meliputi :

1. Masalah yang pernah terjadi pada persalinan sebelumnya, misalnya hipertensi, preeklampsia, atau perdarahan.

2. Cara persalinan sebelumnya: pervaginam normal, operasi caesar, induksi, atau dengan bantuan vakum.

3. Berat badan bayi terbesar yang pernah dilahirkan.

4. Adanya riwayat bayi bermasalah, seperti kelainan bawaan atau asfiksia.

f. *Riwayat medis* ibu dan keluarga, termasuk penyakit menular, penyakit keturunan, gangguan jiwa, dan lainnya.

g. *Keluhan medis saat ini***,** misalnya sakit kepala berat, gangguan penglihatan, atau nyeri di ulu hati.

h. *Informasi tambahan***,** seperti kekhawatiran ibu terhadap proses persalinan dan hal lain yang dapat memperkaya data.

3. Pemeriksaan Fisik pada Ibu Bersalin

Pemeriksaan fisik dilakukan untuk menilai kondisi ibu serta janin yang akan dilahirkan. Sampaikan kepada ibu dan keluarganya mengenai maksud serta tujuan dari pemeriksaan yang akan dilakukan. Dorong ibu dan keluarga untuk bertanya jika ada hal yang belum dipahami selama

proses pemeriksaan. Sebelum pemeriksaan dimulai, lakukan langkah-langkah berikut :

1. Lepaskan semua perhiasan dan lakukan cuci tangan dengan 7 langkah yang benar.

2. Bersikaplah ramah, sopan, dan penuh penghormatan agar ibu merasa nyaman. Jika ibu tampak tegang atau cemas, anjurkan untuk menarik napas perlahan.

3. Minta ibu mengosongkan kandung kemih. Jika memungkinkan, ia bisa berjalan ke toilet.

Pemeriksaan fisik meliputi :

a. *Keadaan Umum*

Amati serta periksa kondisi umum ibu, meliputi kesadaran, kestabilan emosi, tingkat kecemasan, dan adanya rasa nyeri.

b. *Tanda-Tanda Vital*

Pemeriksaan tanda vital sangat penting bagi ibu bersalin, mencakup suhu tubuh, nadi, tekanan darah, serta frekuensi pernapasan. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mendeteksi secara dini kemungkinan komplikasi.

c. Pemeriksaan Head to Toe

Pemeriksaan menyeluruh dari kepala hingga kaki pada ibu bersalin perlu dilakukan dengan teliti dan hati-hati.

1). *Kepala*

Perhatikan kondisi rambut ibu, termasuk kebersihan dan keadaannya.

2). *Wajah*

Periksa adanya pembengkakan (edema) pada wajah, kondisi konjungtiva (anemis atau tidak), sklera (apakah tampak ikterik), keadaan hidung (misalnya ada polip atau gangguan lain), serta kondisi mulut dan gigi. Pada mulut, perhatikan apakah bibir tampak kering sebagai tanda dehidrasi. Pada gigi, periksa kebersihan, adanya karies, plak, perdarahan gusi, atau masalah lainnya.

3). *Leher*

Amati kemungkinan adanya pembesaran kelenjar getah bening, kelenjar tiroid, atau pembengkakan vena jugularis.

4). *Dada dan Payudara*

Dengarkan bunyi jantung dan paru-paru untuk mengetahui ada tidaknya kelainan.

5). *Perut (Abdomen)*

Pemeriksaan perut pada ibu bersalin meliputi :

a. *Menentukan tinggi fundus uteri*

Lakukan palpasi Leopold I untuk mengetahui bagian janin yang berada di fundus, kemudian ukur tinggi fundus dengan pita ukur pada saat uterus tidak berkontraksi. Tinggi fundus

adalah jarak antara tepi atas simfisis pubis hingga puncak fundus uteri.

Gambar 3.1 Fundus Uteri

(sumber gambar : https://id.wikihow.com/Mengukur-Tinggi-Fundus)

b. Memantau Kontraksi Uterus

Letakkan tangan pemeriksa secara hati-hati di bagian atas rahim (fundus uteri). Tentukan berapa lama kontraksi berlangsung serta seberapa sering muncul dalam kurun waktu 10 menit. Gunakan jam dinding atau jam tangan untuk menghitung durasi kontraksi dengan tepat.

c. Memantau Denyut Jantung Janin (DJJ)

Pemeriksaan DJJ dapat dilakukan menggunakan fetoskop Pinnard atau doppler. Hitung denyut jantung janin selama minimal 60 detik. Lakukan juga palpasi Leopold II untuk menentukan posisi punggung janin sehingga dapat ditentukan titik terbaik untuk mendengarkan DJJ. Rentang normal DJJ adalah 120–160 kali per menit. Bila hasilnya berada di bawah atau di atas batas normal, janin mungkin mengalami tanda gawat. Segera miringkan posisi ibu ke kiri, bantu ibu agar tetap rileks, dan berikan oksigen 4–6 liter per menit bila diperlukan.

d. Menentukan Presentasi

Lakukan pemeriksaan Leopold III untuk mengetahui presentasi janin dengan langkah-langkah berikut :

1). Pemeriksa berdiri di samping ibu, menghadap ke wajahnya. Posisikan ibu dengan menekuk panggul dan lutut.

2). Tentukan bagian terbawah janin dengan memperhatikan bentuk, ukuran, dan kekerasannya. Bagian yang terasa bulat, keras, berbatas tegas, serta mudah digerakkan (jika belum masuk panggul) biasanya adalah kepala. Sedangkan jika teraba lunak, tidak tegas, dan relatif lebih besar, biasanya adalah bokong.

3). Nilai apakah bagian terbawah janin sudah masuk ke rongga panggul. Jika sudah masuk, bagian tersebut akan sulit atau bahkan tidak bisa digerakkan.

e. Menentukan Penurunan Bagian Terbawah

Dengan palpasi abdomen, penurunan bagian terbawah janin dapat diperiksa menggunakan metode lima jari (perlimaan). Hasilnya ditentukan sebagai berikut :

1). *5/5*: seluruh bagian terendah janin masih teraba di atas simfisis.

2). *4/5*: sebagian kecil (1/5) sudah masuk panggul, masih dapat diraba dengan 4 jari.

3). *3/5*: sekitar 2/5 sudah masuk panggul, teraba dengan 3 jari.

4). *2/5*: sekitar 3/5 sudah masuk panggul, teraba dengan 2 jari.

5). *1/5*: sekitar 4/5 sudah masuk panggul, teraba dengan 1 jari.

6). *0/5*: seluruh bagian sudah masuk panggul, tidak dapat diraba lagi.

6. Ekstremitas (Tangan dan Kaki)

Periksa adanya pembengkakan (edema), varises, serta kebersihan kuku.

7. Genetalia

Amati apakah terdapat luka atau benjolan pada area genetalia, serta perhatikan adanya lendir bercampur darah atau cairan yang keluar dari vagina. Lakukan pemeriksaan dalam untuk menilai pembukaan dan penipisan serviks. Namun, bila ada perdarahan pervaginam, pemeriksaan dalam tidak boleh dilakukan.

Langkah pemeriksaan dalam :

1). Jaga privasi pasien.

2). Anjurkan pasien berkemih bila kandung kemih penuh.

3). Atur posisi pasien dengan benar.

4). Cuci tangan dengan sabun di air mengalir.

5). Gunakan sarung tangan DTT atau steril.

6). Bersihkan vulva dengan kapas DTT yang dibasahi larutan DTT, usap dari depan ke arah belakang (menuju anus).

7). Nilai kondisi genetalia luar, apakah ada luka, massa, atau kelainan lain.

8). Periksa cairan yang keluar dari vagina.

9). Dengan hati-hati masukkan jari telunjuk dan jari tengah pemeriksa.

10). Nilai pembukaan serta penipisan serviks.

11). Periksa selaput ketuban, masih utuh atau tidak. Jika masih utuh, jangan lakukan amniotomi kecuali ada indikasi medis yang jelas.

12). Pastikan tidak ada bagian kecil janin atau tali pusat yang berada di bawah bagian terendah janin.

13). Nilai penurunan bagian terendah janin. Tentukan apakah sudah masuk rongga panggul. Penilaian ini dapat menggunakan *bidang Hodge* :

a. *Hodge I* : sejajar pintu atas panggul, melalui tepi atas simfisis pubis dan promontorium.

b. *Hodge II* : setinggi tepi bawah simfisis pubis.

c. *Hodge III* : setinggi spina ischiadica kanan dan kiri.

d. *Hodge IV* : setinggi tulang ekor (os coccygis).

14). Tentukan penunjuk bagian terendah janin. Pada presentasi kepala, gunakan posisi ubun-ubun kecil janin.

15). Setelah selesai, keluarkan tangan pemeriksa dengan hati-hati.

16). Rendam tangan ke dalam larutan klorin, kemudian lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik.

17). Bantu ibu mendapatkan posisi yang nyaman.

18). Sampaikan hasil pemeriksaan kepada ibu.

8. Pemeriksaan Laboratorium pada Ibu Bersalin

Pemeriksaan laboratorium pada ibu yang sedang bersalin mencakup pemeriksaan rutin, seperti penentuan golongan darah dan kadar hemoglobin, serta pemeriksaan tambahan sesuai indikasi atau kondisi tertentu, misalnya untuk mendeteksi HIV/AIDS, sifilis, dan lain-lain.

4. Pendokumentasian Kala I Persalinan

Setelah anamnesis dan pemeriksaan selesai dilakukan, catat hasilnya secara lengkap dan cermat. Tentukan apakah ibu sudah masuk tahap inpartu, berada pada fase laten atau fase aktif, serta identifikasi adanya masalah, komplikasi, atau kondisi gawat darurat yang memerlukan tindakan. Jika ibu berada pada fase aktif, perkembangan persalinan dipantau menggunakan partograf. Rencana asuhan dibuat setelah seluruh hasil pemeriksaan terdokumentasi, kemudian disampaikan kepada ibu dan keluarganya. Pendokumentasian dapat dilakukan menggunakan metode *SOAP*.

5. Persiapan Pertolongan Persalinan

a. Persiapan Ruangan

Persalinan bisa berlangsung di berbagai fasilitas, seperti klinik, puskesmas, atau rumah sakit. Oleh karena itu, ruangan persalinan harus dipastikan bersih, nyaman, dan aman, dengan ketentuan :

1). Ruangan dalam kondisi bersih, hangat, serta memiliki sirkulasi udara yang baik.

2). Tersedia sumber air bersih yang mengalir.

3). Ada larutan desinfeksi tingkat tinggi untuk membersihkan area vagina, vulva, perineum, serta tubuh ibu pasca melahirkan.

4). Kamar mandi bersih dan lantainya tidak licin.

5). Ruangan cukup luas agar ibu dapat bergerak atau berjalan saat kala I persalinan.

6). Pencahayaan ruangan memadai.

7). Tempat tidur bersih bagi ibu dan bayinya setelah lahir.

8). Meja atau permukaan untuk meletakkan perlengkapan persalinan.

9). Meja khusus atau permukaan datar untuk resusitasi bayi.

b. Persiapan Alat, Bahan, dan Obat-obatan

Peralatan, bahan, dan obat yang perlu disiapkan meliputi:

Alat dan Bahan :

1. Partus set (½ Kocher, 2 klem Kocher, gunting episiotomi, gunting tali pusat, pengikat tali pusat, kassa steril/DTT, 2 pasang sarung tangan steril/DTT).

2. Hecting set (jarum, benang/catgut, needle holder, gunting benang, pinset anatomis/bedah, kain/duk bersih).

3. Alat vital sign: stetoskop, tensimeter, termometer, jam

4. Fetoskop atau doppler.

5. Pita pengukur.

6. Partograf.

7. Infus set.

8. Spuit ukuran 1 cc, 3 cc, 5 cc, dan 10 cc.

9. Resusitasi set (meja datar, pengisap lendir, sungkup, balon resusitasi, lampu sorot).

10. Kassa steril/DTT.

11. Sarung tangan panjang steril/DTT dan sarung tangan karet.

12. Alat pelindung diri (celemek, masker, kacamata, sepatu boot).

13. Air mengalir, handuk, lap tangan atau tisu, sabun.

14. Alas bokong.

15. Handuk bersih untuk diletakkan di perut ibu.

16. Kain ganti untuk menyelimuti ibu dan bayi.

17. Pakaian ganti untuk ibu dan pakaian bayi.

18. Larutan klorin 0,5% dalam wadah/baskom.

19. Air DTT dalam wadah/baskom dan Larutan klorin untuk desinfeksi.

20. Tempat sampah medis, tempat sampah non-medis, tempat pakaian kotor.

Obat-obatan :

1. 8 ampul oksitosin.

2. 2 ampul metil ergometrin.

3. 20 ml lidokain 1% tanpa epinefrin atau 10 ml lidokain 2% tanpa epinefrin, serta air steril atau cairan garam fisiologis (NaCl) untuk pengenceran.

4. 2 vial magnesium sulfat 40% (25 gram).

5. Vitamin K.

6. 2 vial $MgSO_4$.

7. 3 botol ringer laktat atau cairan garam fisiologis (NaCl).

8. Salep mata tetrasiklin 1%.

B. Asuhan Persalinan Kala II

Kala II persalinan pada ibu hamil pertama (primigravida) biasanya berlangsung sekitar 2 jam, sedangkan pada ibu yang sudah pernah hamil lebih dari sekali (multigravida) rata-rata berlangsung 1 jam (JNPK-KR, 2017). Secara fisiologis, kala II merupakan rangkaian proses yang terjadi sejak pembukaan lengkap hingga bayi lahir secara normal (Prawirohardjo, 2010). Pada tahap ini, asuhan sayang ibu diberikan dengan cara memberi kebebasan memilih posisi persalinan agar ketidaknyamanan dapat berkurang (JNPK-KR, 2012).

Apabila kala II tidak berjalan normal, disebut *kala II memanjang*, yaitu ketika kontraksi cukup baik tetapi tidak ada kemajuan pembukaan serviks, penurunan kepala janin, atau rotasi dalam 2 jam terakhir. Faktor penyebab kondisi ini antara lain: posisi janin yang tidak normal, kelainan panggul, kontraksi dan usaha meneran yang tidak efektif, pimpinan persalinan yang tidak tepat, ukuran janin besar, ketuban pecah dini, serta

posisi tubuh ibu saat persalinan. Penanganannya meliputi pemberian asuhan sayang ibu, mendorong pendampingan dari keluarga, membantu ibu dalam posisi meneran yang benar, serta memberikan dukungan emosional dari penolong persalinan (Widyastuti, 2010).

Dalam persalinan normal, kala II dimulai sejak pembukaan serviks lengkap hingga bayi lahir. Pada primipara berlangsung sekitar 2 jam, sedangkan pada multipara sekitar 1 jam. Pemilihan posisi melahirkan yang sesuai dapat memberikan banyak keuntungan, seperti mengurangi rasa sakit dan ketidaknyamanan, memperpendek lama kala II, menurunkan risiko robekan perineum, mempermudah ibu saat meneran, serta meningkatkan skor Apgar bayi (Saifuddin, 2009).

Menurut Holmes (2011), kemajuan persalinan dipengaruhi oleh tiga faktor utama, yaitu :

1. *Power (kekuatan)*: efektivitas kontraksi rahim.
2. *Passenger (janin)*.
3. *Passage (jalan lahir: rahim, serviks, dan panggul)*.

Jika salah satu faktor tidak normal, maka kemajuan persalinan dapat terhambat. Kekuatan (power) sendiri dipengaruhi oleh kontraksi uterus dan tenaga meneran ibu. Tenaga meneran yang cukup kuat sangat dibutuhkan untuk mempercepat proses kelahiran (Cashion & Perry, 2013).

1. Tanda-tanda Persalinan Kala II

Menurut Prawirohardjo (2010), tanda dan gejala yang muncul pada kala II persalinan antara lain :

a. Ibu merasakan dorongan untuk mengejan bersamaan dengan kontraksi.

b. Timbul rasa tertekan pada area rektum atau vagina.

c. Perineum tampak menonjol.

d. Vulva, vagina, dan sfingter ani terlihat membuka.

e. Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

Diagnosis kala II dapat ditegakkan melalui pemeriksaan dalam, yang menunjukkan :

a. Serviks telah membuka penuh (10 cm).

b. Biasanya ketuban pecah dengan sendirinya, namun jika masih utuh saat pembukaan lengkap, dilakukan amniotomi.

c. Bagian kepala janin terlihat di introitus vagina.

d. UUK (ubun-ubun kecil) umumnya berputar ke arah depan. Kala II berlangsung rata-rata 1,5 jam pada primigravida dan sekitar 0,5 jam pada multipara.

Pada kala II, kontraksi biasanya teratur, kuat, cepat, dan lebih lama, muncul setiap 2–3 menit sekali. Kepala janin sudah turun ke dalam panggul sehingga menekan otot dasar panggul, yang secara refleks menimbulkan dorongan untuk mengejan. Tekanan pada rektum membuat ibu merasa ingin buang air besar, ditandai dengan anus yang terbuka. Saat kontraksi, kepala janin mulai tampak, vulva terbuka, dan

perineum meregang. Dengan mengejan yang terarah, kepala bayi akan lahir diikuti oleh seluruh tubuhnya. Lama kala II pada primipara berkisar 1,5–2 jam, sedangkan pada multipara sekitar 0,5–1 jam (Mochtar, 2012).

Rasa nyeri pada kala II disebabkan oleh regangan dan kemungkinan robekan jaringan, terutama di perineum, serta tekanan pada otot-otot perineum. Nyeri ini muncul akibat rangsangan pada struktur somatik superfisial dan digambarkan sebagai nyeri tajam yang terlokalisasi, terutama di area yang dipersarafi oleh saraf pudendus (Mander, 2012).

Tanda pasti kala II ditegakkan melalui pemeriksaan dalam, yaitu serviks yang sudah membuka lengkap (10 cm) dan terlihatnya bagian kepala bayi di introitus vagina.

2. Tanda-tanda Persalinan Kala II

Menurut Prawirohardjo (2010), tanda dan gejala yang muncul pada kala II persalinan antara lain :

a. Ibu merasakan dorongan untuk mengejan bersamaan dengan kontraksi.

b. Timbul rasa tertekan pada area rektum atau vagina.

c. Perineum tampak menonjol.

d. Vulva, vagina, dan sfingter ani terlihat membuka.

e. Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

Diagnosis kala II dapat ditegakkan melalui pemeriksaan dalam, yang menunjukkan :

a. Serviks telah membuka penuh (10 cm).

b. Biasanya ketuban pecah dengan sendirinya, namun jika masih utuh saat pembukaan lengkap, dilakukan amniotomi.

c. Bagian kepala janin terlihat di introitus vagina.

d. UUK (ubun-ubun kecil) umumnya berputar ke arah depan. Kala II berlangsung rata-rata 1,5 jam pada primigravida dan sekitar 0,5 jam pada multipara.

Pada kala II, kontraksi biasanya teratur, kuat, cepat, dan lebih lama, muncul setiap 2–3 menit sekali. Kepala janin sudah turun ke dalam panggul sehingga menekan otot dasar panggul, yang secara refleks menimbulkan dorongan untuk mengejan. Tekanan pada rektum membuat ibu merasa ingin buang air besar, ditandai dengan anus yang terbuka. Saat kontraksi, kepala janin mulai tampak, vulva terbuka, dan perineum meregang. Dengan mengejan yang terarah, kepala bayi akan lahir diikuti oleh seluruh tubuhnya. Lama kala II pada primipara berkisar 1,5–2 jam, sedangkan pada multipara sekitar 0,5–1 jam (Mochtar, 2012).

Rasa nyeri pada kala II disebabkan oleh regangan dan kemungkinan robekan jaringan, terutama di perineum, serta tekanan pada otot-otot perineum. Nyeri ini muncul akibat rangsangan pada struktur somatik superfisial dan digambarkan sebagai nyeri tajam yang

terlokalisasi, terutama di area yang dipersarafi oleh saraf pudendus (Mander, 2012).

Tanda pasti kala II ditegakkan melalui pemeriksaan dalam, yaitu serviks yang sudah membuka lengkap (10 cm) dan terlihatnya bagian kepala bayi di introitus vagina.

3. Perubahan Psikologis Kala II

Pada kala II persalinan, ibu sering menunjukkan kondisi emosional yang labil, misalnya panik, bingung, marah, lelah, atau kesulitan mengikuti arahan. Oleh karena itu, dukungan dari suami dan keluarga sangat dibutuhkan untuk membantu menurunkan rasa cemas.

Dari sisi fisiologis, kecemasan memicu kerja sistem saraf otonom, khususnya saraf simpatis, yang merangsang pelepasan adrenalin. Hal ini menyebabkan peningkatan frekuensi napas, detak jantung lebih cepat, tekanan darah naik, serta kadar gula darah meningkat.

Secara psikologis, kecemasan dapat mengganggu refleks, menurunkan koordinasi, menghambat komunikasi, bahkan membuat ibu cenderung menarik diri dari lingkungan sosial (Nugraheny, 2013).

4. Asuhan Persalinan Kala II – Persiapan Pertolongan Persalinan

Persiapan awal :

a. Mengamati dan mengenali tanda-tanda kala II persalinan.

b. Memastikan seluruh peralatan, bahan, serta obat-obatan penting siap digunakan. Siapkan ampul oksitosin 10 unit dengan cara

mematahkannya, lalu letakkan spuit steril sekali pakai di dalam partus set.

c. Menggunakan pakaian pelindung, seperti baju kerja atau celemek plastik bersih..

d. Melepaskan semua perhiasan di bawah siku, mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, lalu mengeringkannya menggunakan handuk bersih sekali pakai/pribadi.

e. Memakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan pemeriksaan dalam.

f. Mengisi spuit dengan oksitosin 10 unit (menggunakan sarung tangan steril atau DTT), lalu meletakkannya kembali ke partus set steril tanpa menyentuh atau mencemari spuit tersebut.

Memastikan pembukaan serviks lengkap :

a. Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas atau kasa yang dibasahi larutan disinfeksi tingkat tinggi, menyeka dari arah depan ke belakang. Bahan yang terkontaminasi dibuang pada wadah yang sesuai. Jika sarung tangan terkontaminasi, ganti dengan cara merendamnya terlebih dahulu dalam larutan dekontaminasi.

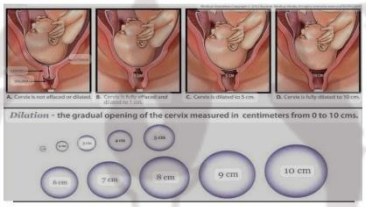
b. Dengan teknik aseptik, lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan serviks sudah membuka penuh. Jika ketuban masih utuh saat pembukaan lengkap, lakukan amniotomi.

c. Melakukan dekontaminasi sarung tangan dengan mencelupkannya ke dalam larutan klorin 0,5%, melepasnya secara terbalik, lalu merendam selama 10 menit. Setelah itu, cuci tangan kembali.

d. Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi selesai, untuk memastikan nilainya dalam rentang normal (120–160 kali/menit).

1). Jika DJJ tidak normal, segera lakukan tindakan yang sesuai.

2). Catat semua hasil pemeriksaan dalam, DJJ, serta temuan dan tindakan lainnya pada partograf.



Gambar 3.2 Penipisan dan Pelebaran Serviks

Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk Membantu Proses Meneran

a. Memberitahukan kepada ibu bahwa pembukaan serviks sudah lengkap dan kondisi janin dalam keadaan baik. Bantu ibu memilih posisi yang nyaman sesuai keinginannya.

1). Tunggu hingga ibu merasakan dorongan untuk meneran.

2). Jelaskan kepada keluarga bagaimana mereka bisa memberi dukungan dan semangat saat ibu mulai meneran.

b. Meminta bantuan keluarga dalam menyiapkan posisi ibu ketika meneran (misalnya posisi setengah duduk saat kontraksi), sambil memastikan ibu tetap nyaman.

c. Memimpin proses meneran ketika ibu sudah memiliki dorongan kuat:

1). Membimbing ibu untuk mengejan sesuai keinginannya.

2). Memberikan dukungan dan semangat pada usaha ibu.

3). Membantu ibu memilih posisi yang nyaman (tidak dipaksa berbaring terlentang).

4). Menganjurkan ibu beristirahat di sela kontraksi.

5). Melibatkan keluarga untuk terus memberi semangat.

6). Memberikan asupan cairan per oral.

7). Memantau denyut jantung janin (DJJ) setiap 5 menit.

8). Jika dalam 120 menit pada primipara atau 60 menit pada multipara bayi belum lahir, segera lakukan rujukan.

9). Bila ibu tidak memiliki dorongan untuk meneran, anjurkan berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi aman. Jika dalam 60 menit belum ada dorongan, minta ibu mulai mengejan saat puncak kontraksi dan beristirahat di antara kontraksi.

d. Menilai DJJ setelah setiap kontraksi rahim (JNPK-KR, 2017).

Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

a. Jika kepala bayi sudah membuka vulva dengan diameter 5–6 cm, letakkan handuk bersih di perut ibu untuk mengeringkan bayi.

b. Taruh kain bersih yang dilipat sepertiga bagian di bawah bokong ibu.

c. Buka partus set dan periksa kembali kelengkapan alat.

d. Gunakan sarung tangan steril atau DTT di kedua tangan.

Menolong Kelahiran Bayi – Tahap Lahirnya Kepala

a. Saat kepala bayi membuka vulva 5–6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan berlapis kain, sambil memberi tekanan lembut pada kepala dengan tangan lainnya agar lahir perlahan. Anjurkan ibu mengejan perlahan atau bernapas cepat ketika kepala keluar. Jika terdapat mekonium, segera bersihkan mulut dan hidung bayi dengan penghisap lendir steril atau bola karet bersih.

b. Periksa adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan sesuai kondisi :

1). Jika lilitan longgar, lepaskan melalui bagian atas kepala bayi.

2). Jika lilitan ketat, lakukan penjepitan di satu titik lalu potong tali pusat.

c. Tunggu sampai kepala bayi berputar secara spontan mengikuti putaran paksi luar (JNPK-KR, 2017).

Gambar 3.2 Melahirkan Kepala

Lahirnya Bahu

Setelah kepala bayi menyelesaikan putaran paksi luar, letakkan kedua tangan di sisi wajah bayi. Pada kontraksi berikutnya, arahkan ibu untuk mengejan, lalu bantu keluarnya bahu dengan menarik perlahan ke bawah untuk bahu depan (anterior), dan ke atas untuk bahu belakang (posterior).

Gambar 3.3 Lahirkan Bahu Bayi

Lahirnya Badan dan Tungkai

a. Setelah bahu bayi lahir, telusuri tangan dari arah kepala menuju perineum untuk menyambut bahu dan lengan posterior. Kendalikan siku serta tangan bayi saat melewati perineum. Gunakan lengan bawah untuk menopang tubuh bayi, sementara tangan atas membantu mengendalikan siku dan tangan anterior saat keluar.

b. Setelah lengan lahir, telusuri tangan bagian atas (anterior) dari punggung ke arah tungkai untuk menyangganya saat kaki keluar. Pegang kedua kaki bayi dengan hati-hati guna membantu proses kelahiran (JNPK-KR, 2017).

c. Segera lakukan penilaian cepat terhadap kondisi bayi, kemudian letakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala sedikit lebih rendah dari tubuhnya. Jika tali pusat terlalu pendek, posisikan bayi di tempat yang memungkinkan.

d. Keringkan bayi segera, bungkus tubuh dan kepalanya dengan kain, kecuali area tali pusat. Ganti handuk atau kain dengan yang kering, dan biarkan bayi tetap di atas perut ibu.

e. Jepit tali pusat sekitar 3 cm dari umbilikus bayi, lakukan urutan ke arah ibu, lalu pasang klem kedua dengan jarak 2 cm dari klem pertama.

f. Pegang tali pusat di antara kedua klem dengan tangan kiri, kemudian potong di bagian tengahnya. Jika bayi belum bernapas spontan, lakukan penanganan khusus bayi baru lahir.

g. Ganti pembungkus bayi dengan kain bersih dan kering, lalu bungkus kembali hingga menutupi kepala.

h. Berikan bayi kepada ibu untuk menyusu bila ibu menginginkannya.

i. Lakukan palpasi abdomen untuk memastikan tidak ada bayi kedua (JNPK-KR, 2017).

Gambar 3.4 Penanganan Bayi Baru Lahir

4. Asuhan Sayang Ibu pada Kala II

Asuhan sayang ibu adalah bentuk perawatan yang dilakukan dengan menghormati budaya, keyakinan, dan keinginan ibu. Kala II dimulai dari pembukaan serviks yang lengkap hingga bayi lahir. Beberapa asuhan yang dapat diberikan pada tahap ini meliputi:

a. *Pendampingan* oleh suami atau anggota keluarga lainnya selama proses persalinan hingga bayi lahir.

b. *Keterlibatan keluarga* dalam mendukung ibu, misalnya :

1. Membantu ibu berganti posisi.
2. Memberikan rangsangan taktil.
3. Menyediakan makanan dan minuman.

4. Menjadi pendengar atau teman bicara yang baik.

5. Memberikan semangat hingga proses kelahiran selesai.

c. *Peran tenaga kesehatan/penolong persalinan*, antara lain :

1. Memberikan motivasi dan dukungan kepada ibu dan keluarganya.

2. Menjelaskan tahapan serta perkembangan persalinan.

3. Mendampingi ibu sepanjang proses persalinan dan kelahiran.

d. Membuat ibu merasa tenang dengan memberikan bimbingan serta menawarkan bantuan selama kala II.

e. Menganjurkan ibu mengejan hanya ketika muncul dorongan kuat dan spontan, serta memberi kesempatan beristirahat saat tidak ada kontraksi.

f. Memastikan kebutuhan makan dan minum ibu tercukupi selama kala II.

g. Memberikan rasa aman dan nyaman dengan cara :

1. Mengurangi ketegangan ibu.

2. Membantu kelancaran persalinan dan proses kelahiran bayi.

3. Menjelaskan tujuan dan langkah dari setiap tindakan medis.

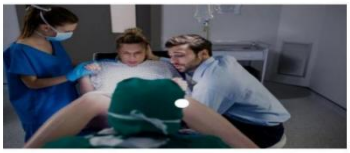
4. Menjawab pertanyaan yang diajukan ibu.

5. Memberi penjelasan mengenai kondisi ibu dan bayinya.

6. Menginformasikan hasil pemeriksaan.

h. Melakukan pencegahan infeksi dengan membersihkan vulva dan perineum ibu.

i. Membantu ibu mengosongkan kandung kemih secara spontan.



Gambar 3.5 Persalinan Ditolong Tenaga Kesehatan
dan Kehadiran Pendamping Persalinan

2.3.11 Partograf

Selama ini, pencatatan dan pelaporan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan dilakukan melalui beberapa dokumen, antara lain: Sistem Informasi Manajemen Pelayanan Kesehatan (SP2TP), Kartu Ibu, Informed Consent, Kartu Menuju Sehat (KMS) Ibu Hamil atau Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Register Kohort Ibu dan Bayi, Partograf, Kartu Persalinan Nifas, serta laporan hasil Audit Maternal Perinatal (AMP).

1. *Pengertian Partograf*

Partograf merupakan alat bantu klinis yang digunakan untuk membantu pengambilan keputusan, memantau, mengevaluasi, dan menatalaksana proses persalinan. Alat ini juga berfungsi sebagai peringatan dini bila persalinan berlangsung terlalu lama, terdapat tanda gawat pada ibu maupun janin, serta untuk menentukan kebutuhan rujukan.

2. *Waktu Pengisian Partograf*

Partograf mulai diisi saat persalinan memasuki kala I fase aktif, yaitu ketika pembukaan serviks berada pada 4–10 cm, dan pemantauan dilakukan hingga kala IV.

3. Isi partograf

Partograf dianggap lengkap apabila seluruh data mengenai ibu, kondisi janin, perkembangan persalinan, waktu pemeriksaan, kontraksi uterus, kondisi ibu, obat-obatan yang diberikan, hasil laboratorium, keputusan klinis, serta tindakan atau asuhan yang dilakukan dicatat secara rinci sesuai prosedur pencatatan partograf.

Rincian isi partograf meliputi :

1). *Informasi Ibu*

Nama dan usia, jumlah kehamilan (gravida), jumlah persalinan (para), riwayat abortus, nomor rekam medis/nomor puskesmas, tanggal dan jam mulai dirawat, serta waktu pecah ketuban.

2). *Kondisi Janin*

Denyut jantung janin, warna dan keberadaan air ketuban, serta tingkat molase (penyusupan) kepala janin.

3). *Kemajuan Persalinan*

a. Pembukaan serviks.

b. Penurunan bagian terbawah atau presentasi janin.

c. Garis waspada dan garis tindakan.

d. Mencatat waktu dan jam dari awal fase aktif persalinan dan waktu pemeriksaan aktual.

e. Frekuensi kontraksi uterus dalam 10 menit dan durasi kontraksi dalam detik.

f. Pemberian obat oksitosin, obat-obatan lain, serta cairan intravena.

4). *Kondisi Ibu*

Mencakup nadi, tekanan darah, suhu tubuh, serta hasil pemeriksaan urin (volume, adanya aseton, atau protein).

4. Cara pengisian partograf

Pencatatan pada partograf dimulai saat fase aktif persalinan, yaitu ketika pembukaan serviks mencapai 4 cm, dan berakhir pada saat pembukaan serviks lengkap. Kecepatan pembukaan yang diharapkan adalah sekitar 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif dilakukan mulai dari garis waspada. Penilaian kondisi ibu dan janin dilakukan secara berkala dengan rincian sebagai berikut :

1. *Denyut jantung janin* : dicatat setiap 30 menit.
2. *Frekuensi dan durasi kontraksi uterus* : setiap 30 menit.
3. *Nadi ibu*: setiap 30 menit.
4. *Pembukaan serviks* : setiap 4 jam.
5. *Penurunan bagian terbawah janin* : setiap 4 jam.
6. *Tekanan darah dan suhu tubuh* : setiap 4 jam.
7. *Produksi urine, aseton, dan protein* : setiap 2–4 jam.

Lembar depan partograf mencakup :

a). *Identitas ibu* : tuliskan data ibu sesuai identitas, waktu kedatangan dicatat dalam jam, sertakan juga waktu pecahnya ketuban serta saat mulai merasakan kontraksi.

b). *Kondisi janin* :

(1). *Denyut jantung janin (DJJ)* : diperiksa setiap 30 menit (atau lebih sering bila ada tanda gawat janin). Setiap kotak mewakili 30 menit. Batas normal DJJ berada di antara garis 100–180. Waspadai bila DJJ <120/menit (bradikardi) atau >160/menit (takikardi). Tandai dengan titik (•) pada grafik, lalu hubungkan antar titik.

(2). *Air ketuban* : setiap pemeriksaan dalam, catat kondisi cairan ketuban dengan simbol berikut :

U = Ketuban utuh.

J = Ketuban pecah, cairan jernih.

M = Cairan bercampur mekonium.

D = Cairan bercampur darah.

K = Tidak ada cairan/ketuban kering.

c). *Molase tulang kepala janin* : dicatat bila ada penyusupan.

2.1.12 Deteksi Tanda Bahaya Pada Kala II Persalinan Dan Cara Mengatasinya

1. Temuan Normal dan Abnormal dari Partograf

Partograf berfungsi sebagai alat deteksi dini untuk menemukan adanya distosia persalinan, yaitu kondisi persalinan yang berlangsung lama, sulit, atau tidak normal akibat berbagai faktor yang memengaruhi proses persalinan. Distosia dapat muncul karena gangguan pada salah satu dari lima faktor persalinan. Catatan dalam partograf meliputi penilaian kesejahteraan janin (DJJ, kondisi air ketuban, dan molase kepala janin), serta kesejahteraan ibu dan kemajuan persalinan (pembukaan serviks, penurunan kepala, kontraksi/his, nadi, tekanan darah, suhu tubuh, dan hasil pemeriksaan urine).

a. Temuan Normal dalam Partograf

Berikut adalah parameter normal berdasarkan hasil penilaian partograf :

Tabel 2.2 Temuan Normal Dari Partograf

Parameter	Temuan Normal	Tanda
DJJ	Kisaran normal 120-160 x/menit	
Ketuban	Selaput masih Utuh Selaput pecah, air ketuban Jernih	U J
Molase	Tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura mudah dipalpasi. Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.	0 1
Pembukaan Serviks	Fase laten (pembukaan 1-4 cm) berlangsung sekitar 8-12 jam, Fase aktif (pembukaan 5-10 cm berlangsung sekitar 3-5 jam.	X
Penurunan Kepala Janin	2/5 = jika hanya 2 dari 5 jari bagian kepala janin teraba di atas simfisis pubis. Berarti hampir	O

	seluruh kepala telah turun ke dalam saluran panggul (bulatnya kepala tidak dapat diraba dan kepala janin tidak dapat digerakkan). 3/5 = jika hanya 3 dari 5 jari bagian kepala janin teraba di atas simfisis pubis. 4/5 = jika sebagian besar kepala janin berada di atas simfisis pubis. 5/5 = jika keseluruhan kepala janin dapat diraba di atas simfisis pubis.	
Kontraksi Uterus (dalam 10 menit)	Kontraksi uterus terjadi 3-4 kali dalam 10 menit, selama 40-60 detik dengan interval 2-3 menit.	
Nadi	80 x/menit.	
Tekanan Darah	10/90 mmHg.	
Urine	Jumlah urine normal 1500-1600 ml/24 jam.	

b. Temuan Abnormal dari Partograf

Pada lembar partograf terdapat *garis waspada (alert line)* dan *garis tindakan (action line)* sebagai penanda penting. Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm, yaitu saat fase aktif dimulai. Pencatatan selama fase aktif dicatat dari garis waspada hingga titik di mana pembukaan berlangsung 1 cm per jam. Bila pembukaan

serviks bergerak ke sebelah kanan garis waspada (kurang dari 1 cm/jam), maka perlu dicurigai adanya hambatan persalinan dan dipertimbangkan untuk melakukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap atau mengakhiri persalinan di fasilitas rujukan. Jika pembukaan serviks melewati garis tindakan, persalinan harus segera diakhiri (Gita Kostania, 2014). Persalinan abnormal atau berkepanjangan bisa muncul akibat berbagai faktor yang berkaitan dengan *lima komponen persalinan*, di antaranya :

1). Persalinan disfungsional.

2). Perubahan struktur panggul atau jalan lahir (passage).

3). Masalah pada janin.

4). Tanda pada partograf berupa DJJ <110 atau >160 kali per menit.

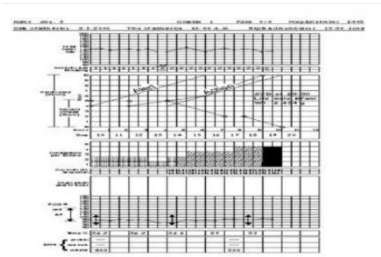
5). Posisi ibu saat persalinan dan melahirkan.

6). Respons psikologis ibu terhadap proses persalinan.

c. Persalinan Disfungsional

Persalinan disfungsional terjadi karena kontraksi uterus tidak efektif, sehingga memperlambat kemajuan pembukaan serviks, penipisan serviks, maupun turunnya kepala janin. Faktor yang dapat memperberat kondisi ini antara lain penggunaan analgesik dosis tinggi, pemberian anestesi, kelelahan ibu, hidrasi yang kurang, serta posisi ibu yang tidak mendukung. Pada partograf, kondisi ini dapat tergambar dan penanganannya salah satunya adalah dengan

pemberian oksitosin untuk memperbaiki kontraksi uterus (Saefuddin, A.B. 2000).



Gambar 3.6 Partograf Pada Persalinan Disfungsional

d. Faktor Jalan Lahir dan Perubahan Struktur Panggul (Passage)

Hambatan atau distosia bisa terjadi akibat kelainan pada jalan lahir, khususnya pada struktur tulang panggul. Kondisi ini menyebabkan penyempitan diameter panggul sehingga kapasitasnya berkurang, baik pada pintu atas, tengah, bawah, maupun kombinasi dari bagian-bagian tersebut.

e. Faktor pada Janin

Distosia yang berkaitan dengan janin dapat menimbulkan risiko serius, seperti asfiksia, cedera, fraktur, luka pada jalan lahir, hingga perdarahan pada ibu. Meskipun bayi dengan kelainan bisa saja lahir per vaginam, seringkali diperlukan bantuan seperti forcep, vakum, atau tindakan sesar. Bila denyut jantung janin <110 atau >120 kali per menit dan tidak membaik setelah intervensi (misalnya pemberian oksigen, perubahan posisi ibu, atau rehidrasi), persalinan harus segera diakhiri demi keselamatan janin (JNPK, 2002).

f. Posisi Ibu

Posisi tubuh ibu selama persalinan memengaruhi efektivitas kontraksi, mekanisme kelahiran, serta interaksi antara janin dan panggul. Posisi yang membatasi pergerakan, seperti terlentang (dorsal recumbent) atau litotomi, dapat memperlambat proses persalinan, meningkatkan risiko distosia, serta memperbesar kemungkinan perlunya tindakan obstetri seperti forcep, vakum, atau operasi sesar.

g. Respons Psikologis

Pada kala II, ibu sering mengalami stres akibat nyeri, kecemasan, dan rasa takut. Hal ini dapat memicu peningkatan hormon stres (seperti β-endorfin, ACTH, kortisol, dan epinefrin), yang berpotensi menyebabkan distosia. Selain itu, posisi berbaring dan pembatasan gerakan dapat memperburuk kondisi psikologis maupun fisiologis, terutama pada ibu yang tidak mendapat penatalaksanaan nyeri (Saefuddin, 2000).

2.3.13 Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir

1. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir atau *neonatus* adalah bayi pada usia 0–28 hari pertama kehidupan. Pada periode ini, tubuh bayi melakukan adaptasi dari kehidupan di dalam rahim ke lingkungan luar. Masa ini sangat penting karena risiko kesakitan dan kematian pada neonatus cukup

tinggi sehingga memerlukan perhatian serta perawatan khusus (JNPKKR, 2017).

2. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir Sehat

a). Berat badan antara 2500–4000 gram.

b). Panjang tubuh 46–53 cm.

c). Lingkar kepala sekitar 33–35 cm.

d). Denyut jantung 120–140 kali per menit, frekuensi pernapasan 40–60 kali per menit.

e). Kulit tampak kemerahan, skor Apgar 8–10, refleks bayi baik.

f). Kuku terlihat agak panjang dan masih lunak.

g). *Genitalia :*

Bayi perempuan → labia minora tertutup oleh labia mayora.

Bayi laki-laki → testis sudah turun ke skrotum.

h). Fungsi eliminasi baik, ditandai keluarnya urine dan mekonium dalam 24 jam pertama.

3. Perubahan Fisiologis Pada Bayi Baru Lahir

a. Termoregulasi

Sejak lahir, bayi rentan kehilangan panas melalui beberapa mekanisme :

1). Evaporasi → hilangnya panas karena perubahan cairan tubuh menjadi uap.

2). Konduksi → panas berpindah ketika bayi bersentuhan langsung dengan permukaan yang lebih dingin.

3). Konveksi → hilangnya panas akibat paparan udara sekitar yang lebih dingin.

4). Radiasi → panas tubuh berpindah ke benda-benda di sekitar tanpa kontak langsung.

b. Sistem Pernapasan

Biasanya, napas pertama terjadi dalam 30 detik setelah kelahiran. Pada proses persalinan pervaginam, tekanan pada rongga dada membantu mengurangi cairan paru sekitar sepertiga, hingga tersisa 80–100 ml. Saat paru mengembang, dada kembali ke bentuk normal. Pernafasan bayi baru lahir lebih banyak menggunakan diafragma dan perut, sering kali dengan frekuensi dan kedalaman yang tidak teratur.

c. Sistem Pencernaan

Janin yang cukup bulan sudah mulai belajar mengisap dan menelan. Kapasitas lambung bayi baru lahir masih kecil, kurang dari 30 ml, dan bertambah seiring pertumbuhan. Karena itu, pemberian ASI perlu dilakukan teratur sesuai kebutuhan bayi (on demand).

d. Sistem Kardiovaskular dan Darah

Setelah lahir, sirkulasi darah bayi mulai melewati paru-paru untuk mengambil oksigen. Perubahan tekanan pembuluh darah dipengaruhi kadar oksigen, yang mengatur resistensi aliran. Beberapa saluran, seperti vena umbilikus, duktus venosus, dan arteri hipogastrika, akan menutup secara fungsional dalam hitungan menit setelah tali pusat diklem, lalu menutup permanen dalam 2–3 bulan.

e. Metabolisme Glukosa

Setelah pemotongan tali pusat, bayi harus menjaga kadar gula darah secara mandiri. Biasanya kadar glukosa menurun dalam 1–2 jam pertama. Bayi sehat memanfaatkan cadangan glikogen di hati yang terbentuk menjelang akhir kehamilan. Keseimbangan glukosa biasanya tercapai dalam 3–4 jam. Bayi prematur, IUGR, atau yang mengalami gawat janin lebih berisiko karena cadangan energi rendah atau sudah habis sebelum lahir.

f. Sistem Ginjal

Sebagian besar bayi mengeluarkan urine dalam 24 jam pertama, sekitar 2–6 kali pada hari-hari awal, lalu meningkat menjadi 5–20 kali per hari. Urine bisa tampak keruh karena lendir atau kristal asam urat, bahkan meninggalkan noda kemerahan di popok. Fungsi ginjal belum matang sepenuhnya karena jumlah nefron masih terbatas, luas permukaan glomerulus belum seimbang dengan tubulus proksimal, dan aliran darah ginjal masih lebih rendah dibanding orang dewasa.

4. Pelayanan Esensial Bayi Baru Lahir

a. Usia 0–6 jam

1. Menjaga suhu tubuh bayi agar tetap hangat.
2. Melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD).
3. Pemotongan serta perawatan tali pusat.
4. Memberikan suntikan vitamin K1.

5. Mengoleskan salep antibiotik pada mata.
6. Pemberian imunisasi Hepatitis B0.
7. Melakukan pemeriksaan fisik bayi.
8. Memantau adanya tanda-tanda bahaya.
9. Menangani bayi baru lahir dengan asfiksia.
10. Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani secara mandiri dalam kondisi stabil, tepat waktu, ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap.

b. Usia 6 jam – 28 hari

1. Merawat tali pusat.
2. Melakukan pemeriksaan rutin pada bayi.
3. Memberikan perawatan metode kanguru bagi bayi dengan berat lahir rendah.
4. Memastikan status pemberian vitamin K1 profilaksis dan imunisasi.
5. Menangani bayi yang sakit atau memiliki kelainan bawaan.
6. Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani ke fasilitas kesehatan dengan kemampuan lebih tinggi.

5. Kunjungan Neonatus (KN)

Kunjungan neonatus dilakukan sebanyak 4 kali, yaitu :

- KN 1 pada usia 6–48 jam,
- KN 2 pada usia 3–7 hari,

- KN 3 pada usia 8–28 hari,
- KN 4 pada usia 29–42 hari.

6. Asuhan Bayi Baru Lahir

a. Pencegahan infeksi

Bayi baru lahir sangat rentan terpapar mikroorganisme, baik saat proses persalinan maupun beberapa waktu setelahnya. Oleh karena itu, perawatan bayi memerlukan perlengkapan esensial, termasuk pakaian yang bersih dan bebas dari kuman.

b. Penilaian segera setelah lahir

Evaluasi bayi dilakukan untuk memastikan beberapa hal, antara lain: apakah lahir cukup bulan, kondisi air ketuban jernih dan tidak bercampur mekonium, bayi menangis atau bernapas, serta otot-otot bayi cukup baik dengan gerakan aktif.

c. Pencegahan kehilangan panas

Setelah lahir, penting untuk mencegah bayi kehilangan panas tubuh. Caranya dengan mengeringkan tubuh bayi, menyelimuti terutama bagian kepala menggunakan kain kering, menunda mandi hingga suhu tubuh stabil (±6 jam setelah lahir), serta menjaga suhu ruangan tetap hangat (>25°C) atau menempatkan bayi bersama ibu.

d. Perawatan tali pusat

Setelah dipotong dan diikat, tali pusat dibiarkan terbuka tanpa diberi cairan atau bahan apa pun. Bila muncul tanda seperti

perdarahan, nanah, kemerahan yang meluas, atau bau tidak sedap, bayi harus segera dibawa ke fasilitas kesehatan.

e. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Bayi perlu mendapat kontak kulit dengan ibu segera setelah lahir selama sekitar 1 jam. Bayi dibiarkan berada di dada ibu untuk memperkuat ikatan (bonding).

f. Manajemen laktasi

Pemberian ASI sedini mungkin membantu membangun ikatan emosional dan memberikan kehangatan. Manajemen laktasi meliputi periode antenatal, segera setelah lahir, masa neonatal, hingga masa menyusui berikutnya.

g. Pencegahan infeksi mata

Penggunaan antibiotik profilaksis, seperti Gentamicin 0,3% atau Oksitetrasiklin 1%, dianjurkan untuk mencegah infeksi mata akibat klamidia (penyakit menular seksual).

h. Pemberian vitamin K1

Vitamin K1 diberikan melalui suntikan intramuskular dosis 1 mg, setelah kontak kulit atau selesai IMD sekitar 1 jam. Tujuannya adalah mencegah gangguan akibat kekurangan vitamin K yang dapat dialami bayi baru lahir.

i. Imunisasi

Imunisasi Hepatitis B penting untuk mencegah penularan infeksi dari ibu ke bayi. Vaksin ini diberikan 1 jam setelah penyuntikan vitamin K1, saat bayi berusia sekitar 2 jam.

j. Pemeriksaan bayi baru lahir

Pemeriksaan dapat dilakukan 1 jam setelah kontak kulit. Pemeriksaan meliputi antropometri, pemeriksaan fisik, refleks, serta tes penunjang (laboratorium) sebagai bagian dari skrining dini, misalnya untuk mendeteksi hipotiroid kongenital.

2.3.14 Asuhan Kebidanan Pada Kala III dan IV Persalinan

A. Asuhan Kebidanan Pada Kala III

1. Pengertian

Kala III persalinan, atau dikenal juga sebagai kala uri, adalah tahap persalinan yang dimulai setelah bayi lahir hingga keluarnya plasenta dan selaput ketuban. Pada kondisi normal, plasenta akan lahir dalam waktu maksimal 30 menit. Tanda-tanda pelepasan plasenta antara lain :

1). Rahim teraba keras, membesar, terdorong ke atas, dan berbentuk bulat (globuler/diskoid).

2). Tali pusat terlihat memanjang.

3). Darah keluar tiba-tiba dari jalan lahir.

Saat ini, pertolongan kala III lebih sering dilakukan dengan manajemen aktif kala III (MAK III) yang terdiri dari tiga langkah utama: penyuntikan oksitosin, peregangan tali pusat terkendali (PTT), dan

pemijatan rahim. Penerapan MAK III terbukti memperpendek kala III, mengurangi perdarahan, membuat kontraksi rahim lebih efektif, serta mencegah retensio plasenta dan atonia uteri (Lola Meyasa, 2020).

2. Langkah Manajemen Kala III

a. Pemberian oksitosin dalam 1 menit setelah bayi lahir

1. Letakkan bayi di atas handuk atau kain bersih di perut bawah ibu, selimuti, dan minta ibu/didampingi keluarga memegang bayi.
2. Pastikan tidak ada bayi kembar yang belum lahir.
3. Beritahukan kepada ibu mengenai penyuntikan.
4. Berikan oksitosin 10 IU intramuskular pada paha kanan atau kiri bagian lateral.
5. Setelah bayi dikeringkan dan diganti kain bersih, lakukan penjepitan serta pemotongan tali pusat 2–3 menit setelah lahir. Ikat tali pusat dengan erat.
6. Lakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dengan kontak kulit, kemudian selimuti ibu dan bayi.

Oksitosin harus disimpan pada suhu 2–8°C, baik di ruang bersalin maupun di gudang. Ada beberapa jenis oksitosin yang dapat disimpan pada suhu 15–21°C, namun bila disimpan di atas batas toleransi, efektivitasnya akan berkurang. Studi RS PONEK (Jakarta, 2011) menemukan suhu rata-rata ruang bersalin sekitar 25–27°C.

b. Penegangan tali pusat terkendali (PTT)

1. Berdiri di sisi ibu.

2. Geser klem tali pusat sekitar 5–10 cm dari vulva.
3. Letakkan tangan lain di atas perut ibu (beralaskan kain) tepat di atas simfisis pubis. Gunakan tangan untuk meraba kontraksi rahim dan menekan ke arah dorso kranial sambil menarik tali pusat dengan hati-hati.
4. Setelah plasenta lepas, anjurkan ibu mengejan agar plasenta terdorong keluar melalui vagina. Tarikan tali pusat diarahkan sejajar lantai mengikuti jalannya jalan lahir.
5. Jika plasenta belum lahir, tunggu kontraksi berikutnya (2–3 menit) lalu ulangi PTT. Jika setelah 15 menit plasenta belum lepas, berikan ulang oksitosin 10 IU IM, tunggu kontraksi, dan ulangi PTT dengan tekanan dorso kranial. Penting : Jangan menarik tali pusat tanpa menekan rahim secara bersamaan.

c. Masase fundus uteri setelah plasenta lahir

1. Letakkan telapak tangan di fundus uteri.
2. Jelaskan prosedur kepada ibu, karena mungkin terasa kurang nyaman. Ajak ibu bernapas tenang dan rileks.
3. Lakukan gerakan memutar dengan lembut tapi tegas agar rahim berkontraksi. Jika tidak ada kontraksi dalam 15 detik, lakukan tata laksana atonia uteri.
4. Periksa plasenta dan selaputnya untuk memastikan lengkap.

5. Evaluasi rahim 1–2 menit kemudian, pastikan kontraksi baik. Ajarkan ibu/keluarga cara masase rahim agar bisa mendeteksi bila kontraksi melemah.
6. Pantau kontraksi setiap 15 menit pada 1 jam pertama, lalu setiap 30 menit pada jam kedua.

Kehilangan darah pada kala III Perkiraan jumlah darah sulit dilakukan karena bercampur cairan lain dan terserap kain. Cara terbaik adalah memantau tanda vital dan gejala klinis : lemas, pusing, takikardi, hingga hipotensi. Kehilangan darah 500–1000 ml gejala ringan dan kehilangan 2000–2500 ml syok hipovolemik. Atonia uteri (rahim tidak mampu berkontraksi) merupakan penyebab utama perdarahan pascapersalinan, terutama 24 jam pertama, yang dapat menyebabkan kematian dalam waktu kurang dari satu jam. Oleh karena itu, pemantauan ketat dan kesiapan menangani atonia uteri sangat penting. Manajemen aktif kala III menjadi kunci pencegahan kematian ibu akibat perdarahan.

B. Asuhan Kebidanan Pada Kala IV

1. Pengertian

Kala IV merupakan tahap setelah plasenta lahir hingga 2 jam pertama pascapersalinan. Pada fase ini dilakukan pemantauan perdarahan melalui vagina. Bila terdapat robekan jalan lahir, maka perlu dilakukan penjahitan (hecting). Tenaga kesehatan juga wajib memeriksa tanda vital ibu,

memastikan kontraksi rahim baik, serta mencegah terjadinya perdarahan pascapersalinan.

Selain itu, ibu dianjurkan untuk melakukan *Inisiasi Menyusu Dini (IMD)* minimal selama 1 jam setelah melahirkan. Setelah IMD atau 1 jam setelah bayi lahir, diberikan suntikan vitamin K intramuskular di paha kiri bagian anterolateral. Satu jam kemudian, bayi mendapat imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral. Bayi tidak disarankan untuk dimandikan selama 24 jam pertama guna mencegah risiko hipotermia.

2.3.15 Komplikasi Yang Sering Terjadi Pada Kala III Dan IV Persalinan

1. Perdarahan Post Partum Primer

Perdarahan pasca persalinan adalah kehilangan darah lebih dari 500 ml melalui jalan lahir yang terjadi pada kala III atau setelahnya. Perdarahan postpartum primer muncul dalam 24 jam pertama. Jumlah perdarahan biasanya hanya dapat diperkirakan secara tidak langsung. Kondisi ini dianggap abnormal apabila menimbulkan perubahan pada keadaan umum maupun tanda vital ibu, seperti rasa lemah, pusing, keringat dingin, menggigil, napas cepat, tekanan darah sistolik <90 mmHg, denyut nadi >100 kali/menit, dan kadar Hb <8 g%. Beberapa penyebab yang sering ditemukan adalah:

a. Atonia uteri

Atonia uteri merupakan kondisi lemahnya tonus atau kontraksi rahim sehingga tidak mampu menutup pembuluh darah pada area implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir. Kondisi ini menjadi penyebab utama perdarahan postpartum dan dapat berakibat fatal dalam waktu kurang dari 1 jam. Bila rahim tidak segera berkontraksi setelah plasenta lahir, ibu bisa kehilangan darah sekitar 350–500 cc per menit dari area implantasi plasenta.

Pencegahan dilakukan melalui Manajemen Aktif Kala III (MAK III), antara lain dengan pemberian oksitosin secara rutin, yang terbukti menurunkan risiko perdarahan postpartum lebih dari 40%, mengurangi volume perdarahan, mencegah anemia pascapersalinan, serta menekan kebutuhan transfusi darah. Rangsangan berupa pijatan pada fundus uteri selama 15 detik segera setelah plasenta lahir dapat merangsang kontraksi. Bila dalam 15 detik rahim belum berkontraksi, segera dilakukan Kompresi Bimanual Internal (KBI).

b. Robekan perineum atau jalan lahir

Robekan perineum terjadi saat bayi lahir, baik secara spontan maupun melalui bantuan alat atau tindakan medis. Robekan biasanya muncul di garis tengah dan dapat meluas jika kepala bayi lahir terlalu cepat. Tingkat robekan perineum dibagi menjadi empat derajat :

1. Derajat I : mengenai mukosa vagina, bagian depan vulva, dan kulit perineum.

2. Derajat II : meluas hingga otot-otot perineum.

3. Derajat III : melibatkan mukosa vagina, vulva, kulit perineum, otot-otot perineum, serta sfingter ani eksternal.

4. Derajat IV : mencakup seluruh perineum dan sfingter ani hingga mukosa rektum.

c. Retensio plasenta

Retensio plasenta adalah kondisi ketika plasenta belum lahir setelah lebih dari 30 menit pasca kelahiran bayi. Bisa juga berupa sisa plasenta atau selaput ketuban yang masih tertinggal di dalam rahim. Hal ini berisiko menimbulkan perdarahan postpartum dini maupun lambat (6–10 hari setelah persalinan).

Proses pelepasan plasenta dari dinding rahim dipengaruhi oleh kontraksi rahim, baik alami maupun dengan bantuan oksitosin. Bila kontraksi tidak adekuat atau plasenta melekat secara abnormal, pelepasan menjadi sulit. Berat plasenta membantu memisahkan selaput ketuban sehingga lebih mudah dikeluarkan. Lokasi perlekatan plasenta turut menentukan kecepatan proses pelepasan dan metode pengeluarannya.

2. Tanda dan Gejala yang Perlu Diwaspadai pada Kala III dan IV Persalinan

Beberapa kondisi yang harus diperhatikan pada ibu saat persalinan kala III dan IV, antara lain :

a. Ibu mengeluh pusing, lemas, keluar keringat dingin, serta pandangan kabur atau berkunang-kunang.

b. Ibu merasa tidak ada kontraksi rahim atau tidak merasakan mulas.

c. Ibu melaporkan keluarnya darah dalam jumlah banyak dari jalan lahir.

d. Kondisi umum ibu lemah, tampak pucat, kadang terlihat bingung atau gelisah.

e. Kesadaran dan tanda vital menunjukkan tanda syok: tekanan darah rendah, nadi cepat dan lemah, pernapasan cepat, akral terasa dingin, serta kesadaran menurun.

f. Saat dilakukan *penegangan tali pusat terkendali (PTT)*, tali pusat tidak bertambah panjang.

g. Tidak ada tanda pelepasan plasenta.

h. Plasenta tidak lahir lebih dari 30 menit setelah bayi lahir.

i. Rahim tidak teraba keras, bulat, atau tidak berkontraksi.

j. Terlihat darah yang keluar banyak dari jalan lahir.

k. Produksi urin ibu berkurang.

3. Faktor Risiko Perdarahan Postpartum pada Kala III dan IV

Mengidentifikasi faktor risiko sejak masa antenatal dan intranatal penting untuk membantu bidan mendeteksi dini komplikasi, terutama perdarahan postpartum. Faktor-faktor tersebut meliputi :

a. Ibu berusia ≥35 tahun, baik persalinan pervaginam maupun SC.

b. Indeks Massa Tubuh (IMT) >30.

c. Primigravida (kehamilan pertama).

d. Kehamilan postdate (melewati waktu perkiraan lahir).

e. Melahirkan bayi besar (*BBL >4000 gram*).

f. Kehamilan ganda (gemelli).

g. Adanya fibroid (mioma) dalam kehamilan, baik persalinan pervaginam maupun SC.

h. Solutio plasenta.

i. Riwayat perdarahan postpartum sebelumnya (risiko meningkat 2,2 kali).

j. Riwayat SC pada persalinan terdahulu.

k. Persalinan dengan induksi.

l. *Partus lama* :

1. Kala I → risiko perdarahan postpartum.
2. Kala II → risiko perdarahan postpartum.
3. Kala III → risiko perdarahan postpartum.

m. Penggunaan epidural analgesia.

n. Persalinan dengan alat bantu (vakum ekstraksi/forsep).

o. Episiotomi.

p. Korioamnionitis, baik pada persalinan pervaginam maupun SC.

2.4 Neonatus

2.4.1 Pengertian Neonatus

Neonatus adalah bayi yang berada pada rentang usia sejak lahir hingga 28 hari. Setelah melewati fase ini, perkembangan berlanjut ke tahap bayi dan balita. Masa neonatus sangat penting karena membutuhkan perhatian serta perawatan khusus (Noorbaya, Johan & Wati, 2020).

Menurut Ladewing (2006) dalam Noorbaya, Johan & Wati (2020), bayi baru lahir normal adalah bayi dengan usia kehamilan ≥37 minggu dan berat badan 2500–4000 gram.

Definisi lain menyebutkan, bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan presentasi belakang kepala melalui persalinan pervaginam tanpa bantuan alat, usia kehamilan 37–42 minggu, berat lahir 2500–4000 gram, memiliki nilai Apgar >7, serta tidak mengalami cacat bawaan (Jamil, 2017).

Neonatus juga diartikan sebagai bayi yang baru dilahirkan dan harus beradaptasi dari kehidupan intrauterin menuju kehidupan ekstrauterin (Jamil, Sukma & Hamidah, 2017).

2.4.2 Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal

Menurut Saifuddin (2017), bayi baru lahir normal memiliki karakteristik sebagai berikut:

1. Berat badan 2500–4000 gram.
2. Panjang badan 48–52 cm.
3. Lingkar dada 30–38 cm.
4. Lingkar kepala 33–35 cm.
5. Denyut jantung ±180 kali/menit pada menit pertama, kemudian stabil di angka 120–160 kali/menit.
6. Frekuensi pernapasan ±80 kali/menit pada menit pertama, lalu menurun menjadi 40 kali/menit.

7. Kulit tampak kemerahan, licin, ditutupi verniks caseosa, dan jaringan subkutan sudah terbentuk.
8. Rambut lanugo sudah tidak terlihat, rambut kepala tumbuh sempurna.
9. Kuku terlihat agak panjang dan lunak.
10. Pada bayi laki-laki, testis sudah turun, sedangkan pada bayi perempuan, labia mayora menutupi labia minora.
11. Refleks rooting (mencari puting susu saat pipi dirangsang) sudah baik.
12. Refleks sucking (mengisap dan menelan) berkembang dengan baik.
13. Refleks moro (terkejut dengan gerakan memeluk) sudah muncul.
14. Refleks grasping (menggenggam) sudah kuat.
15. Dalam 24 jam pertama, bayi akan mengeluarkan urin dan mekonium berwarna kecoklatan.

Tabel 4.1 Apgar Score

Tanda	Skor : 0	Skor :1	Skor : 2
Appearance (warna kulit)	Seluruh tubuh pucat/biru	Tubuh kemerahan, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (denyut jantung)	Tidak ada denyut	<100 x/menit	>100 x/menit
Grimace (tonus otot)	Tidak ada respons	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
Activity (aktivitas)	Tidak ada gerakan	Gerakan terbatas	Gerakan spontan langsung
Respiration (pernafasan)	Tidak bernafas	Lemah/tidak teratur	Menangis kuat

Interpretasi :

1). Nilai 1-3 asfiksia berat

2). Nilai 4-6 asfiksia sedang

3). Nilai 7-10 asfiksia ringan (normal)

2.4.3 Klasifikasi Bayi Baru Lahir

1. Klasifikasi Bayi Berdasarkan Berat Badan Lahir (Juwita & Prisusanti, 2020)

- *Bayi dengan Berat Lahir Rendah (BBLR) :* bayi lahir dengan berat <2500 gram.
- *Bayi dengan Berat Lahir Cukup :* bayi lahir dengan berat antara 2500–4000 gram.
- *Bayi dengan Berat Lahir Lebih :* bayi lahir dengan berat >4000 gram.

2. Klasifikasi Bayi Berdasarkan Usia Kehamilan (Juwita & Prisusanti, 2020)

- *Bayi Kurang Bulan :* lahir pada usia kehamilan <37 minggu atau <259 hari.
- *Bayi Cukup Bulan :* lahir pada usia kehamilan 37–40 minggu (259–293 hari).
- *Bayi Lebih Bulan :* lahir dengan usia kehamilan >40 minggu atau >294 hari.

3. Klasifikasi Bayi Berdasarkan Berat Badan terhadap Usia Kehamilan (Yasin, 2018)

- *Kecil Masa Kehamilan (KMK) :* berat lahir < persentil ke-10 pada kurva pertumbuhan janin.
- *Sesuai Masa Kehamilan (SMK) :* berat lahir berada di antara persentil ke-10 sampai ke-90.

- *Besar Masa Kehamilan (BMK) :* berat lahir > persentil ke-90 pada kurva pertumbuhan janin.

2.4.4 Perubahan Fisiologi Neonatus

1. Sistem Pernapasan

Masa paling kritis bagi neonatus adalah saat pertama kali bernapas, ketika harus mengatasi resistensi paru. Saat proses persalinan, kepala bayi menekan dada (toraks) sehingga cairan di saluran pernapasan (trakheobronkial) keluar sekitar 10–28 cc. Setelah dada lahir, terjadi mekanisme sebaliknya yang memicu :

a. Inspirasi pasif karena toraks bebas dari jalan lahir.

b. Paru mengembang, kapiler paru terbuka, pertukaran O_2 dan CO_2 berlangsung. Surfaktan membantu alveoli mengembang, resistensi pembuluh darah paru menurun, aliran darah ke paru meningkat. Untuk membuka semua alveoli, dibutuhkan tekanan sekitar 25 mmH_2O.

c. Setelah toraks bebas, inspirasi pasif diikuti ekspirasi lebih lama yang membantu mengeluarkan sisa lendir. Cairan paru yang tidak keluar saat lahir akan diserap melalui tekanan toraks, penurunan sekresi, dan resorpsi oleh pembuluh limfe.

2. Sistem Kardiovaskular

Sirkulasi janin dan bayi berbeda karena paru mulai berfungsi dan aliran melalui tali pusat terputus, sehingga terjadi perubahan hemodinamik, di antaranya :

a. Tekanan darah vena umbilikalis 30–35 mmHg dengan saturasi O_2 80–90% karena hemoglobin janin punya afinitas tinggi terhadap oksigen.

b. Darah dari vena cava inferior kaya oksigen langsung masuk foramen ovale dari atrium kanan ke atrium kiri.

c. Darah dari vena cava superior masuk ke atrium kanan lalu ke ventrikel kanan.

d. Curah jantung janin mendekati aterm ±450 cc/kg/menit dari kedua ventrikel.

e. Aliran dari ventrikel kiri (tekanan 25–28 mmHg, saturasi O_2 60%) menuju arteri koroner, ekstremitas atas, dan sebagian kecil ke aorta desenden.

f. Aliran dari ventrikel kanan (tekanan 20–23 mmHg, saturasi O_2 55%) menuju aorta desenden untuk menyuplai organ perut dan ekstremitas bawah.

Saat lahir, alveoli paru mengembang sehingga resistensi pembuluh paru menurun akibat :

- Endothelium relaxing factor yang merelaksasi pembuluh darah.
- Pelebaran pembuluh paru yang semakin menurunkan resistensi.

Akibatnya, aliran darah ke paru dari ventrikel kanan meningkat, tekanan atrium kanan menurun, tekanan atrium kiri naik, sehingga

foramen ovale menutup. Namun, shunt atrium kanan–kiri bisa masih ada hingga 12 jam, dan benar-benar hilang pada hari ke-7 sampai ke-12 (Sinta dkk., 2019).

3. Pengaturan Suhu

Bayi bisa kehilangan panas melalui :

a. *Konveksi* → hilangnya panas karena aliran udara di sekitar bayi; suhu ruangan minimal 20°C dan tidak boleh berangin.

b. *Evaporasi* → penguapan cairan dari kulit basah; bayi harus segera dikeringkan, termasuk kepala dan rambut.

c. *Radiasi* → kehilangan panas dari benda di sekitar bayi meski tidak bersentuhan; bayi perlu diselimuti, idealnya dengan kain hangat.

d. *Konduksi* → kehilangan panas melalui benda yang kontak langsung dengan kulit (Sinta dkk., 2019).

4. Sistem Ginjal

Ginjal bayi belum matang, sehingga laju filtrasi glomerulus rendah dan reabsorpsi tubular terbatas. Urin pertama biasanya keluar dalam 24 jam pertama, lalu semakin sering sesuai jumlah asupan cairan (Sinta dkk., 2019).

5. Sistem Pencernaan

Secara anatomi sudah terbentuk tetapi belum berfungsi sempurna. Mukosa mulut tampak lembab dan merah muda, kapasitas lambung hanya sekitar 15–30 ml, dan feses pertama berupa mekonium berwarna hijau kehitaman (Sinta dkk., 2019).

6. Sistem Imunologi

Sistem kekebalan bayi baru lahir belum matang sehingga lebih rentan terhadap infeksi dan alergi. Kekebalan alami meliputi:

a. Perlindungan kulit dan membran mukosa.

b. Fungsi penyaring saluran napas.

c. Kolonisasi mikroba normal pada kulit dan usus.

d. Asam lambung sebagai penghalang kimia.

Namun, karena mekanisme ini belum optimal, bayi belum mampu merespons infeksi dengan baik. Oleh karena itu, pencegahan penting dilakukan, seperti persalinan aman, pemberian ASI dini, serta deteksi dan penanganan infeksi secara cepat (Setiyani dkk., 2016).

2.4.5 Refleks Pada Bayi

Macam-macam Refleks pada Bayi Baru Lahir

1. *Refleks Moro*

   Bayi merentangkan tangan dan membuka jari, kemudian dengan cepat menutup kembali seakan memeluk.

2. *Refleks Rooting*

   Muncul saat pipi atau sekitar mulut disentuh, bayi akan menoleh ke arah rangsangan seperti mencari puting susu. Refleks ini biasanya hilang pada usia 7 bulan.

3. *Refleks Sucking (Mengisap)*

   Muncul bersamaan dengan refleks rooting, di mana bayi akan mengisap puting susu.

4. *Refleks Swallowing (Menelan)*

Terjadi bersamaan dengan refleks sucking, berfungsi untuk menelan ASI.

5. *Refleks Grasp*

   Jika telapak tangan bayi disentuh (misalnya dengan ibu jari), bayi akan menggenggam. Bila telapak kaki digores dekat ujung jari, jari-jari kaki akan menekuk.

6. *Refleks Walking/Stepping*

   Ketika bayi dipegang pada posisi berdiri, kakinya akan bergerak seolah melangkah ke depan meski belum bisa berjalan. Refleks ini menghilang sekitar usia 4 bulan.

7. *Refleks Tonic Neck*

   Terlihat saat bayi mengangkat kepala lalu menoleh ke kanan atau kiri saat tengkurap. Biasanya muncul pada usia 3–4 bulan.

8. *Refleks Babinski*

   Jika telapak kaki dirangsang, ibu jari kaki bergerak ke atas sementara jari lainnya membuka. Refleks ini hilang pada usia sekitar 1 tahun.

9. *Refleks Galant (Membengkokkan Badan)*

   Ketika bayi dalam posisi tengkurap, sentuhan pada punggung akan membuat panggul bayi menekuk ke samping. Refleks ini berkurang pada usia 2–3 bulan.

10. *Refleks Bauer/Merangkak*

    Pada bayi cukup bulan yang tengkurap, akan terlihat gerakan seperti merangkak dengan menggunakan lengan dan tungkai. Refleks ini biasanya hilang pada usia sekitar 6 minggu (Sinta dkk., 2019).

2.4.6 Perawatan Bayi Baru Lahir

Asuhan Segera, Aman, dan Bersih pada Bayi Baru Lahir (JNPK-KR, 2007 dalam Sinta dkk., 2019)

1. Pencegahan Infeksi

- Cuci tangan sebelum dan sesudah menyentuh bayi.
- Gunakan sarung tangan bersih untuk menangani bayi yang belum dimandikan.
- Pastikan alat seperti klem, gunting, penghisap lendir, dan benang tali pusat sudah steril atau didesinfeksi tinggi.
- Pakaian, handuk, selimut, kain, serta peralatan medis (timbangan, pita ukur, termometer, stetoskop) harus bersih.

2. Penilaian Awal

- Tentukan apakah bayi cukup bulan atau tidak.
- Periksa apakah air ketuban bercampur mekonium.
- Pastikan bayi menangis kuat atau bernapas tanpa kesulitan.
- Amati gerakan bayi, apakah aktif atau lemas. Bila tidak bernapas, megap-megap, atau lemah, segera lakukan resusitasi.

3. Pencegahan Kehilangan Panas

- Keringkan tubuh bayi segera setelah lahir, sekaligus sebagai stimulasi pernapasan.
- Ganti kain yang basah dengan selimut atau kain hangat dan kering.
- Tutupi kepala bayi untuk mencegah kehilangan panas.
- Dorong ibu memeluk dan menyusui bayi segera (dalam 1 jam pertama).

- Tunda penimbangan dan memandikan bayi hingga minimal 6 jam setelah lahir.

4. Membebaskan Jalan Napas

- Letakkan bayi terlentang di alas keras dan hangat.
- Posisikan leher lurus dengan kain di bawah bahu.
- Bersihkan mulut dan hidung dengan kasa steril.
- Berikan stimulasi dengan menepuk telapak kaki atau menggosok kulit.
- Siapkan alat penghisap steril dan oksigen bila diperlukan.
- Catat usaha napas pertama bayi (Apgar Score) dan perhatikan warna kulit serta ada tidaknya mekonium.

5. Perawatan Tali Pusat

- Jepit atau ikat tali pusat setelah plasenta lahir dan ibu stabil.
- Bersihkan tangan bersarung tangan dengan larutan klorin 0,5%, lalu bilas.
- Ikat tali pusat ±1 cm dari umbilikus dengan benang steril atau klem khusus.
- Jika memakai benang, ikat dua kali dengan simpul kunci.
- Lepaskan klem dan rendam dalam larutan klorin 0,5%.
- Bungkus kembali bayi dengan kain kering dan bersih, kepala tetap tertutup.

6. Menjaga Suhu Tubuh

Bayi belum mampu mengatur suhu sendiri, sehingga perlu bantuan. Jika tidak dibungkus baik, bayi bisa mengalami hipotermia, terutama

yang lahir prematur atau BBLR. Cara mencegah: keringkan bayi, selimuti dengan kain hangat, tutup kepala, lakukan IMD, timbang setelah berpakaian, dan letakkan bayi di lingkungan hangat.

7. Upaya Pencegahan Tambahan

- Berikan *Vitamin K* :

  Bayi cukup bulan → 1 mg per oral selama 3 hari.

  Bayi risiko tinggi → 0,5–1 mg IM.

- Berikan *profilaksis mata* (eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1%) pada jam pertama kelahiran untuk mencegah infeksi akibat klamidia.

8. Identifikasi Bayi

- Pasang alat identifikasi segera setelah lahir.
- Alat identifikasi harus tersedia di kamar bersalin dan ruang perawatan bayi.
- Gunakan gelang yang aman, tahan air, tidak melukai, dan tidak mudah lepas.
- Tulis nama bayi dan ibu, tanggal lahir, nomor identitas, jenis kelamin, dan unit perawatan.
- Setiap tempat tidur bayi diberi tanda identitas lengkap.

2.4.7 Kebutuhan Dasar Neonatus

1. Nutrisi

Kebutuhan gizi bayi baru lahir dipenuhi melalui *Air Susu Ibu (ASI)* yang memiliki komposisi paling seimbang. ASI eksklusif diberikan

hingga usia 6 bulan tanpa tambahan makanan atau minuman lain, karena sudah mencukupi kebutuhan bayi. Selain itu, sistem pencernaan bayi usia 0–6 bulan belum siap menerima makanan padat (Noordiati, 2018).

2. Personal Hygiene

Bayi baru lahir tidak perlu segera dimandikan. Disarankan mandi setelah 6 jam kelahiran untuk mencegah kehilangan panas yang berlebihan dan hipotermia. Setelah itu, bayi dapat dimandikan dua kali sehari dengan air hangat dalam ruangan yang juga hangat (Noordiati, 2018).

3. Eliminasi

- *BAB :* Hari 1–3 berupa mekonium berwarna hitam, hari 3–6 feses transisi berwarna coklat kehijauan, setelah itu menjadi kuning.
- *BAK :* Normalnya terjadi dalam 12–24 jam pertama. Bayi yang BAK lebih dari 8 kali sehari menandakan asupan nutrisinya cukup (Noordiati, 2018).

4. Istirahat

- Bayi baru lahir hingga usia 3 bulan rata-rata tidur 16 jam/hari.
- Umumnya bayi masih sering terbangun di malam hari hingga usia 3 bulan.
- Usia 2 bulan: mulai lebih banyak tidur malam.
- Usia 3–6 bulan: tidur siang sekitar 3 kali, lalu berkurang menjadi 2 kali pada usia 6–12 bulan.

- Menjelang usia 1 tahun: tidur siang cukup 1 kali, dengan total tidur 12–16 jam/hari (Jamil, Sukma & Hamidah, 2017).

5. *Pakaian*

Bayi usia 0–28 hari membutuhkan pakaian dasar seperti popok, kain bedong, dan baju bayi. Karena bayi sering berganti pakaian, jumlah cadangan pakaian perlu lebih banyak (Noordiati, 2018).

6. *Perawatan Tali Pusat*

- Tali pusat sebaiknya dibiarkan terbuka, ditutup kasa steril/kering secara longgar, tanpa gurita.
- Saat menggunakan popok, lipat bagian atas agar tidak menutupi tali pusat.
- Jika terkena urine atau feses, segera bersihkan dengan sabun dan air bersih lalu keringkan.
- Tali pusat biasanya puput dalam 1–2 minggu (Tando, 2016).

2.4.8 Kelainan Atau Masalah Pada Neonatus

Masalah Umum pada Bayi Baru Lahir (BBL) menurut Sinta dkk. (2019)

1. *Muntah*

   Keluarnya sebagian besar atau seluruh isi lambung melalui mulut secara paksa, disertai kontraksi pada lambung dan otot perut.

2. *Gumoh*

   Keluarnya sedikit susu yang sudah tertelan, biasanya terjadi saat atau beberapa saat setelah menyusu atau minum susu botol.

3. *Diare*

Buang air besar lebih dari tiga kali sehari dengan konsistensi cair, dapat disertai lendir atau darah, dan umumnya terjadi pada bayi atau anak yang sebelumnya tampak sehat.

4. *Seborrhea*

Peradangan berupa sisik berminyak pada kulit, terutama di area dengan banyak kelenjar minyak, misalnya di kulit kepala.

5. *Bisul*

Infeksi kulit yang biasanya mengenai folikel rambut, disebabkan oleh bakteri Staphylococcus. Ditandai dengan adanya penumpukan nanah di jaringan kulit.

6. *Miliaria*

Gangguan kulit yang muncul akibat penyumbatan kelenjar keringat, ditandai dengan bercak kemerahan dan gelembung kecil berisi cairan, biasanya karena keringat berlebihan.

7. *Bercak Mongol*

Bercak kebiruan yang biasanya muncul di area tulang ekor (sakral), meskipun kadang dapat terlihat di bagian tubuh lain.

2.4.8 Tanda Bahaya Pada Neonatus

Tanda bahaya pada bayi menurut Noordiati (2018) meliputi: tidak mau menyusu atau selalu memuntahkan makanan, mengalami kejang, hanya bergerak bila dirangsang, pernapasan sangat cepat (≥ 60 kali per menit) atau

justru lambat, adanya tarikan kuat pada dinding dada ke dalam, bayi merintih, suhu tubuh tinggi (aksila > 37,5ºC) atau terlalu rendah (aksila < 36ºC), keluar nanah banyak dari mata, kemerahan pada pusar yang menjalar hingga ke dinding perut, diare, serta tampak kuning hingga ke telapak tangan dan kaki.

2.4.9 Imunisasi

1. Pengertian Imunisasi

Imunisasi adalah upaya memberikan kekebalan pada bayi maupun anak dengan memasukkan vaksin ke dalam tubuh sehingga terbentuk zat antibodi untuk mencegah penyakit tertentu. Vaksin dapat diberikan melalui suntikan, seperti BCG, DPT, campak, atau melalui mulut, seperti polio. Imunisasi dasar bertujuan menciptakan kekebalan aktif. Program imunisasi wajib meliputi BCG, Polio, Hepatitis B, DPT, dan Campak (Tando, 2016).

2. Manfaat dan Tujuan Imunisasi

Menurut Tando (2020), manfaat imunisasi mencakup :

- *Bagi Anak* : mencegah penyakit, cacat, serta kematian.
- *Bagi Keluarga* : mengurangi kecemasan, menghindari biaya pengobatan, dan memberi rasa aman bagi orang tua.
- *Bagi Negara* : menurunkan angka kesakitan dan kematian, serta mendukung kesehatan masyarakat.

Tujuan imunisasi adalah :

a. Melindungi individu dari penyakit tertentu,

b. Mengurangi/menghilangkan penyakit pada kelompok masyarakat,

c. Memberantas penyakit di tingkat global (misalnya cacar).

3. Penyakit yang Bisa Dicegah dengan Imunisasi

Menurut Setiyani, Sukesi, & Esyuananik (2016), imunisasi dapat mencegah berbagai penyakit berikut :

- *Difteri* : disebabkan bakteri Corynebacterium diphtheriae, ditularkan lewat kontak langsung atau udara, gejalanya radang tenggorokan, demam ringan, muncul selaput putih kebiruan di tenggorokan; komplikasi berupa gangguan napas hingga kematian.
- *Pertusis (batuk rejan)* : disebabkan Bordetella pertussis, menular lewat droplet, gejalanya pilek, batuk parah hingga kejang, komplikasinya pneumonia yang berisiko fatal.
- *Tetanus* : akibat Clostridium tetani yang masuk lewat luka dalam, gejala kaku otot (rahang, leher, perut), kejang hebat, komplikasi berupa patah tulang, infeksi, hingga kematian.
- *Tuberkulosis (TBC)* : disebabkan Mycobacterium tuberculosis, menular lewat batuk/bersin, gejala lemas, penurunan berat badan, batuk lama bahkan berdarah, komplikasi berupa kelemahan kronis dan kematian.
- *Campak* : disebabkan Myxovirus viridae measles, menular lewat udara, gejalanya demam, batuk, pilek, mata merah, ruam, komplikasi berupa diare, infeksi telinga, hingga pneumonia.

- *Polio* : akibat virus polio tipe 1–3, menular lewat kotoran, gejalanya demam, nyeri otot, kelumpuhan, komplikasi berupa gangguan napas hingga kematian.
- *Hepatitis B* : disebabkan virus hepatitis B, menular lewat darah, jarum suntik, transfusi, hubungan seksual, atau dari ibu ke bayi saat persalinan. Gejalanya lemah, gangguan pencernaan, urin kuning, kulit/mata kuning. Komplikasi berupa sirosis hati, kanker hati, hingga kematian.
- *Hemofilus Influenzae tipe B (Hib)* : menyerang anak <5 tahun, ditularkan lewat droplet, gejalanya meningitis, pneumonia, atau radang epiglotis; dapat menimbulkan kerusakan pendengaran.
- *Human Papilloma Virus (HPV)* : virus yang menular lewat kontak kulit atau hubungan seksual, dapat menimbulkan kutil, lesi, bahkan kanker serviks.
- *Hepatitis A* : disebabkan virus, menular lewat makanan/minuman terkontaminasi feses. Gejala: lelah, mual, nyeri perut, urin gelap, kulit/mata kuning.

4. Jenis dan Pemberian Imunisasi

- *Hepatitis B* : vaksin rekombinan non-infeksi, diberikan IM di paha bayi sesegera mungkin setelah lahir. Dosis 0,5 ml. Efek samping ringan berupa nyeri/kemerahan di area suntikan.
- *BCG* : vaksin hidup untuk mencegah TBC berat. Diberikan intrakutan di lengan kanan pada bayi <2 bulan. Efek samping berupa kemerahan dan luka kecil yang akan sembuh dengan sendirinya.

- *DPT* : mencegah difteri, pertusis, tetanus. Diberikan 3 kali sejak usia 2 bulan, dengan booster sesuai jadwal hingga usia 12 tahun. Efek samping berupa demam, nyeri, bengkak, kadang rewel.
- *Hib* : mencegah infeksi Hib, diberikan pada usia 2, 4, dan 6 bulan (PRP-T) atau cukup 2 dan 4 bulan (PRP-OMP), dengan booster di usia 18 bulan. Dosis 0,5 ml IM.
- *Polio* : tersedia OPV (oral) dan IPV (injeksi). OPV diberikan sejak lahir, 4 dosis, masing-masing 2 tetes oral. IPV diberikan 0,5 ml IM. Efek samping sangat jarang.
- *Campak* : vaksin hidup dilemahkan, dosis 0,5 ml subkutan di usia 9–11 bulan, booster pada usia 18–24 bulan, dan di kelas 1 SD melalui program BIAS. Efek samping ringan berupa demam atau ruam.

5. Pemeriksaan Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK)

Hipotiroid Kongenital adalah kondisi di mana fungsi kelenjar tiroid bayi menurun, meski bukan penyakit bawaan sejak lahir. Umumnya, bayi tidak langsung menunjukkan gejala, sehingga penting dilakukan *skrining SHK*. Skrining Hipotiroid Kongenital dilakukan dengan mengambil sampel darah dari tumit bayi baru lahir. Pemeriksaan ini bertujuan untuk membedakan bayi yang mengalami hipotiroid kongenital dan yang tidak, sehingga dapat segera diberikan penanganan.

Apabila tidak ditangani, hipotiroid kongenital bisa menimbulkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan permanen. Beberapa tanda yang dapat muncul meliputi tubuh pendek, lidah besar, bibir tebal,

hidung pesek, pusar menonjol, kesulitan berbicara, hingga keterbelakangan mental. Oleh karena itu, skrining SHK sangat penting dilakukan sedini mungkin, terutama pada usia *48–72 jam pertama setelah lahir*. Pemeriksaan ini tersedia di fasilitas kesehatan yang memberikan layanan ibu dan anak maupun di layanan kesehatan pemerintah (Kemenkes, 2023).

6. Jadwal Imunisasi

Menurut Setiyani, Sukesi, & Esyuananik (2016), jadwal imunisasi yang dianjurkan adalah sebagai berikut :

Tabel 4.2 Jadwal Pemberian Imunisasi

Umur	Jenis Imunisasi
0-7 hari	Hepatitis B (<24 jam) atau HB 0
1 bulan	BCG, Polio 1
2 bulan	DPT-HB-HIB 1-Polio 2
3 bulan	DPT-HB-HIB 2-Polio 3
4 bulan	DPT-HB-HIB 3-Polio 4, IPV
9 bulan	Campak
18-24 bulan	DPT-HB-HIB 4, Campak
SD kelas 1	DT, Campak
SD kelas 2	Td
SD kelas 3	Td

2.4.10 Kunjungan Neonatus

Menurut Kemenkes RI (2020), jadwal kunjungan pada masa neonatus dibagi menjadi empat tahap, yaitu :

1. Kunjungan 0–6 jam setelah lahir

   Dilakukan inisiasi menyusu dini (IMD), pemberian vitamin K1, salep atau tetes mata, imunisasi hepatitis B, serta pengukuran antropometri (berat badan, panjang badan, dan lingkar kepala).

2. Kunjungan 6–48 jam setelah lahir (KN1)

   Meliputi pemberian ASI eksklusif, perawatan tali pusat, pengukuran antropometri (berat badan, panjang badan, dan lingkar kepala), serta skrining hipotiroid kongenital (SHK).

3. Kunjungan hari ke-3 hingga ke-7 (KN2)

   Fokus pada pemberian ASI eksklusif, perawatan tali pusat, serta pemeriksaan untuk memastikan ada atau tidaknya tanda bahaya.

4. Kunjungan hari ke-8 hingga ke-28 (KN3)

   Meliputi pemberian ASI eksklusif, perawatan tali pusat, dan pemeriksaan tanda bahaya pada bayi.

2.4.11 Standar Mutu Pelayanan Neonatus

1. Standar 13: Perawatan Bayi Baru Lahir

   Bidan melakukan pemeriksaan dan penilaian pada bayi baru lahir untuk memastikan adanya pernapasan spontan, mencegah hipoksia sekunder, mendeteksi adanya kelainan, serta melakukan tindakan atau merujuk sesuai kebutuhan. Selain itu, bidan juga bertanggung jawab mencegah maupun menangani kondisi hipotermia (Astari, 2020).

2. Standar 14: Penanganan dalam Dua Jam Pertama Pasca Persalinan

Bidan memantau kondisi ibu dan bayi untuk mengantisipasi komplikasi dalam dua jam pertama setelah melahirkan, sekaligus melakukan intervensi yang diperlukan. Selain itu, bidan memberikan edukasi terkait upaya mempercepat pemulihan kesehatan ibu dan mendukung ibu untuk segera memulai pemberian ASI (Astari, 2020).

2.5 Nifas

2.5.1 Pengertian Nifas

Masa nifas adalah periode pembersihan rahim yang mirip dengan proses menstruasi. Pada fase ini, tubuh mengeluarkan darah nifas yang terdiri dari trombosit, sel-sel regeneratif, sel mati (nekrosis), serta sisa endometrium. Lama keluarnya darah nifas berbeda pada tiap ibu, ada yang berhenti lebih cepat dan ada juga yang berlangsung hingga melewati 40 hari. Yang terpenting, aliran darah nifas harus lancar. Jika terhambat, misalnya karena sumbatan pada mulut rahim, dapat menimbulkan infeksi (Simanullang, 2016).

Menurut Saifuddin (2009) dalam Walyani & Purwoastuti (2021), masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah plasenta lahir hingga 6 minggu (42 hari) setelahnya. Berdasarkan beberapa pendapat, dapat disimpulkan bahwa masa nifas adalah periode pemulihan organ reproduksi yang dimulai sejak keluarnya plasenta hingga 6 minggu setelah persalinan.

2.5.2 Tahapan Masa Nifas

1. Immediate Postpartum

Dimulai sejak plasenta lahir hingga 24 jam setelah persalinan. Fase ini merupakan periode kritis karena risiko perdarahan postpartum akibat atonia uteri cukup tinggi. Oleh sebab itu, bidan harus melakukan pemantauan ketat terhadap kontraksi rahim, pengeluaran lochea, kondisi kandung kemih, tekanan darah, serta suhu tubuh.

2. Early Postpartum (>24 jam–1 minggu)

Pada tahap ini bidan memastikan involusi rahim berlangsung normal, tidak terjadi perdarahan, lochea tidak berbau busuk, ibu tidak mengalami demam, mendapatkan asupan gizi dan cairan cukup, serta dapat menyusui dengan baik.

3. Late Postpartum (>1 minggu–6 minggu)

Pada periode ini bidan tetap memberikan pelayanan, pemeriksaan rutin, dan konseling terkait perencanaan keluarga berencana (KB).

4. *Remote Puerperium*

Merupakan waktu pemulihan kesehatan yang lebih panjang, terutama bagi ibu yang mengalami komplikasi atau masalah selama kehamilan dan persalinan (Wahyuni, 2018).

2.5.3 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

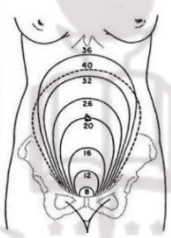
1. Perubahan Sistem Reproduksi

a. Payudara

- Setelah persalinan, kadar progesteron menurun drastis, sementara hormon prolaktin meningkat.
- Kolostrum sudah tersedia saat melahirkan, sedangkan produksi ASI umumnya mulai pada hari ke-2 atau ke-3.
- Payudara tampak membesar dan terasa keras sebagai tanda dimulainya proses laktasi (Suprijati, 2014).

b. Uterus

Selama masa nifas, organ reproduksi secara bertahap kembali seperti sebelum hamil melalui proses involusi. Berat rahim yang awalnya sekitar 1000 gram akan berangsur menyusut hingga 60 gram dalam 4–6 minggu (Suprijati, 2014).



Usia kehamilan	Tinggi fundus uteri
22-28 minggu	24-25 cm diatas simpisis
28 minggu	26,7 cm diatas simpisis
30 minggu	29,5-30 cm diatas simpisis
32 minggu	29,5-30 cm diatas simpisis
34 minggu	31 cm diatas simpisis
36 minggu	32 cm diatas simpisis
38 minggu	33 cm diatas simpisis
40 minggu	37,7 cm diatas simpisis

Gambar 5.1 Ukuran Uterus Setelah Melahirkan

c. Serviks

Serviks ikut mengalami involusi bersama rahim. Setelah persalinan, ostium eksternal bisa dimasuki 2–3 jari, lalu menutup kembali sekitar 6 minggu pascapersalinan (Walyani & Purwoastuti, 2015).

d. Vulva dan Vagina

Keduanya mengalami peregangan besar saat melahirkan sehingga tampak kendur pasca persalinan. Dalam 3 minggu, bentuk dan rugae

vagina mulai kembali seperti sebelum hamil, meski labia tampak lebih menonjol (Walyani & Purwoastuti, 2015).

e. Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum kendur akibat regangan kepala bayi. Pada hari ke-5, sebagian besar tonus ototnya kembali, meski tidak sekuat sebelum persalinan (Walyani & Purwoastuti, 2015).

f. Lochea

Lochea adalah cairan yang keluar dari rahim dan vagina selama masa nifas, dengan jenis :

- *Rubra (hari 1–2) :* merah, berisi darah & sisa jaringan.
- *Sanguinolenta (hari 3–7) :* kuning bercampur darah & lendir.
- *Serosa (hari 7–14) :* kecoklatan, lebih banyak serum dan leukosit.
- *Alba (minggu 2–6) :* putih kekuningan, berisi leukosit & jaringan mati.
- *Purulenta :* nanah berbau busuk akibat infeksi.
- *Stasis :* aliran lochea tersumbat (Walyani & Purwoastuti, 2015; Simanullang, 2016; Dewi, 2020).

2. Perubahan Kardiovaskular dan Hematologi

Setelah persalinan, kerja jantung meningkat tajam akibat autotransfusi dari uterus. Volume darah turun ke kondisi normal, resistensi pembuluh meningkat, dan curah jantung stabil dalam 3 minggu. Hemoglobin,

hematokrit, dan eritrosit bervariasi pada awal postpartum karena kehilangan darah ±250–500 ml, lalu kembali normal dalam 4–5 minggu (Simanullang, 2016).

3. Perubahan Sistem Perkemihan

Dalam 24 jam pertama, ibu sering kesulitan berkemih akibat edema atau tekanan persalinan. Diuresis meningkat 12–36 jam setelah melahirkan karena turunnya hormon estrogen. Fungsi saluran kemih umumnya normal kembali dalam 6 minggu (Walyani & Purwoastuti, 2015).

4. Perubahan Sistem Pencernaan

Ibu biasanya mengalami konstipasi akibat tekanan pada saluran cerna saat persalinan, dehidrasi, kurang makan, atau adanya hemoroid. Pemulihan bisa dibantu dengan makanan berserat, cukup cairan, atau bila perlu diberi enema/obat pencahar (Simanullang, 2016).

5. Perubahan Sistem Endokrin

- Estrogen turun hingga 10% dalam 3 jam pasca persalinan.
- Progesteron menurun pada hari ke-3.
- Prolaktin tetap tinggi untuk mendukung produksi ASI (Walyani & Purwoastuti, 2015).

6. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Ibu biasanya sudah bisa bergerak dalam 4–8 jam postpartum. Mobilisasi dini membantu mempercepat involusi dan mencegah komplikasi (Walyani & Purwoastuti, 2015).

7. Perubahan Sistem Integumen

Hiperpigmentasi kulit berangsur hilang seiring turunnya kadar estrogen. Perubahan pembuluh darah kulit akibat kehamilan juga kembali normal (Walyani & Purwoastuti, 2015).

8. Perubahan Tanda Vital

- *Tekanan darah :* biasanya stabil, namun bisa rendah karena perdarahan atau tinggi akibat preeklamsia.
- *Suhu :* sedikit naik (±37,3ºC) setelah persalinan, normal kembali dalam 24 jam kecuali ada infeksi.
- *Nadi :* normal, tapi >100x/menit menunjukkan perdarahan/infeksi; beberapa ibu bisa mengalami bradikardi sesaat setelah persalinan.
- *Pernafasan :* umumnya normal (Simanullang, 2016).
-

2.5.4 Perubahan Psikologis Masa Nifas

Selama masa nifas, ibu mengalami penyesuaian psikologis secara bertahap dalam beberapa fase :

1. *Taking in (fase ketergantungan)*

Terjadi dalam 3 hari pertama. Ibu lebih fokus pada dirinya sendiri, membutuhkan banyak istirahat, pasif, bergantung pada orang lain, serta memerlukan arahan dalam merawat bayinya. Biasanya muncul rasa kagum saat melihat bayi.

2. *Taking hold (fase kemandirian)*

Muncul sejak hari ke-3 hingga hari ke-10. Ibu lebih aktif, mandiri, dan mampu mengambil keputusan. Fokus mulai bergeser pada perawatan diri,

kandung kemih, serta bayi terutama menyusui. Meski begitu, kadang masih ada keraguan dalam merawat bayi.

3. *Letting go (fase interdependensi)*

Berlangsung dari hari ke-10 hingga 6 minggu. Ibu mulai menerima peran barunya dan menyadari bayi merupakan bagian dari kehidupannya (Suprapti & Mansur, 2018).

2.5.5 Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

Agar pemulihan lebih cepat, ibu nifas membutuhkan asupan gizi seimbang, istirahat cukup, serta perawatan menyeluruh. Menurut Walyani (2015), kebutuhan dasarnya meliputi :

1. *Nutrisi*

   Kebutuhan gizi meningkat, terutama pada ibu menyusui (+25%). Asupan kalori, protein, vitamin, dan mineral harus cukup untuk pemulihan serta produksi ASI. Ibu menyusui memerlukan tambahan energi sekitar 500–700 kkal per hari.

2. *Cairan*

   Dibutuhkan untuk metabolisme dan mencegah dehidrasi. Diberikan pula suplemen zat besi selama 40 hari dan vitamin A dosis tinggi. Cairan juga penting dalam menjaga tekanan darah, produksi sel darah merah, serta mendukung fungsi ginjal.

3. *Mobilisasi*

Sebaiknya dilakukan dalam 2 jam setelah persalinan secara bertahap, mulai dari miring, duduk, lalu berdiri dan berjalan. Mobilisasi dini membantu memperlancar lochea, mempercepat involusi rahim, meningkatkan fungsi tubuh, mencegah trombosis, dan memudahkan ibu belajar merawat bayi.

4. *Eliminasi (BAK & BAB)*

   a. *Miksi :* biasanya spontan dalam beberapa jam setelah persalinan. Jika sulit, dapat dirangsang dengan kompres hangat atau bila perlu dilakukan kateterisasi.

   b. *Defekasi :* biasanya normal sehari setelah persalinan, namun dapat tertunda karena nyeri episiotomi. Bila sulit, bisa diberikan obat pencahar atau klisma.

5. *Kebersihan diri*

   Ibu dianjurkan mandi minimal dua kali sehari, mengganti pakaian, menjaga kebersihan lingkungan, serta merawat perineum dari depan ke belakang untuk mencegah infeksi.

6. *Istirahat dan tidur*

   Ibu membutuhkan ±8 jam tidur malam dan 1 jam tidur siang. Kekurangan istirahat dapat menurunkan produksi ASI, menghambat involusi rahim, meningkatkan risiko perdarahan, bahkan memicu depresi.

7. *Kebutuhan seksual*

Hubungan seksual bisa dilakukan kembali sekitar 6 minggu pasca persalinan, atau lebih cepat (3–4 minggu) bila tidak ada luka.

8. *Perawatan payudara*

Perawatan sebaiknya dimulai sejak kehamilan. Setelah melahirkan, ibu harus menjaga kebersihan payudara, menggunakan bra yang menopang, dan mengoleskan ASI pada puting bila lecet. Jika nyeri berat, payudara bisa diistirahatkan sementara.

9. *Senam nifas*

Dilakukan sejak hari pertama hingga hari ke-10 untuk mempercepat pemulihan tubuh.

10. *Keluarga Berencana (KB)*

KB penting untuk menjaga jarak kehamilan minimal 2 tahun agar ibu memiliki waktu cukup untuk memulihkan kondisi tubuh serta mengurus keluarga (Walyani, 2015).

2.5.6 Tanda Bahaya Masa Nifas

Menurut Wahyuni (2018), tanda-tanda bahaya pada ibu nifas meliputi :

1. Perdarahan Postpartum

   a. Primer (≤24 jam pasca persalinan): kehilangan darah >500–600 ml atau perdarahan dengan tanda vital menurun. Penyebab utama: atonia uteri, retensio/sisa plasenta, dan robekan jalan lahir. Paling sering muncul pada 2 jam pertama.

b. Sekunder (>24 jam–akhir nifas): perdarahan dengan karakter sama, umumnya muncul hari ke-5 hingga ke-15. Penyebab: sisa plasenta dan robekan jalan lahir.

2. Infeksi Postpartum

Disebabkan bakteri, sering menjadi penyebab kematian ibu. Gejala : demam, nadi cepat, rahim lembek, nyeri pada payudara, atau keluhan saat berkemih.

3. Lochea Berbau Busuk

Dapat terjadi karena sisa plasenta, ibu tidak menyusui, atau infeksi jalan lahir. Bila lochea bernanah, berbau menyengat, dan disertai nyeri perut bawah → kemungkinan metritis yang bisa berkembang menjadi abses panggul, peritonitis, hingga syok septik.

4. Sub Involusi Uterus

Proses pengecilan rahim terganggu sehingga rahim tetap besar, lembek, fundus tinggi, lochea banyak dan berbau, serta bisa disertai perdarahan. Penyebab: sisa plasenta, infeksi rahim, atau mioma. Terapi : methergin, ergometrin, antibiotik, atau kuretase bila ada sisa jaringan.

5. Nyeri Perut dan Panggul

Bisa menandakan peritonitis. Dibabi menjadi dua yaitu :

a. Peritonitis pelvik: demam, nyeri perut bawah, abses di kavum douglas.

b. Peritonitis umum: suhu tinggi, nadi cepat, wajah pucat, perut nyeri tekan, mual-muntah, hingga syok.

6. Pusing, Lemas, Sakit Kepala, Nyeri Epigastrik, atau Gangguan Penglihatan

   Bisa menandakan hipertensi, preeklampsia/eklamsia, atau anemia. Penanganan : tambahan kalori, diet bergizi, cukup cairan (±3 liter/hari), suplemen zat besi 40 hari, vitamin A, serta istirahat cukup.

7. Demam >38°C

   Demam ringan (37,2–37,8°C) wajar akibat proses fisiologis, namun bila >38°C selama ≥2 hari kemungkinan ada infeksi. Penanganan: istirahat, cairan cukup, kompres hangat, dan bila ada tanda syok segera perawatan darurat.

8. Kelainan pada Payudara

   Payudara merah, panas, nyeri dapat disebabkan bendungan ASI, mastitis, abses, atau bra terlalu ketat. Juga bisa akibat puting lecet, nutrisi buruk, dan kelelahan.

9. Kehilangan Nafsu Makan Berkepanjangan

   Kelelahan berat pasca persalinan dapat menurunkan nafsu makan. Perlu diberikan makanan ringan atau minuman hangat (susu, teh manis, kopi) untuk memulihkan energi.

10. Bengkak, Nyeri, dan Kemerahan pada Wajah atau Ekstremitas

Bisa menandakan tromboflebitis pada panggul/tungkai atau edema akibat preeklampsia/eklamsia.

2.5.7 Program Nifas

1. Kunjungan Masa Nifas

   Disarankan ibu melakukan pemeriksaan masa nifas minimal empat kali. Tujuan kebijakan program nasional pada periode nifas dan menyusui adalah :

   a. Memantau kesehatan ibu dan bayi.
   b. Mencegah kemungkinan munculnya gangguan kesehatan pada ibu nifas maupun bayi.
   c. Mengidentifikasi sejak dini adanya komplikasi atau masalah selama masa nifas.
   d. Memberikan penanganan jika terjadi komplikasi atau masalah yang memengaruhi kesehatan ibu maupun bayinya (Wahyuni, 2018).

2. Jadwal Kunjungan Masa Nifas

   Perawatan nifas dilakukan sejak 6 jam hingga 42 hari pasca persalinan, dengan sedikitnya empat kali kunjungan oleh tenaga kesehatan :

   1. Pertama: 6 jam – 2 hari setelah melahirkan.
   2. Kedua: 3 – 7 hari setelah melahirkan.
   3. Ketiga: 8 – 28 hari setelah melahirkan.
   4. Keempat: 29 – 42 hari setelah melahirkan (Buku KIA, 2020).

2.5.8 Fisiologi Laktasi

1. Pengertian

   ASI adalah cairan alami yang bersifat dinamis dan kaya nutrisi. Kandungannya menyesuaikan kebutuhan bayi, aman dikonsumsi karena bukan buatan, serta mampu memenuhi seluruh kebutuhan cairan bayi 88% ASI terdiri dari air. ASI eksklusif berarti hanya memberikan ASI sejak bayi lahir hingga usia 6 bulan tanpa tambahan cairan (air putih, teh, madu, atau susu formula) maupun makanan padat (pisang, biskuit, bubur, dan lain-lain). Setelah 6 bulan, bayi memerlukan MPASI, namun pemberian ASI dapat diteruskan sampai usia 2 tahun (Sukma dkk., 2017).

2. Fisiologi Laktasi

   Laktasi mencakup proses produksi sekaligus pengeluaran ASI. Pembentukan payudara dimulai sejak usia embrio 18–19 minggu dan selesai saat pubertas, dipengaruhi hormon estrogen dan progesteron untuk pematangan alveoli. Prolaktin berperan penting dalam produksi ASI, dibantu hormon lain seperti insulin dan tiroksin. Dua refleks utama pada ibu adalah :

   - Refleks Prolaktin : Stimulasi pada puting mengirim impuls ke hipotalamus lalu ke hipofisis anterior untuk menghasilkan prolaktin, yang memicu produksi ASI di alveoli.

- Refleks Let-Down : Rangsangan puting juga mengaktifkan hipofisis posterior untuk melepaskan oksitosin, yang menyebabkan kontraksi otot polos sehingga ASI terdorong keluar (Sukma dkk., 2017).

3. Komposisi Gizi ASI

Penelitian menunjukkan ASI eksklusif mencukupi pertumbuhan bayi 6 bulan pertama, bahkan lebih. ASI mengandung sekitar 50% faktor imunisasi. WHO merekomendasikan pemberian ASI pertama dalam 1 jam setelah lahir. Jenis-jenis ASI :

- Kolostrum : ASI pertama dalam 4 hari pasca melahirkan, kaya protein (terutama imunoglobulin) dan zat antiinfeksi 10–17 kali lebih tinggi dibanding ASI matur.
- ASI Transisi : Diproduksi hari ke-4 hingga ke-10, kandungan protein menurun, lemak dan karbohidrat meningkat, volume bertambah.
- ASI Matur : Mulai hari ke-10 hingga akhir masa menyusui, warnanya putih kekuningan, jumlah 300–850 ml/hari, berubah sesuai kebutuhan bayi, lebih banyak lemak saat malam untuk mendukung pertumbuhan otak.
- Foremilk & Hindmilk : Foremilk lebih encer, tinggi air, protein, dan laktosa. Hindmilk lebih kental, kaya lemak 4–5 kali lebih banyak, membuat bayi kenyang.

4. Hormon yang Mempengaruhi Laktasi

- Prolaktin : Menstimulasi pembentukan dan pemeliharaan produksi ASI, puncak setelah plasenta lepas.

- Oksitosin : Memicu kontraksi sel mioepitel di sekitar alveoli sehingga ASI keluar; dikenal sebagai “hormon cinta” karena menenangkan dan mendukung perilaku keibuan.
- Glukokortikoid : Membantu pertumbuhan payudara saat hamil serta menjaga kelanjutan produksi ASI.
- Growth Hormone : Mengatur metabolisme untuk mendukung laktasi.
- Insulin: Menyediakan nutrisi bagi pembentukan ASI.
- Lactogen Plasenta : Memengaruhi pertumbuhan payudara, meski tidak terlibat langsung dalam laktogenesis.
- Progesteron : Menghambat laktogenesis II saat hamil, namun setelah melahirkan pengaruhnya kecil sehingga kontrasepsi progesteron aman untuk ibu menyusui.
- Tiroksin : Membantu payudara lebih responsif terhadap prolaktin dan hormon pertumbuhan (Wahyuni, 2018).
-

2.5.9 Standar Pelayanan Kebidanan Masa Nifas

Menurut Walyani (2015), ada tiga standar pelayanan nifas :

1. Standar 13 : Perawatan Bayi Baru Lahir

   Bidan melakukan pemeriksaan untuk memastikan bayi bernapas spontan, mencegah asfiksia, mendeteksi kelainan, serta melakukan tindakan atau rujukan bila diperlukan. Selain itu, bidan juga berperan dalam mencegah atau menangani hipotermia, hipoglikemia, dan infeksi. Hasil yang diharapkan :

- Bayi dengan kelainan dapat segera mendapatkan penanganan.
- Bayi dirawat dengan tepat sehingga bisa bernapas dengan baik.
- Kasus hipotermia berkurang.

2. Standar 14 : Pemantauan Dua Jam Pertama Pasca Persalinan

   Bidan memantau ibu dan bayi sedikitnya selama dua jam untuk mengantisipasi komplikasi, serta segera melakukan tindakan bila diperlukan. Bidan juga memberikan edukasi untuk mempercepat pemulihan ibu dan mendukung inisiasi menyusu dini. Hasil yang diharapkan :

   - Komplikasi terdeteksi sejak dini dan segera dirujuk.
   - Menurunnya infeksi pada ibu dan bayi.
   - Menurunnya angka kematian akibat perdarahan postpartum primer.
   - Pemberian ASI dimulai dalam dua jam pertama setelah persalinan.

3. Standar 15 : Pelayanan Ibu dan Bayi Selama Nifas

   Bidan memberikan layanan di puskesmas, rumah sakit, atau melalui kunjungan rumah pada hari ke-3, minggu ke-2, dan minggu ke-6 setelah melahirkan. Layanan mencakup perawatan tali pusat, deteksi dan penanganan dini komplikasi, serta edukasi mengenai kesehatan umum, kebersihan pribadi, gizi, perawatan bayi baru lahir, pemberian ASI, imunisasi, dan keluarga berencana. Hasil yang diharapkan :

   - Komplikasi nifas dapat segera dirujuk.
   - ASI eksklusif lebih didorong.
   - Infeksi pada ibu dan bayi menurun.

- Masyarakat semakin sadar pentingnya penjarangan kelahiran.
- Cakupan imunisasi bayi meningkat.

2.6 Keluarga Berencana (KB)

2.6.1 Pengertian KB

Kontrasepsi merupakan bagian dari layanan kesehatan reproduksi yang bertujuan untuk mengatur kehamilan, dan hal ini merupakan hak setiap individu sebagai makhluk seksual (Prawirohardjo, 2016).

Program Keluarga Berencana (KB) dicanangkan pemerintah untuk meningkatkan kepedulian serta partisipasi masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, serta peningkatan kesejahteraan menuju keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera (Hidayati, 2017).

KB pascapersalinan adalah penggunaan metode kontrasepsi segera setelah ibu melahirkan atau mengalami keguguran, baik di rumah sakit maupun fasilitas kesehatan lainnya, atau melalui konseling agar ibu memilih metode yang efektif seperti sterilisasi, AKDR, atau kontrasepsi hormonal (suntikan maupun implan) (Manuaba, 2013).

Kontrasepsi pascasalin (postpartum contraception) merujuk pada penggunaan metode KB dalam enam minggu pertama setelah persalinan untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, terutama dalam 1–2 tahun setelah melahirkan, ketika kehamilan baru dapat berisiko bagi kesehatan ibu maupun bayi yang sedang disusui (Fitri, 2017).

2.6.2 Tujuan KB Pascasalin

1. Tujuan Umum

   Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak untuk mewujudkan *Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS)*, yang menjadi dasar pembentukan masyarakat sejahtera, melalui pengendalian kelahiran sekaligus menekan pertumbuhan penduduk.

2. Tujuan Khusus

   Mendorong pemanfaatan alat kontrasepsi dan meningkatkan kualitas kesehatan keluarga dengan cara mengatur jarak antar kelahiran (Walyani, 2015).

2.6.3 Macam-macam KB

1. Kontrasepsi Sederhana

   a. Kondom

   - *Pengertian* : Kondom adalah sarung karet tipis yang dipasang pada penis saat berhubungan intim. Terbuat dari bahan seperti lateks, vinil, atau bahan alami, dan kadang ditambah spermisida untuk meningkatkan efektivitas (Kemenkes RI, 2015).
   - *Cara kerja* : Mencegah sperma masuk ke saluran reproduksi wanita dengan menampungnya di ujung kondom. Kondom berbahan

lateks/vinil juga dapat melindungi dari penyakit menular seksual (IMS, HBV, HIV/AIDS).

- *Kelebihan* : Aman, murah, mudah digunakan, bisa dipakai kapan saja, tidak mengganggu ASI, dapat mencegah ejakulasi dini, serta membuat pria ikut berperan dalam KB.
- *Kekurangan* : Keberhasilan sangat tergantung pada cara pemakaian, dapat mengurangi kenyamanan, berpotensi menyebabkan ereksi hilang, serta sebagian pria malu membelinya.

b. Metode Kalender

- *Pengertian* : Cara alami dengan menghindari hubungan seksual saat masa subur (Prijatni & Rahayu, 2016).
- *Cara kerja* : Menentukan masa subur melalui perhitungan siklus haid.

Tabel 5.1 Rumus KB Kalender Jika Tidak Teratur

Hari pertama masa subur = Jumlah hari terpendek - 18
Hari terakhir masa subur = Jumalh hari terpanjang - 11

Sumber : Prijatni & Rahayu. 2016

Modul Bahan Ajar Kebidanan Kesehatan

- *Kelebihan* : Tidak perlu biaya, alat, atau pemeriksaan medis. Aman, alami, tidak mengganggu hubungan intim.
- *Kekurangan* : Butuh disiplin tinggi, kerjasama pasangan, tidak cocok untuk haid tidak teratur, dan lebih efektif bila dikombinasi metode lain.

c. Metode Lendir Serviks (Ovulasi Billings/MOB)

- *Pengertian* : Mengetahui masa subur dengan mengamati lendir serviks dan rasa pada vulva menjelang ovulasi.
- *Cara kerja* : Lendir serviks berubah selama siklus menstruasi; saat subur lendir lebih licin dan elastis.
- *Kelebihan* : Alami, mudah dipelajari, tanpa biaya.
- *Kekurangan* : Kurang efektif jika digunakan sendiri, tidak cocok bagi wanita dengan infeksi reproduksi atau yang enggan memeriksa lendir serviks (Mulyani & Rinawati, 2013).

d. Suhu Basal Tubuh

- *Pengertian* : Metode dengan mengukur suhu tubuh terendah saat istirahat untuk mengetahui masa subur.
- *Kelebihan* : Membantu pasangan yang ingin menunda kehamilan.
- *Kekurangan* : Perlu disiplin, dipengaruhi faktor luar (penyakit, stres, rokok, dll.), pengukuran harus rutin di waktu sama, tidak bisa deteksi awal masa subur, dan membutuhkan pantang cukup lama (Mulyani & Rinawati, 2013).

e. Amenorea Laktasi (MAL)

- *Pengertian* : KB alami dengan menyusui eksklusif (lebih dari 8 kali sehari, bayi <6 bulan, ibu belum haid). Efektif hanya sampai 6 bulan.
- *Cara kerja* : Menyusui meningkatkan kadar prolaktin, yang menekan ovulasi dan mengurangi kesuburan.
- *Kelebihan* : Menurunkan risiko anemia, memperkuat ikatan ibu-bayi, efektif, langsung bekerja, tidak mengganggu hubungan intim.

- *Kekurangan* : Efektif hanya bila ASI eksklusif, perlu kesiapan sejak kehamilan, tidak melindungi dari IMS/HIV, hanya berlaku sampai haid kembali atau bayi >6 bulan (Kemenkes RI, 2015).

f. Senggama Terputus

- *Pengertian* : Penis dikeluarkan dari vagina sebelum ejakulasi (Kemenkes RI, 2015).
- *Cara kerja* : Sperma tidak masuk ke vagina, sehingga pembuahan dicegah.
- *Kelebihan* : Alami, tanpa biaya, tidak mempengaruhi ASI, bisa digunakan kapan saja, tidak ada efek samping.
- *Kekurangan* : Sangat bergantung pada kontrol pria, dapat mengurangi kenikmatan, efektivitas rendah jika tidak konsisten (Kemenkes RI, 2015).

2. Kontrasepsi Hormonal

a. Implan/Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)

- *Pengertian* : Batang kecil berisi progestin yang ditanam di bawah kulit (Kemenkes RI, 2015).
- *Jenis* :
  - Norplant (6 batang, 5 tahun).
  - Implanon (1 batang, 3 tahun).
  - Jadelle/Indoplant (2 batang, 3 tahun).
- *Cara kerja* : Menghambat ovulasi, menebalkan lendir serviks, menekan pertumbuhan endometrium.

- *Waktu pemasangan* : Bisa kapan saja (asal tidak hamil), pasca keguguran, 6 minggu setelah melahirkan.
- *Kelebihan* : Sangat efektif, jangka panjang, cepat kembalinya kesuburan setelah dilepas, aman bagi ibu menyusui, mengurangi nyeri/volume haid
- Kekurangan : sakit kepala, jerawat, nyeri payudara, penambahan berat badan, serta perubahan mood dan siklus menstruasi yang tidak teratur (Prijatni & Rahayu, 2016).

b. Pil Progestin (Minipil)

- *Pengertian* : Pil KB dengan dosis rendah progesteron, aman untuk ibu menyusui.
- *Cara kerja* : Mencegah ovulasi, menebalkan lendir serviks, menipiskan endometrium.
- *Jenis* : Kemasan 28 pil (75 µg norgestrel), kemasan 35 pil (300 µg levonorgestrel/350 µg norethindrone).
- *Kelebihan* : Aman untuk ASI, mudah digunakan, kesuburan cepat kembali.
- *Kekurangan* : Harus diminum teratur, efek samping seperti perdarahan tidak teratur, mual, sakit kepala, jerawat, berat badan naik, tidak mencegah IMS/HIV (Mulyani & Rinawati, 2013).

c. Suntik Progestin

- *Jenis* :
  - DMPA 150 mg (setiap 3 bulan).
  - NET-EN 200 mg (setiap 2 bulan).
- *Cara kerja* : Sama seperti pil/implan (menghambat ovulasi, menebalkan lendir serviks).
- *Kelebihan* : Sangat efektif, jangka panjang, aman bagi ASI, menurunkan risiko kanker endometrium dan anemia sel sabit.
- *Kekurangan* : Harus suntik di fasilitas kesehatan, kesuburan lambat kembali, dapat menyebabkan peningkatan berat badan, tidak melindungi IMS (Mulyani & Rinawati, 2013).

3. Kontrasepsi Non-Hormonal

a. IUD/AKDR

- *Pengertian* : Alat plastik fleksibel yang dipasang di rahim (Kemenkes RI, 2015).
- *Cara kerja* : Menghalangi pembuahan dan implantasi.
- *Kelebihan* : Sangat efektif, jangka panjang, aman untuk ASI, bisa langsung setelah melahirkan atau keguguran.
- *Kekurangan* : Perlu pemasangan medis, risiko perdarahan lebih banyak, bisa lepas tanpa disadari, tidak melindungi IMS (Affandi, 2014).

4. Kontrasepsi Mantap

a. Tubektomi (MOW)

- *Pengertian* : Prosedur permanen untuk menutup saluran tuba pada wanita.
- *Kelebihan* : Efektif, tidak mengganggu menyusui atau libido, tanpa risiko kegagalan dari pasien.
- *Kekurangan* : Permanen (sulit dipulihkan), perlu operasi, tidak melindungi IMS (Affandi, 2014).

b. Vasektomi (MOP)

- *Pengertian* : Prosedur menutup saluran sperma pada pria.
- *Kelebihan* : Efektif, operasi sederhana, komplikasi ringan, biaya efisien.
- *Kekurangan* : Tidak efektif langsung (butuh 3 bulan atau ±20 kali ejakulasi), komplikasi kecil (infeksi, nyeri), rasa takut terhadap operasi, tidak melindungi IMS (Kemenkes RI, 2015).