

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 *CONTINUITY OF CARE (COC)*

2.1.1 Definisi

Continuity of Care (COC) adalah pelayanan yang dicapai ketika terjalin hubungan yang terus menerus antara seorang wanita dan bidan. Asuhan yang berkelanjutan berkaitan dengan tenaga profesional kesehatan, pelayanan kebidanan dilakukan mulai prakonsepsi, awal kehamilan, selama semua trimester, kelahiran dan melahirkan sampai 6 minggu pertama postpartum (Tickle *et al.*, 2021).

Tujuan asuhan kebidanan *Continuity of Care* yaitu meningkatkan kualitas asuhan berkelanjutan sepanjang siklus kehidupan dengan si pemberi asuhan yang sama (dapat berupa grup) selama hamil, bersalin dan nifas untuk menurunkan atau mencegah kesakitan dan kematian maternal dan perinatal (Hindmarsh & Davis, 2021).

2.1.2 Partnership Kebidanan

Partnership kebidanan adalah sebuah filosofi prospektif dan suatu model kepedulian (*Model of Care*) sebagai model filosofi perspektif berpendapat bahwa wanita dan bidan dapat berbagi pengalaman dalam asuhan kebidanan secara komprehensif (Tierney *et al.*, 2021).

2.1.3 Prinsip – Prinsip Pokok Asuh

2.1.4 an

- a. Kehamilan dan kelahiran adalah suatu proses yang normal, alami dan sehat
- b. Pemberdayaan ibu adalah pelaku utama dalam asuhan kehamilan
- c. Oleh karena itu, bidan harus memberdayakan ibu dan keluarga dengan meningkatkan pengetahuan dan pengalaman mereka melalui pendidikan kesehatan agar dapat merawat dan menolong diri sendiri dalam kondisi tertentu.
- d. Otonomi pengambilan keputusan adalah ibu dan keluarga. Untuk dapat mengambil suatu keputusan mereka membutuhkan informasi

- e. Intervensi (campur tangan/ tindakan) bidan yang terampil harus tau kapan ia harus melakukan sesuatu dan intervensi yang dilakukannya haruslah aman berdasarkan bukti ilmiah
- f. Tanggung jawab asuhan kehamilan yang di berikan bidan harus selalu didasari ilmu, analisa dan pertimbangan yang matang. Akibat yang timbul dari tindakan yang dilakukan menjadi tanggung jawab bidan.
- g. Asuhan kehamilan mengutamakan kesinambungan pelayanan (*Continuity of Care*) sangat penting bagi wanita untuk mendapatkan pelayanan dari seorang yang profesional yang sama atau dari satu team kecil tenaga professional, sebab dengan begitu maka perkembangan kondisi mereka setiap saat terpantau dengan baik selain itu mereka juga lebih di percaya dan terbuka karena sudah mengenal si pemberi asuhan.
- h. Dimensi kesinambungan layanan kesehatan artinya pasien harus dapat dilayani sesuai dengan kebutuhannya, termasuk rujukan jika diperlukan tanpa mengurangi prosedur diagnosis dan terapi yang tidak perlu. Pasien harus selalu mempunyai akses ke layanan kesehatan yang dibutuhkannya, karena riwayat penyakit pasien terdokumentasi dengan lengkap, akurat, dan terkini, layanan kesehatan rujukan yang diperlukan pasien dapat terlaksana dengan tepat waktu (Hindmarsh & Davis, 2021; Hollins Martin et al., 2020)

2.1.5 Komponen Model Pelayanan Berkelanjutan

- a. Kehamilan
- b. Persalinan
- c. Bayi baru lahir
- d. Nifas
- e. Keluarga berencana

2.2 KEHAMILAN

2.2.1 Definisi

Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat

fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan (Saifuddin, 2021).

Menurut Nugrawati & Amriani (2021) Kehamilan merupakan suatu proses yang alamiah dan fisiologis. Setiap perempuan yang memiliki organ reproduksi yang sehat, telah mengalami menstruasi, dan melakukan hubungan seksual dengan seorang pria yang sehat maka besar kemungkinan akan terjadi kehamilan. Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya bayi dengan lama 280 hari atau 40 minggu yang dihitung dari hari pertama haid terakhir.

Berdasarkan pengertian tentang ibu hamil, maka dapat disimpulkan bahwa ibu hamil adalah bertemunya spermatozoa dan ovum kemudian berkembang menjadi embrio di dalam uterus selama 259 hari atau 37 minggu atau sampai 42 minggu.

2.2.2 Perubahan anatomi, fisiologi dan psikologi pada ibu hamil

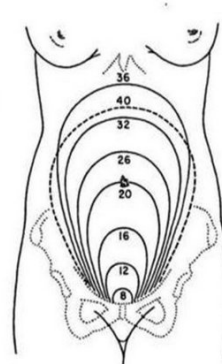
A. Perubahan Anatomi dan Fisiologi pada Ibu Hamil

1. Sistem reproduksi

1) Pembesaran uterus

Berat uterus naik secara luar biasa dari 30 gr menjadi 1000 gr pada akhir kehamilan (40 minggu). Ukuran uterus pada kehamilan cukup bulan adalah 30x25x20cm dengan kapasitas lebih dari 4000cc. Ukuran TFU berdasarkan palpasi abdomen dan Mc donald

- Sebelum minggu 11 fundus belum teraba dari luar.
- □ Minggu 12, 1-2 jari diatas symphysis.
- □ Minggu 16, pertengahan antara sym-pst
- □ Minggu 20, tiga jari dibawah pusat
- □ Minggu 24, setinggi pusat
- □ minggu 28, tiga jari diatas pusat
- □ Minggu 32, pertengahan proc xyphoideus – pusat
- □ Minggu 36, tiga jari dibawah proc.xyphoideus
- □ Minggu 40 pertengahan antara proc xyphoideus-pusat.



Gambar 2.1 TFU

Usia	TFU
12 minggu	3 jari di atas simpisis
16 minggu	½ simpisis – pusat
20 minggu	3 jari dibawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	1/3 diatas pusat
34 minggu	½ pusat – prosessus xifoideus
36 minggu	Setinggi prosessus xifoideus
40 minggu	2 jari dibawah prosessus xifoideus

Sumber: Wulandari & dkk, 2021

2) Servik, Vulva, Vagina

Terjadi perubahan pada serviks menjadi lunak (soft) serta terdapat penambahan dan pelebaran pembuluh darah yang menyebabkan warnanya menjadi kebiru-biruan (*livide*) atau disebut juga tanda chadwick. Hal tersebut juga meningkatkan kerapuhan sehingga mudah berdarah ketika melakukan senggama. Tanda Chadwick juga tampak pada vagina dan vulva.

3) Ovarium

Tidak terjadi pembentukan folikel baru dikarenakan adanya kadar relaksin yang mempunyai pengaruh menenangkan sehingga pertumbuhan janin menjadi baik sampai aterm.

2. Sistem Payudara

Selama kehamilan payudara mengalami pertumbuhan tambah membesar, tegang dan berat, dapat teraba nodul-nodul, dan bayangan vena-vena lebih membiru. Hiperpigmentasi pada puting susu dan areola payudara.

3. Sistem Urinaria

Pada akhir kehamilan, ketika kepala janin mulai turun akan menyebabkan kandung kemih tertekan sehingga timbul gangguan sering kencing.

4. Sistem Pencernaan

a. Rongga mulut

Gusi dapat menjadi kemerahan dan melunak, kadang berdarah apabila hanya terkena cedera ringan, misalnya pada saat gosok gigi. Hal ini karena kalsium dalam gigi terserap oleh janin.

b. Lambung

Hormon estrogen membuat pengeluaran asam lambung meningkat yang dapat menyebabkan pengeluaran air liur yang berlebihan (hipersalivasi), daerah lambung terasa panas, terjadi mual dan sakit/pusing kepala terutama pagi hari

c. Usus kecil, besar dan appendiks

Peningkatan hormone progesteron mengakibatkan motilitas saluran cerna berkurang dan transit makanan menjadi lebih panjang sehingga lebih banyak air terserap menyebabkan terjadinya sembelit atau konstipasi.

5. Sistem metabolisme

Ibu hamil juga mengalami perubahan metabolisme glukosa untuk menjamin kebutuhan glukosa untuk janin. *Human plasental lactogen* (HPL) menyebabkan terjadinya lipolisis serta meningkatkan kadar asam lemak bebas di dalam plasma untuk penyiapan sumber energi pengganti bagi ibu. Hormon ini juga mengganggu kerja insulin, sehingga kebutuhan insulin meningkat. Ibu hamil yang tidak mampu memenuhi kebutuhan insulin akan meningkat. Ibu hamil yang tidak mampu memenuhi kebutuhan insulin yang meningkat tersebut akan menyebabkan ibu mengalami diabetes dalam kehamilan.

Saat terjadi kehamilan mengakibatkan kadar Hemoglobin (Hb) wanita lebih rendah dibandingkan saat tidak hamil. Perubahan yang nampak mencolok adalah kenaikan volume plasma sampai dengan 50% dengan diikuti penurunan hemoglobin sampai dengan 20% yang meningkat pada trimester II dan mencapai puncaknya pada pertengahan trimester ke II. Kadar hemoglobin dan zat besi menurun oleh karena adanya hemodilusi.

Anemia terjadi pada 1/3 perempuan selama kehamilan trimester III penyebab yang umum adalah kekurangan zat besi dan asam folat. Jumlah darah dalam tubuh wanita hamil meningkat 20-30% sehingga memerlukan peningkatan pasokan zat besi. Penting dalam periode ini melakukan pemeriksaan Hb untuk mendeteksi anemia. Anemia pada ibu hamil sangat memengaruhi keadaan ibu dan janin selama proses persalinan. Ibu hamil yang menderita anemia berat dapat meningkatkan resiko morbiditas maupun mortalitas ibu dan bayi, kemungkinan melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) dan premature juga lebih besar.

Penyebabnya biasa karena kurangnya zat gizi untuk pembentukan darah, misalnya zat besi, asam folat dan vitamin B12. Menurut Proverawati, anemia adalah suatu keadaan dimana tubuh memiliki jumlah sel darah merah (eritrosit) yang terlalu sedikit, yang mana sel darah merah itu mengandung hemoglobin yang berfungsi untuk membawa oksigen ke seluruh jaringan tubuh. Kondisi ini masih dikatakan normal dan bukan merupakan kelainan, tetapi harus tetap ditangani dengan benar.

6. Sistem muskuloskeletal

Pengaruh dari peningkatan estrogen, progesterone, dan elastin dalam kehamilan menyebabkan kelemahan jaringan ikat serta ketidakseimbangan persendian. Pada kehamilan trimester II dan III hormon progesterone dan hormon relaksasi jaringan ikat dan otot-otot. Hal ini terjadi maskimal pada satu minggu terakhir kehamilan. Postur tubuh wanita secara bertahap mengalami perubahan karena janin membesar dalam abdomen sehingga untuk mengompensasi penambahan berat ini, bahu lebih tertarik ke belakang dan tulang lebih melengkung, sendi tulang belakang lebih lentur dan dapat menyebabkan nyeri punggung pada beberapa wanita (Anggraini, 2021).

Perubahan sistem musculoskeletal yang dirasakan oleh ibu hamil trimester III dikarenakan hormon progesterone dan hormon relaksasi

menyebabkan relaksasi jaringan ikat otot-otot untuk persiapan persalinan yang akan datang.

7. Perubahan berat badan dan Indeks Massa Tubuh (IMT)

Wanita dengan BMI kategori rendah, peningkatan ideal saat hamil 12,5- 18kg. Wanita dengan BMI normal, peningkatan ideal pada saat hamil 11,5- 16kg. Wanita dengan BMI tinggi, peningkatan ideal 7-11,5kg (Fitriani, Firawati, & Raehan, 2021).

8. Sistem pernafasan

Pertumbuhan uterus meningkatkan tekanan intra-abdomen sehingga diafragma terdorong ke atas yang berdampak pada menurunnya volume cadangan ekspirasi diikuti oleh peningkatan volume tidal yang menyebabkan sensasi sesak napas sementara (Suarayasa, 2020).

9. Sistem Endokrin

Plasenta menghasilkan berbagai hormone yang sangat penting untuk kesinambungan kehamilan itu sendiri. Hormon yang dihasilkan terdiri dari *Human Cocrionic Gonadotropin* (HCG), *Human plasental lactogen* (HPL), *Human Chorionic Thyroptropin*, esterogen, progesterone. Peningkatan produksi esterogen akan memengaruhi pembesaran uterus, buah dada, dan organ genital, retensi cairan yang menyebabkan penambahan natrium, perubahan deposisi lemak, relaksasi persendian, penurunan produksi persendian, penurunan produksi HCL dan pepsin lambung serta berpengaruh pada fungsi kelenjar tiroid serta mengganggu metabolisme asam folat. Hormon progesterone akan memacu pertumbuhan endometrium, penumpukan sel lemak, retensi natrium, menurunkan kontraksi rahim. Kelenjar endokrin seperti kelenjar hipofise dan tiroid membesar sedikit. Basal metablisme meningkat. Paratiroid membesar sehingga akan meningkatkan kebutuhan kalsium dan vitamin D.

10. Sistem Kardiovaskuler

Pembesaran uterus akan menekan pembuluh darah panggul dan paha sehingga aliran darah balik akan terganggu dan darah akan

mengumpul pada tungkai bawah, pada posisi tidur uterus akan menekan vena cava sehingga akan mengurangi suplai darah ke atrium. Dampaknya adalah terjadi hipotensi.

11. Sistem intergumen

Pada kulit terjadi hiperpigmentasi yang dipengaruhi *hormone Melanophore Stimulating Hormone di lobus hipofisis anterior* dan pengaruh kelenjar suprarenalis. Sehubungan dengan tingginya kadar hormonal, maka terjadi peningkatan pigmentasi selama kehamilan. Ketika terjadi pada kulit muka dikenal sebagai cloasma. Linea Alba adalah garis putih tipis yang membentang dari simfisis pubis sampai umbilikus, dapat menjadi gelap yang biasa disebut *Line Nigra* (Anggraini, 2021).

B. Perubahan Psikologis pada Ibu Hamil

Faktor penyebab terjadinya perubahan psikologi wanita hamil ialah meningkatnya produksi hormon progesteron. Hormon progesterone mempengaruhi kondisi psikisnya, akan tetapi tidak selamanya pengaruh hormon progesterone menjadi dasar perubahan psikis, melainkan kerentanan daya psikis seorang atau lebih dikenal dengan kepribadian (Widaryanti & Febriati, 2020).

1. Trimester I (Masa Penyesuaian)

Pada trimester I ini dapat terjadi labilitas emosional, yaitu perasaan yang mudah berubah dalam waktu singkat dan tak dapat diperkirakan. Dapat timbul perasaan khawatir seandainya bayi yang dikandungnya cacat atau tidak sehat, khawatir akan jatuh, cemas dalam melakukan hubungan seksual dan sebagainya (Widaryanti & Febriati, 2020).

2. Trimester II (Masa Sehat)

Trimester ini ibu merasa lebih stabil, kesanggupan mengatur diri lebih baik, kondisi ibu lebih menyenangkan, ibu mulai terbiasa dengan perubahan fisik tubuhnya, janin belum terlalu besar sehingga belum menimbulkan ketidaknyamanan. Ibu sudah mulai menerima dan mengerti tentang kehamilannya. Secara kognitif, pada trimester

II ibu cenderung membutuhkan informasi mengenai pertumbuhan dan perkembangan bayinya serta perawatan kehamiannya (Widaryanti & Febriati, 2020).

3. Trimester III (Masa Penantian)

Trimester ini sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga ia menjadi tidak sabar menanti kehadiran sang bayi. Ada perasaan cemas mengingat bayi dapat lahir kapanpun. Hal ini membuatnya berjaga-jaga sementara ia memperhatikan dan menunggu tanda dan gejala persalinan muncul. Rasa cemas dan takut akan proses persalinan dan kelahiran meningkat, yang menjadi perhatian yaitu rasa sakit, luka saat melahirkan, kesehatan bayinya, kemampuan jadi ibu yang bertanggung jawab dan bagaimana perubahan hubungan dengan suami, ada gangguan tidur, harus dijelaskan tentang proses persalinan dan kelahiran agar timbul kepercayaan diri pada ibu bahwa ia dapat melalui proses persalinan dengan baik (Widaryanti & Febriati, 2020).

2.2.3 Klasifikasi Kehamilan

Kehamilan dibagi menjadi dua yaitu kehamilan menurut lamanya dan kehamilan dari tuanya. Kehamilan ditinjau dari lamanya dibagi menjadi tidak yaitu:

- a. Kehamilan Premature, yaitu kehamilan antara 28-36 minggu.
- b. Kehamilan Mature, yaitu kehamilan antara 37-42 minggu.
- c. Kehamilan Postmature, yaitu kehamilan lebih dari 43 minggu.

Sedangkan kehamilan ditinjau dari tuanya kehamilan dibagi menjadi 3 yaitu:

- a. Kehamilan trimester pertama antara 0-12 minggu, di mana dalam trimester pertama alat-alat mulai terbentuk.
- b. Kehamilan trimester kedua antara 12-28 minggu, di mana dalam trimester kedua alat-alat telah terbentuk tetapi belum sempurna dan viabilitas janin masih disangsikan.

- c. Kehamilan trimester ketiga antara 28-40 minggu, di mana janin yang dilahirkan dalam trimester ketiga telah *viabe* (dapat hidup) (Py. Nuruliagza, 2021).

2.2.4 Tanda dan Gejala Kehamilan

1. Tanda pasti kehamilan
 - a. Teraba bagian-bagian janin dan dapat di kenal bagian-bagian janin
 - b. Terdengar dan dapat dicatat bunyi jantung janin
 - c. Dapat dirasakan gerakan janin
 - d. Pada pemeriksaan dengan sinar rontgen tampak kerangka janin.
 - e. Tidak dilakukan lagi sekarang karena dampak radiasi terhadap janin.
 - f. Dengan alat USG dapat diketahui kantung janin, panjang janin, dan dapat diperkirakan tuanya kehamilan serta dapat menilai pertumbuhan janin
2. Tanda tidak pasti kehamilan
 - a. Pigmentasi kulit, kira-kira 12 minggu atau lebih
 - b. Leukore, sekret serviks meningkat karena pegnaruh peningkatan hormon progesterone
 - c. Epulis (*hypertrofi papila gingiva*), sering terjadi pada TM I kehamilan
 - d. Perubahan payudara, payudara menjadi tegang dan membesar karena pengaruh hormon estrogen dan progesteron yang merangsang daktuli dan alveoli payudara. Daerah areola menjadi lebih hitam kaerna deposit pigmen berlebihan
 - e. Pembesaran abdomen, jelas terlihat setelah kehamilan 14 minggu.
 - f. Suhu basal meningkat terus antara 37,2 – 37,8 0C
 - g. Perubahan organ-organ dalam pelvix:
 - a) Tanda chadwick: livid, terjadi kira-kira minggu ke-6
 - b) Tanda hegar: segmen bawah rahim lembek pada perabaan
 - c) Tanda piscasexk: uterus membesar kesalah satu jurusan
 - d) Tanda Braxton-Hiks: uterus berkontraksi bila dirangsang.
 - e) Tanda ini khas untuk uterus pada masa kehamilan.

3. Tanda kemungkinan kehamilan

- a. *Amenorhea* (tidak mendapat haid)
- b. *Nausea* (mual) dengan atau tanpa *vomit* (muntah). Sering terjadi pagi hari pada bulan-bulan pertama kehamilan disebut *Morning Sickness*.
- c. Mengidam (menginginkan makanan atau minuman tertentu)
- d. Konstipasi / obstipasi, disebabkan penurunan peristaltik usus oleh hormon steroid
- e. Sering kencing
- f. Pusing, pingsan dan mudah muntah Pingsan sering ditemukan bila berada ditempat ramai pada bulan-bulan pertama kehamilan, lalu hilang setelah kehamilan 18 minggu
- g. *Anoreksia* (tidak ada nafsu makan).

2.2.5 Faktor Risiko Kehamilan

Puspita (2021) menjelaskan faktor risiko pada ibu hamil dikelompokkan dalam 3 kelompok yaitu:

1. Kelompok I artinya Ada Potensi Gawat Obstetrik (APGO)

Kondisi ini mengindikasikan adanya faktor risiko yang dapat menyebabkan komplikasi kehamilan atau persalinan, diantaranya:

a. Primi muda

Hamil pertama usia 20 tahun atau kurang. Pada umur < 20 tahun, rahim dan panggul belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Kehamilan pada usia remaja mempunyai risiko medis yang cukup tinggi karena pada masa ini alat reproduksi belum cukup matang untuk melakukan fungsinya. Alasan mengapa kehamilan remaja dapat menimbulkan risiko antara lain rahim remaja belum siap untuk mendukung kehamilan. Rahim baru siap melakukan fungsinya setelah umur 20 tahun, karena pada usia ini fungsi hormonal melewati masa kerjanya yang maksimal (Widatiningsih & Dewi, 2019).

Dampak kehamilan pada kesehatan reproduksi di usia muda menurut Puspita (2021) yaitu:

- 1) Keguguran pada usia muda dapat terjadi secara tidak disengaja, misalnya karena terkejut, cemas dan stress. Secara sengaja dilakukan oleh tenaga nonprofessional yang dapat menimbulkan akibat efek samping yang serius seperti tingginya angka kematian dan infeksi alat reproduksi yang pada akhirnya dapat menimbulkan kemandulan.
- 2) Persalinan prematur, berat badan lahir rendah (BBLR) dan kelainan bawaan yang terjadi karena kurang matangnya alat reproduksi terutama Rahim yang belum siap dalam suatu proses kehamilan, berat badan lahir rendah (BBLR) juga dipengaruhi gizi saat hamil kurang dan juga umur ibu yang belum menginjak 20 tahun. Cacat bawaan dipengaruhi kurangnya pengetahuan ibu tentang kehamilan, pengetahuan akan asupan gizi rendah, pemeriksaan kehamilan kurang dan keadaan psikologi ibu yang kurang stabil selain itu juga disebabkan keturunan (genetik) dan proses pengguguran sendiri yang gagal.
- 3) Mudah terjadi infeksi keadaan gizi buruk, tingkat sosial ekonomi rendah dan stress memudahkan terjadi infeksi saat hamil terlebih pada kala nifas.
- 4) Anemia kehamilan atau kekurangan zat besi pada saat hamil di usia muda disebabkan oleh kurangnya pengetahuan akan pentingnya gizi pada saat hamil dan mayoritas seorang ibu mengalami anemia pada saat hamil. tambahan zat besi dalam tubuh fungsinya untuk meningkatkan jumlah sel darah merah, membentuk sel darah merah janin pada plasenta seorang yang kehilangan sel darah merah semakin lama akan menjadi anemia.
- 5) Keracunan kehamilan karena kombinasi keadaan alat reproduksi yang belum siap hamil dan anemia, makin meningkatkan terjadinya keracunan hamil dalam bentuk

preeklamsia atau eklamsia yang dapat menyebabkan kematian.

- 6) Kematian ibu yang tinggi karena remaja yang stress akibat kehamilannya sering mengambil jalan pintas untuk melakukan gugur kandungan oleh tenaga dukun. Angka kematian karena gugur kandungan yang dilakukan dukun cukup tinggi, tetapi angka pasti tidak diketahui

b. Primi tua

Hamil usia ≥ 35 tahun. Ibu dengan usia ini mudah terjadi penyakit pada organ kandungan yang menua, jalan lahir juga tambah kaku. Ada kemungkinan lebih besar ibu hamil mendapatkan anak cacat, terjadi persalinan macet dan perdarahan (Widatiningsih & Dewi, 2019).

c. Primi tua sekunder

Jarak kehamilan terlalu dekat atau terlalu jauh. Jarak anak terkecil >10 tahun. Anak terkecil < 2 tahun atau terlalu cepat memiliki anak lagi. Ibu hamil yang jarak kelahiran dengan anak terkecil kurang dari 2 tahun kesehatan fisik dan rahim ibu masih butuh cukup istirahat. Ada kemungkinan ibu masih menyusui. Anak masih butuh asuhan dan perhatian orang tuanya (Kurniawati, 2021). Ibu hamil dengan persalinan terakhir >10 tahun yang lalu. Ibu dalam kehamilan dan persalinan ini seolah-olah menghadapi persalinan yang pertama lagi. Bahaya yang dapat terjadi yaitu persalinan dapat berjalan tidak lancar dan perdarahan pasca persalinan (Rochjati, 2019).

d. Grande multipara

Ibu pernah hamil atau melahirkan 4 kali atau lebih, karena ibu sering melahirkan maka kemungkinan akan banyak ditemui keadaan seperti kesehatan terganggu, kekendoran pada dinding rahim. Bahaya yang dapat terjadi yaitu kelainan letak, persalinan letak lintang, robekan rahim pada kelainan letak lintang, persalinan lama dan perdarahan pasca persalinan. Grande multi

para juga dapat menyebabkan solusio plasenta dan plasenta previa (Kurniawati, 2021).

e. Tinggi badan ≤ 145 cm

Tinggi badan 145 cm atau kurang Terdapat tiga batasan pada kelompok risiko ini yaitu:

- 1) Ibu hamil pertama sangat membutuhkan perhatian khusus. Luas panggul ibu dan besar kepala janin mungkin tidak proporsional, dalam hal ini ada dua kemungkinan yang terjadi. Pertama, panggul ibu sebagai jalan lahir ternyata sempit dengan janin atau kepala tidak besar dan kedua panggul ukuran normal tetapi anaknya besar atau kepala besar.
- 2) Ibu hamil kedua, dengan kehamilan lalu bayi lahir cukup bulan tetapi mati dalam waktu (umur bayi) 7 hari atau kurang.
- 3) Ibu hamil dengan kehamilan sebelumnya belum pernah melahirkan cukup bulan, dan berat badan lahir rendah 2 kali
- 4) Kehamilan kedua atau lebih, kehamilan terakhir janin mati dalam kandungan.

f. Pernah gagal kehamilan

Riwayat keguguran, kelahiran prematur, bayi lahir mati, atau masalah kesehatan lain pada kehamilan sebelumnya memiliki potensi mengalami masalah yang sama pada kehamilan berikutnya.

g. Persalinan yang lalu dengan tindakan

Melahirkan dengan vakum dan pernah operasi sesar, robekan perinium luas.

2. Kelompok II Ada Gawat Obstetrik (AGO)

Pada kondisi ini, sudah terjadi masalah obstetri yang memerlukan perhatian medis lebih lanjut

a. Penyakit pada ibu hamil

Penyakit-penyakit yang menyertai kehamilan ibu yaitu sebagai berikut:

- 1) Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi, dan merupakan jenis anemia yang pengobatannya relative mudah bahkan murah. Anemia pada kehamilan memberi pengaruh kurang baik, seperti kematian muda, kematian perinatal, prematuritas, dapat terjadi cacat bawaan, cadangan zat besi kurang.
- 2) Malaria disertai dengan panas tinggi dan anemia, maka akan mengganggu ibu hamil dan kehamilannya. Bahaya yang dapat terjadi yaitu abortus, intrauterine fetal death (IUFD), dan persalinan prematur.
- 3) Tuberkolosis paru tidak secara langsung berpengaruh pada janin, namun tuberkolosis paru berat dapat menurunkan fisik ibu, tenaga, dan air susu ibu (ASI) ikut berkurang. Bahaya yang dapat terjadi yaitu keguguran, bayi lahir belum cukup umur, dan janin mati dalam kandungan (Widatiningsih & Dewi, 2019).
- 4) Payah jantung, bahaya yang dapat terjadi yaitu payah jantung bertambah berat, kelahiran premature. Penyakit jantung memberi pengaruh tidak baik kepada kehamilan dan janin dalam kandungan. Apabila ibu menderita hipoksia dan sianosis, hasil konsepsi dapat menderita pula dan mati yang kemudian disusul oleh abortus.
- 5) Diabetes mellitus, ibu pernah mengalami beberapa kali kelahiran bayi yang besar, pernah mengalami kematian janin dalam rahim pada kehamilan minggu – minggu terakhir dan ditemukan glukosa dalam air seni. Bahaya yang dapat terjadi yaitu persalinan premature, hidramnion, kelainan bawaan, makrosomia, kematian janin dalam kandungan sesudah kehamilan ke-36, kematian bayi perinatal (bayi lahir hidup kemudian mati < 7 hari).
- 6) *Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome* (HIV/AIDS), bahaya yang dapat

terjadi yaitu gangguan pada sistem kekebalan tubuh dan ibu hamil muda terkena infeksi. Kehamilan memperburuk progresivitas infeksi HIV. Bahaya HIV pada kehamilan adalah pertumbuhan intra uterin terhambat dan berat lahir rendah, serta peningkatan risiko prematur.

- 7) Toksoplasmosis penularan melalui makanan mentah atau kurang masak, yang tercemar kotoran kucing yang terinfeksi. Bahaya yang dapat terjadi yaitu infeksi pada kehamilan muda menyebabkan abortus, infeksi pada kehamilan lanjut menyebabkan kongenital dan hidrosefalus.
- 8) Preeklamsia ringan, tanda-tandanya yaitu edema pada tungkai dan muka karena penumpukan cairan di sela-sela jaringan tubuh, tekanan darah tinggi, dalam urin terdapat proteinuria, sedikit bengkak pada tungkai bawah atau kaki pada kehamilan 6 bulan keatas mungkin masih normal karena tungkai banyak digantung atau kekurangan vitamin B1. Bahaya bagi janin dan ibu yaitu menyebabkan gangguan pertumbuhan janin, dan janin mati dalam kandungan.

b. Kehamilan kembar

Kehamilan kembar adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih. Rahim ibu membesar dan menekan organ dalam dan menyebabkan keluhan-keluhan seperti sesak nafas, edema kedua bibir kemaluan dan tungkai, varises, dan haemorrhoid. Bahaya yang dapat terjadi yaitu keracunan kehamilan, hidramnion, anemia, persalinan prematur, kelainan letak, persalinan sukar, dan perdarahan saat persalinan

c. Polihidramnion

Kehamilan dengan jumlah cairan amnion lebih dari 2 liter, dan biasanya Nampak pada trimester III, dapat terjadi perlahan-lahan atau sangat cepat. Bahaya yang dapat terjadi yaitu

keracunan kehamilan, cacat bawaan pada bayi, kelainan letak, persalinan prematur, dan perdarahan pasca persalinan.

d. *Intrauterine Fetal Death (IUFD)*

Keluhan yang dirasakan yaitu tidak terasa gerakan janin, perut terasa mengecil, dan payudara mengecil. Pada kehamilan normal gerakan janin dapat dirasakan pada umur kehamilan 4-5 bulan. Bila gerakan janin berkurang, melemah, atau tidak bergerak sama sekali dalam 12 jam, kehidupan janin mungkin terancam. Bahaya yang dapat terjadi pada ibu dengan janin mati dalam rahim yaitu gangguan pembekuan darah ibu, disebabkan dari jaringan-jaringan mati yang masuk ke dalam darah ibu.

e. Hamil serotinus

Ibu dengan usia kehamilan >42 minggu dimana fungsi dari jaringan uri dan pembuluh darah menurun. Dampaknya dapat menyebabkan distosia karena aksi uterus tidak terkoordinir, janin besar, dan moulding (moulase) kepala kurang sehingga sering dijumpai partus lama, kesalahan letak, insersia uteri, distosia bahu, dan perdarahan pasca persalinan.

f. Posisi janin abnormal

1) Letak sungsang

Letak sungsang adalah kehamilan tua (hamil 8-9 bulan), letak janin dalam rahim dengan kepala diatas dan bokong atau kaki dibawah. Bahaya yang dapat terjadi yaitu bayi lahir dengan gawat napas yang berat dan bayi dapat mati.

2) Letak lintang

Kelainan letak janin didalam rahim pada kehamilan tua (hamil 8-9 bulan), kepala ada di samping kanan atau kiri dalam rahim ibu. Bayi letak lintang tidak dapat lahir melalui jalan lahir biasa, karena sumbu tubuh janin melintang terhadap sumbu tubuh ibu. Bahaya yang dapat terjadi pada kelainan letak lintang yaitu pada persalinan yang tidak di tangani dengan benar, dapat terjadi robekan rahim.

Akibatnya adalah perdarahan yang mengakibatkan anemia berat, infeksi, ibu syok dan dapat menyebabkan kematian ibu dan janin

g. Ketuban pecah dini (KPD)

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah suatu kejadian dimana pecahnya membran ketuban pada waktu persalinan maupun jauh sebelum proses persalinan. Ketuban Pecah Dini juga dapat diartikan kondisi dimana ketuban pecah sebelum pembukaan <4 cm (fase laten), yang terjadi pada akhir kehamilan atau jauh sebelum waktu melahirkan (S. Suryanti, 2021).

3. Kelompok III Ada Gawat Darurat Obstetrik (AGDO)

Kegawatdaruratan obstetri yang mengancam jiwa, diantaranya:

a. Perdarahan hebat sebelum bayi lahir

Perdarahan antepartum adalah perdarahan sebelum persalinan atau perdarahan terjadi sebelum kelahiran bayi. Tiap perdarahan keluar dari liang senggama pada ibu hamil setelah 28 minggu, disebut perdarahan antepartum. Perdarahan antepartum harus dapat perhatian penuh, karena merupakan tanda bahaya yang dapat mengancam nyawa ibu dan janinnya, perdarahan dapat keluar sedikit-sedikit tapi terus menerus, lama kelamaan ibu menderita anemia berat atau sekaligus banyak yang menyebabkan ibu syok dan bayi dapat mengalami kelahiran prematur sampai kematian janin karena asfiksia.

Perdarahan dapat terjadi pada plasenta previa dan solusio plasenta. Biasanya disebabkan karena trauma atau kecelakaan dan tekanan darah tinggi atau pre-eklamsia sehingga terjadi perdarahan pada tempat melekat plasenta yang menyebabkan adanya penumpukan darah beku dibelakang plasenta.

b. Preeklamsia berat/eklamsia

Preeklamsia berat terjadi bila ibu dengan preeklamsia ringan tidak dirawat dan ditangani dengan benar. Preeklamsia berat dapat mengakibatkan kejang – kejang atau eklamsia.

Bahaya yang dapat terjadi yaitu ibu dapat tidak sadar (koma sampai meninggal).

c. Rupture uteri

Ruptur uterus (UR) adalah pemisahan seluruh ketebalan dinding uterus melalui pelanggaran selama kehamilan, persalinan, atau segera setelah melahirkan (S. Wan, 2022).

2.2.6 Tanda – tanda bahaya ibu hamil

Tanda bahaya kehamilan adalah tanda-tanda yang mengindikasikan adanya bahaya yang dapat terjadi selama masa kehamilan, yang apabila tidak dilaporkan atau terdeteksi dini bisa menyebabkan kematian pada ibu dan janin (Fitriana.2021).

1. Preeklamsia

Preeklamsia merupakan tekanan darah tinggi disertai dengan proteinuria (protein dalam air kemih) atau edema (penimbunan cairan) yang terjadi pada kehamilan 20 minggu sampai akhir minggu pertama setelah persalinan. (Ratnawati, 2020). Klasifikasi preeklamsia ada dua yaitu:

1) Preeklamsia ringan Preeklamsia terjadi jika terdapat tanda-tanda berikut:

- a. Tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih yang diukur pada posisi berbaring terlentang atau kenaikan diastolic 15 mmHg atau kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih.
- b. Edema umum,kaki, jari, tangan, dan muka atau kenaikan berat badan 1 kg atau lebih per minggu.
- c. Proteinuria memiliki berat 0,3gram atau per liter, kualitatif 1+ atau 2 + pada urin kateter atau midstream.

2) Preeklamsia berat

Preeklamsia berat ditandai sebagai berikut:

- a. Tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih
- b. Proteinuria 5 gr atau lebih per liter
- c. Oliguria yaitu jumlah urine kurang dari 500 cc/24 jam

- d. Adanya gangguan serebral, gangguan visus dan rasa nyeri pada epigastrium
- e. Terdapat edema paru dan sianosis.

2. Perdarahan pervaginam

Perdarahan pravaginam dalam kehamilan cukup normal. Pada masa awal kehamilan, ibu mungkin akan mengalami perdarahan atau spotting. Perdarahan tidak normal yang terjadi pada awal kehamilan (perdarahan merah, banyak atau perdarahan dengan nyeri), kemungkinan abortus, mola atau kehamilan ektopik. Ciri-ciri perdarahan tidak normal pada kehamilan lanjut (perdarahan merah, banyak, kadang – kadang, tidak selalu, disertai rasa nyeri) bisa berarti plasenta previa atau solusio plasenta.

3. Nyeri kepala hebat dan menetap

Sakit kepala hebat dan tidak hilang dengan istirahat adalah gejala pre eklamsia dan jika tidak diatasi dapat menyebabkan kejang bahkan stroke.

4. Pandangan kabur

Pandangan menjadi kabur atau berbayang dapat disebabkan oleh sakit kepala yang hebat, sehingga terjadi odema pada otak dan meningkatkan resistensi otak yang dapat mempengaruhi system saraf pusat. Perubahan penglihatan atau pandangan kabur dapat menjadi tanda dari preeklamsia

5. Nyeri perut hebat

Nyeri abdomen yang dirasakan oleh ibu hamil bila tidak ada hubungannya dengan persalinan adalah tidak normal. Nyeri yang dikatakan tidak normal apabila ibu merasakan nyeri yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat, hal ini kemungkinan karena appendisitis, kehamilan ektopik, abortus, penyakit radang panggul, gastritis.

6. Bengkak pada wajah atau tangan

Hampir setiap ibu hamil mengalami bengkak normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah

beristirahat atau meninggikan kaki. Hal tersebut menunjukkan tanda bahaya apabila muncul bengkak pada wajah dan tangan dan tidak hilang setelah beristirahat dan disertai keluhan fisik. Hal ini dapat merupakan tanda anemia, gagal jantung atau preeklamsia.

7. Gerak bayi berkurang seperti biasanya

Pada ibu yang sedang hamil ibu akan merasakan gerakan janin yang berada di kandungannya pada bulan ke 5 atau sebagian ibu akan merasakan gerakan janin lebih awal. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 x dalam periode 3 jam. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik. (Sutanto & Fitriana, 2021).

2.2.7 Deteksi dini kehamilan berisiko

Deteksi dini adalah usaha yang dilakukan untuk mengetahui ada atau tidaknya suatu kelainan. Deteksi dini kehamilan berisiko tinggi berkaitan dengan kegiatan untuk mendapatkan informasi mengenai ibu hamil yang terdeteksi sebagai populasi berisiko tinggi (Salsabila *et al.*, 2021). Pencegahan terjadinya kehamilan berisiko yang dapat terjadi pada ibu hamil Widatiningsih dan Dewi (2019) adalah sebagai berikut:

- a. Penyuluhan komunikasi informasi edukasi (KIE) untuk kehamilan dan persalinan aman tentang:
 - 1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR), tempat persalinan dapat dilakukan di rumah maupun di polindes, tetapi penolong persalinan harus bidan, dukun membantu perawatan nifas bagi ibu dan bayinya.
 - 2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), memberi penyuluhan agar pertolongan persalinan oleh bidan atau dokter puskesmas, dipolindes atau puskesmas (PKM), atau langsung dirujuk ke rumah sakit, misalnya pada letak lintang dan ibu hamil pertama (primi) dengan tinggi badan rendah.
 - 3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST), diberi penyuluhan dirujuk untuk melahirkan di rumah sakit dengan alat lengkap dan di bawah pengawasan dokter spesialis.

b. Pengawasan antenatal

Memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan yang menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinannya, seperti:

- 1) Mengenal dan menangani sedini mungkin penyulit yang terdapat saat kehamilan, saat persalinan, dan kala nifas.
- 2) Mengenal dan menangani penyakit yang menyertai kehamilan, persalinan, dan kala nifas.
- 3) Memberikan nasihat dan petunjuk yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, kala nifas, laktasi, dan aspek keluarga berencana.
- 4) Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal.

c. Pendidikan kesehatan

Pendidikan Kesehatan yang dapat diberikan kepada ibu, yaitu sebagai berikut:

- 1) Diet dan pengawasan berat badan. Kekurangan atau kelebihan nutrisi dapat menyebabkan kelainan yang tidak diinginkan pada wanita hamil. Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan anemia, partus rematur, abortus, dan lain-lain, sedangkan kelebihan nutrisi dapat menyebabkan preeklamsia, bayi terlalu besar, dan lain-lain.
- 2) Ibu pada saat hamil, bukan merupakan halangan untuk melakukan hubungan seksual. Umumnya hubungan seksual diperbolehkan pada masa kehamilan jika dilakukan dengan hati-hati.
- 3) Kebersihan dan pakaian. Kebersihan harus selalu dijaga pada masa hamil, pakaian harus longgar, bersih, dan mudah dipakai, memakai sepatu dengan tumit yang tidak terlalu tinggi, memakai kutang yang menyokong payudara, dan pakaian dalam selalu bersih.

- 4) Perawatan gigi. Wanita hamil pada trimester I mengalami mual dan muntah (*morning sickness*). Keadaan ini menyebabkan perawatan gigi yang tidak diperhatikan dengan baik, sehingga timbul karies gigi, gingivitis, dan sebagainya.
- 5) Perawatan payudara. Perawatan payudara ini bertujuan memelihara hygiene payudara, melenturkan/menguatkan puting susu, dan mengeluarkan puting susu yang datar atau masuk ke dalam.
- 6) Imunisasi Tetanus Toksoid (TT). Imunisasi untuk melindungi janin yang akan dilahirkan terhadap tetanus neonatorum.
- 7) Wanita pekerja. Wanita hamil boleh bekerja tetapi jangan terlampau berat. Melakukan istirahat sebanyak mungkin. Menurut undang-undang perburuhan, wanita hamil berhak mendapat cuti hamil satu setengah bulan sebelum bersalin atau satu setengah bulan setelah bersalin.
- 8) Merokok, minum alkohol dan kecanduan narkotik. Ketiga kebiasaan ini secara langsung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dan menimbulkan kelahiran dengan berat badan lebih rendah, atau mudah mengalami abortus dan partus prematurus, dapat menimbulkan cacat bawaan atau kelainan pertumbuhan dan perkembangan mental.
- 9) Obat-obatan. Pengobatan penyakit saat hamil harus memperhatikan apakah obat tersebut tidak berpengaruh terhadap tumbuh kembang janin

2.2.8 Penatalaksanaan kehamilan resiko tinggi

Kehamilan risiko tinggi dapat dicegah dengan pemeriksaan dan pengawasan kehamilan yaitu deteksi dini ibu hamil risiko tinggi yang lebih difokuskan pada keadaan yang menyebabkan kematian ibu dan bayi. Pengawasan antenatal menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dan persiapan persalinan. Anjurkan setiap ibu hamil untuk melakukan kunjungan

antenatal komprehensif yang berkualitas minimal 4 kali dengan 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II dan 2 kali pada trimester III, termasuk minimal 1 kali kunjungan diantar suami/pasangan atau anggota keluarga (A. Salma, 2024).

2.2.9 Standar pelayanan asuhan pada kehamilan

Standar dalam memberikan asuhan kehamilan dengan standar 10 T dalam penerapannya terdiri atas (SR. Agusari, 2022):

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Pengukuran tinggi badan adalah salah satu langkah untuk menentukan status gizi dan risiko persalinan. Contohnya, ibu hamil yang bertubuh pendek umumnya disarankan untuk operasi *caesar*. Sementara itu, hasil pengukuran berat badan secara rutin akan menggambarkan pertumbuhan janin dan kondisi kesehatan ibu hamil.

2. Ukur tekanan darah

Pengukuran tekanan darah penting untuk mendeteksi tekanan darah tinggi atau hipertensi. Hipertensi pada ibu hamil dapat meningkatkan risiko komplikasi kehamilan, seperti preeklampsia.

3. Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas)

Pengukuran lingkar lengan atas (LiLA) bertujuan untuk mendiagnosis kekurangan energi kronis (KEK) yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan perkembangan janin. LiLA yang kurang dari 23,5 sentimeter (cm) menunjukkan risiko KEK sehingga ibu hamil harus memperbaiki asupan gizinya untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.

4. Ukur tinggi fundus uteri (TFU)

Memantau pertumbuhan dan perkembangan janin. TFU yang tidak sesuai dengan usia kehamilan bisa menandakan masalah pada janin. Masalah ini mungkin berupa pertumbuhan janin yang terhambat atau kelebihan cairan ketuban.

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

Memeriksa presentasi atau letak janin mendekati hari persalinan dengan cara meraba perut ibu hamil (palpasi) atau melalui prosedur *ultrasound* (USG). Tindakan ini bertujuan untuk memastikan bahwa posisi janin

sudah optimal untuk persalinan. Apabila posisi janin tidak normal, diperlukan tindakan khusus seperti operasi *caesar*. Pemantauan denyut jantung janin melalui USG Doppler akan menunjukkan risiko detak jantung yang tidak normal. Hal ini bisa menandakan masalah pada janin, seperti gawat janin (*fetal distress*).

6. Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan

Skrining status imunisasi tetanus adalah bagian dari pedoman 10 T untuk melindungi ibu dan bayi dari penyakit tetanus yang disebabkan oleh racun dari bakteri *Clostridium tetani*. Tenaga kesehatan akan memeriksa riwayat imunisasi ibu hamil dan memastikan bahwa ibu sudah menerima vaksin tetanus toksoid (TT). Apabila imunisasi belum lengkap, tenaga kesehatan dapat memberikan vaksin TT kepada ibu hamil untuk memberikan perlindungan yang optimal bagi ibu dan bayi.

7. Pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan

Ibu hamil perlu minum tablet tambah darah (TTD) untuk mencegah anemia serta menurunkan risiko komplikasi, seperti lahir prematur dan berat badan lahir rendah pada bayi.

8. Test laboratorium (rutin dan khusus)

Prosedur *ultrasound* atau USG kandungan dilakukan untuk memantau pertumbuhan janin dan mendeteksi kelainan yang mungkin terjadi pada janin. Pada sejumlah kasus, tes laboratorium yang terdiri dari tes darah dan tes urine bisa digunakan untuk mendeteksi komplikasi, seperti anemia, infeksi, diabetes gestasional, dan preeklampsia.

9. Tatalaksana intervensi

Pemeriksaan kehamilan menunjukkan bahwa Anda memiliki kehamilan berisiko tinggi, dokter dan tenaga kesehatan akan terlebih dahulu melakukan evaluasi menyeluruh. Hal ini bertujuan untuk menentukan risiko serta merencanakan tata laksana kasus yang sesuai. Penanganan untuk kasus kehamilan risiko tinggi terdiri dari pemantauan ketat, pemberian obat, dan edukasi tentang perawatan diri untuk mencegah komplikasi.

10. Temu wicara (konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB pasca persalinan

Sesi komunikasi antara tenaga kesehatan dan ibu hamil ini mencakup berbagai topik, meliputi nutrisi, tanda bahaya kehamilan, persiapan persalinan, dan perawatan bayi baru lahir. Konseling juga memberikan kesempatan bagi ibu hamil menyampaikan keluhan yang dialaminya dan mendapatkan solusi yang tepat. Dengan memahami dan menerapkan pedoman 10 T, diharapkan Anda bisa melalui kehamilan dengan sehat dan menyambut kelahiran buah hati dengan kondisi optimal.

2.3 PERSALINAN

Standar kunjungan sebagai berikut:

1. Pemeriksaan pertama

Pemeriksaan pertama dilakukan segera setelah diketahui terlambat haid.

2. Pemeriksaan ulang

Setiap bulan sampai umur kehamilan 6-7 bulan, setiap 2 minggu sampai kehamilan berumur 8 bulan dan setiap 1 minggu sejak umur kehamilan 8 bulan sampai terjadi persalinan. Pemeriksaan kehamilan sebaiknya dilakukan 4 kali paling sedikit selama kehamilan sebagai berikut:

a) 2 kali pada trimester ke 1 (0-12 minggu)

b) 1 kali pada trimester ke 2 (13-28 minggu)

c) 3 kali pada trimester ke 3 (>28 – 42 minggu).

2.2.10 Asuhan kebidanan

Konsep pemeriksaan kehamilan, yaitu:

1. Data subjektif

Tanyakan informasi mengenai:

a) Identitas klien dan suami: nama, usia, agama, Pendidikan terakhir, pekerjaan, alamat.

b) Keluhan utama/alasan kunjungan

c) Riwayat perkawinan: umur kawin pertama, lama perkawinan

- d) Riwayat menstruasi: menarche, siklus, lama, banyaknya, teratur tidaknya, sifat darah, disminorea tidak, HPHT, flour albus
 - e) Riwayat KB: jenis kontrasepsi yang pernah digunakan, lama pemakaian, keluhan, alasan pasang, alasan lepas
 - f) Riwayat kesehatan klien: penyakit menurun, menular, kelahiran kembar, masalah kardiovaskuler, hipertensi, diabetes, malaria, penyakit kelamin / HIV AIDS, hepatitis, TBC, riwayat kesehatan keluarga: penyakit menurun, menular, kelahiran kembar
 - g) Riwayat obstetri (G, P, A)
 - 1. Jumlah kehamilan
 - 2. Jumlah anak yang hidup
 - 3. Jumlah keguguran
 - 4. Persalinan dengan tindakan (SC, Vakum)
 - 5. Riwayat perdarahan pada persalinan dan pasca persalinan
 - 6. Berat bayi <2,5 kg atau >4 kg
 - 7. Penolong persalinan
 - 8. Masalah lain
 - h) Riwayat kehamilan sekarang: frekuensi ANC, tempat ANC, periksa sejak umur kehamilan berapa minggu, imunisasi TT, kebiasaan minum jamu / obat-obatan, minum minuman keras, merokok, pergerakan janin
 - i) Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari: nutrisi, eliminasi, personal hygiene, aktivitas, istirahat tidur, seksualitas.
 - j) Data psikososial spiritual: pengetahuan ibu tentang kehamilan, penerimaan / dukungan keluarga, ketaatan beribadah / kegiatan sosial spiritual, biaya bersalin, binatang piaraan (Shahinfar et al.,2021).
2. Data objektif
- Data objektif meliputi:
- a) Keadaan umum
 - b) Kesadaran
 - c) Tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu

- d) Berat badan sekarang
 - e) Tinggi badan
 - f) LILA
 - g) Kepala
 - h) Rambut: warnanya, kebersihannya, mudah rontok / tidak
 - i) Telinga: kebersihan, gangguan pendengaran
 - j) Mata: konjungtiva, sklera, kebersihan, kelainan, rabun jauh/dekat
 - k) Hidung: kebersihan, polip
 - l) Mulut: bibir, lidah, gigi
 - m) Leher: pemeriksaan kelenjar tyroid, limfe dan vena jugularis
 - n) Dada: bentuk, simetris / tidak, terdapat benjolan abnormal atau tidak
 - o) Perut: bentuk, bekas luka operasi, striae, linea, TFU, hasil pemeriksaan palpasi leopold, TBJ, DJJ
 - p) Ekstremitas: atas dan bawah
 - q) Genetalia.
3. Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan Laboratorium

1) Hemoglobin (Hb)

Hemoglobin adalah protein kaya zat besi yang terdapat dalam sel darah merah. Hb di cek untuk mengetahui apakah ibu kekurangan darah atau tidak. Normalnya pada ibu hamil yaitu 10-11 gr% apabila kurang dari 10% maka ibu dikatakan anemia.

2) Tes golongan darah

Hal ini diperlukan agar ibu dapat mempersiapkan pendonor saat persalinan apabila diperlukan.

3) Tes pemeriksaan urine (Albumin dan Reduksi)

Untuk mengetahui apakah ibu positif atau negative. Karena apabila hasilnya positif maka ibu memiliki resiko mengalami pre- eklamsi selama kehamilan.

4) Triple Eliminasi

Triple Eliminasi bertujuan untuk deteksi dini infeksi penyakit HIV, sifilis dan Hepatitis B pada ibu hamil dan sangat penting dilakukan oleh semua ibu hamil karena dapat menyelamatkan nyawa ibu dan anak. Pemeriksaan dapat dilakukan di Puskesmas terdekat pada kunjungan perawatan antenatal pertama, idealnya sebelum usia kehamilan 20 minggu dan untuk ibu hamil yang datang setelah 20 minggu tes skrining dan pengobatan harus dilakukan secepat mungkin.

Infeksi HIV, Sifilis dan Hepatitis B memiliki cara penularan yang hampir sama yaitu melalui hubungan seksual, darah dan mampu menularkan secara vertical dari ibu yang positif ke anak. Infeksi ketiga penyakit menular tersebut pada ibu hamil dapat mengakibatkan kematian pada ibu dan dapat menyebabkan morbiditas, kecacatan dan kematian, sehingga merugikan dan mempengaruhi kelangsungan hidup serta kualitas hidup anak (Fatimah et al, 2020).

Cara pemeriksaan dilakukan dengan pengambilan sampel darah ibu hamil oleh tenaga laboratorium yang telah terlatih, pemeriksaan tes yang digunakan adalah HIV rapid test, RPR (*Rapid Plasma Reagin*), Tp rapid (*Treponema pallidum rapid*) dan HBsAg (*Hepatitis B surface Antigen*) rapid test (Widhyasih, dkk, 2020)

b) Pemeriksaan panggul

Untuk menilai keadaan dan bentuk panggul apakah terdapat kelainan atau keadaan yang dapat menimbulkan penyulitan persalinan, apakah panggul ibu sempit atau tidak.

c) Pemeriksaan USG

Pemeriksaan USG dapat mendeteksi kematian janin, malpresentasi, abnormalitas plasenta, kehamilan kembar, dan hidramnion atau oligohidramnion (Shahinfar et al., 2021).

2.2.11 Emesis Gravidarum

1. Definisi

Emesis gravidarum adalah masalah obstetrik yang umum terjadi pada 50-80% wanita hamil selama trimester pertama yang dimulai pada pagi hari dan sering berlanjut sepanjang hari. Jika tidak diobati secara efektif dapat menyebabkan komplikasi pada kehamilan yang mempengaruhi kualitas hidup, kehamilan dan janin (Deepika, et al., 2022).

Emesis gravidarum biasanya ditemukan pada awal kehamilan dan tanda awal kehamilan ini biasanya ditemukan setelah pembuahan pada minggu kedelapan dan kedua. Aliran darah terjadi peningkatan dari hormone tiba-tiba pada kehamilan juga memicu rasa mual. Rasa mual dapat dirasakan dalam sepanjang hari baik pagi ataupun malam. Wanita hamil biasanya kehilangan nafsu makan yang menyebabkan keterbatasan asupan makanan yang diterima, akan tetapi kondisi ini lazim sehingga kesehatan janin tidak akan berpengaruh karena emesis gravidarum menandakan tubuh wanita hamil bereaksi terhadap hormone dalam kehamilan. Mual muntah biasanya menghilang pada kehamilan trimester kedua. Tiga bulan pertama atau trimester pertama hampir 50-90 persen terjadi emesis gravidarum. Pada kehamilan usia 8 minggu sampai 12 minggu lazim terjadi emesis gravidarum dan secara bertahap semakin berkurang dan di usia kehamilan 16 minggu biasanya berhenti (Yanuaringsih et al., 2020).

2. Etiologi

Penyebab atau gejala Emesis gravidarum belum diketahui secara pasti, namun beberapa penyebab yang menimbulkan gejala ini antara lain:

- a. Meningkatnya kadar sirkulasi hormon estrogen dalam tubuh.
Kadar hormon estrogen dalam tubuh umumnya akan meningkat pada masa kehamilan.
- b. Kadar gula dalam darah yang rendah (hipoglicemia) yang disebabkan penyerapan energi yang dilakukan oleh plasenta.

- c. Meningkatnya kadar hormon HCG. Meskipun tidak terkait secara langsung, peningkatan hormon ini memacu peningkatan hormon estrogen sehingga menimbulkan gejala emesis gravidarum.
- d. Meningkatnya sensitivitas terhadap bau.
- e. Peningkatan kadar bilirubin yang disebabkan karena meningkatnya kadar enzim dalam hati.

Puncak Emesis gravidarum terjadi pada usia 9-12 minggu kehamilan, dan akan membaik ketika masuk minggu ke 16. Pada muntah hebat yang berlangsung terus - menerus, lakukan pemeriksaan kedokter sehingga tubuh tidak kehabisan cairan.

Menurut penelitian oleh Clark et al. (2021) menunjukkan bahwa perubahan kadar hormon seperti estrogen dan progesteron selama kehamilan dapat mempengaruhi sistem saraf pusat dan mengganggu keseimbangan neurotransmitter, yang pada akhirnya dapat berkontribusi pada munculnya emesis gravidarum.

Faktor lingkungan dan pola makan juga dapat berpengaruh terhadap timbulnya emesis gravidarum. Menurut penelitian oleh Anderson et al. (2021) mengindikasikan bahwa paparan zat kimia tertentu dalam lingkungan sekitar atau dalam makanan dapat memicu respons mual pada ibu hamil yang rentan. Pola makan yang tidak seimbang atau konsumsi makanan tertentu juga dapat berperan dalam munculnya gejala emesis gravidarum.

3. Faktor yang Mempengaruhi Emesis Gravidarum

a. Hormonal Mual dan Muntah

Menurut Johnson et al. (2021) menemukan bahwa fluktuasi hormon seperti estrogen dan HCG dapat mempengaruhi aktivitas sistem saraf pusat yang mengendalikan mual dan muntah. Selain itu, menurut penelitian oleh Martinez dan Brown (2022) mengaitkan perubahan kadar hormon dengan reseptor mual dalam saluran pencernaan.

b. Faktor Psikologi

Stres psikologis juga dapat mempengaruhi terjadinya emesis

gravidarum. Menurut penelitian Clark et al. (2023) menunjukkan bahwa tingkat stres yang tinggi pada ibu hamil dapat memicu respons mual melalui pengaruh sistem saraf otonom. Faktor-faktor psikososial seperti kecemasan dan depresi juga telah dikaitkan dengan peningkatan risiko emesis gravidarum.

c. Masalah pekerjaan

Perjalanan ketempat kerja yang mungkin terburu-buru di pagi hari tanpa waktu yang cukup untuk sarapan dapat menyebabkan mual dan muntah. Tergantung pada sifat pekerjaan wanita, aroma, zat kimia, atau lingkungan dapat menambahkan rasa mual wanita dan menyebabkan muntah. Merokok terbukti memperburuk gejala mual dan muntah, tetapi tidak jelas apakah ini disebabkan oleh efek olfaktorius (penciuman) atau efek nutrisi, atau apakah dapat dibuat asumsi mengenai hubungan antara kebiasaan praktik dan distress psiko emosional. Tentu saja banyak wanita yang mengalami mual dan muntah akan membeinci bau asap rokok dan tembakau.

d. Status Gravida

Pada sebagian besar primigravida belum mampu beradaptasi dengan hormon estrogen dan koreionik gonadotropin sehingga lebih sering terjadi emesis gravidarum. Sedangkan pada multigravida dan grandis multigravida sudah mampu beradaptasi dengan hormon estrogen dan koreionik gonadotropin karena sudah mempunyai pengalaman terhadap kehamilan dan melahirkan. Pada primigravida menunjukkan kurangnya pengetahuan, informasi dan komunikasi yang buruk antara wanita dan pemberi asuhannya turut memengaruhi persepsi wanita tentang gejala mual dan muntah.

e. Gaya Hidup dan Pola Makan

Gaya hidup dan pola makan juga dapat memainkan peran dalam mual dan muntah selama kehamilan. Menurut Anderson et al. (2020) mengungkapkan bahwa asupan makanan tertentu, seperti

makanan berlemak atau pedas, dapat memicu gejala emesis gravidarum. Selain itu, pola makan yang tidak teratur atau kurangnya istirahat juga dapat berkontribusi pada timbulnya gejala tersebut.

4. Patofisiologi Emesis Gravidarum

Terjadinya kehamilan menimbulkan perubahan hormonal pada wanita karena terdapat peningkatan hormon estrogen, progesterone dan tingginya kadar HCG (*Human Chorionic Gonadotropin*) yang dihasilkan oleh plasenta yang berkembang. HCG merupakan penyebab kejadian emesis gravidarum dengan bekerja pada *Chemoreceptor Trigger Zone* pusat muntah melalui rangsangan terhadap otot dari poros lambung, akibatnya tubuh ibu semakin lemah, pucat, dan frekuensi buang air kecil menurun drastis sehingga cairan tubuh berkurang dan darah menjadi kental (*hemokonsentrasi*) sehingga melambatkan peredaran darah yaitu oksigen dan jaringan sehingga dapat menimbulkan kerusakan jaringan yang dapat membahayakan kesehatan ibu dan perkembangan janin yang dikandungnya dan dapat melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah.

Mekanisme mual dan muntah merupakan rantai panjang yang dikendalikan oleh keseimbangan antara dopamin, serotonin, histamin, dan asetilkolin. Penurunan serotonin dalam darah akan meningkatkan terjadinya mual dan muntah. Fungsi serotonin dan niasin ini adalah mencegah berlangsungnya mual dan muntah secara berlebihan yang dapat mengganggu keseimbangan elektrolit, dehidrasi, dengan manifestasi klinisnya sebagai emesis gravidarum dan dapat berlanjut menjadi hiperemesis gravidarum.

5. Dampak Emesis gravidarum

Emesis gravidarum dalam keadaan normal tidak banyak menimbulkan efek negatif, hanya saja apabila emesis gravidarum berkelanjutan menjadi hiperemesis gravidarum akan membawa resiko yang terjadi gangguan pada kehamilan yaitu sebagai berikut :

- a. Muntah yang terus-menerus disertai dengan kurang minum yang berkepanjangan dapat menyebabkan dehidrasi.
 - b. Pasien akan mengalami syok
 - c. Menghambat tumbuh kembang janin
 - d. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit seperti penurunan kadar natrium, klor, dan kalium, sehingga terjadi keadaan alkalosis metabolik hipokloremik disertai hyponatremia dan hipokalemia. Cadangan karbohidrat dalam tubuh ibu akan habis terpakai untuk pemenuhan kebutuhan energi jaringan.
 - e. Robekan pada selaput jaringan esophagus dan lambung dapat terjadi bila mual muntah terlalu sering.
6. Perbedaan Emesis Gravidarum dan Hyperemesis Gravidarum

Tabel 2.2 Perbedaan Emesis Gravidarum dan Hyperemesis Gravidarum

Emesis Gravidarum	Hyperemesis Gravidarum
1. Suatu keadaan mual yang terkadang disertai muntah (frekuensi kurang dari 5x dalam sehari).	1. Suatu keadaan mual dan muntah pada kehamilan yang menetap dengan frekuensi lebih dari 5x dalam sehari
2. Tidak mengganggu aktivitas sehari-hari	2. Menimbulkan komplikasi (ketunoria, dehidrasi, hipokalemia, penurunan berat badan)
3. Tidak menimbulkan komplikasi patologis	

7. Penanganan

a. Non Farmakologi

- 1) Melakukan pengaturan pola makan yaitu dengan memodifikasi jumlah dan ukuran makanan. Makan dengan jumlah kecil dan minum cairan yang mengandung elektrolit atau suplemen.
- 2) Makan makanan yang mengandung tinggi karbohidrat dan protein yang membantu mengatasi rasa mual. Banyak mengonsumsi buah dan sayuran serta makanan tinggi karbohidrat seperti roti, kentang, biskuit dan sebagainya.

- 3) Hindari makanan yang berlemak, berminyak dan pedas yang akan memperburuk rasa mual
- 4) Tidak terburu - buru terbangun, cobalah duduk terlebih dahulu baru perlahan bangun.
- 5) Menghindari ketegangan yang dapat meningkatkan stress dan mengganggu istirahat tidur
- 6) Minum air jahe untuk mengurangi mual dan muntah secara signifikan karena dapat meningkatkan motilitas saluran cerna
- 7) Minum air yang cukup untuk menghindari dehidrasi akibat muntah. Menghindari kopi/kafein selain menimbulkan mual, juga memiliki efek merugikan untuk janin.
- 8) Edukasi pada ibu hamil bahwa hamil muda selalu dapat disertai mual muntah. Mual muntah akan berangsur berkurang sampai umur kehamilan 4 bulan.

b. Farmakologi

- 1) Vitamin yang diperlukan
 - a. Vitamin B kompleks dosis 3x1
 - b. Vitamin B6 dengan dosis 3x1 sebagai vitamin dan anti muntah

2.3 PERSALINAN

2.3.1 Definisi

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan atau dengan kekuatan sendiri (Rosyati, 2021). Persalinan adalah proses membuka dan menutupnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir (Saifuddin, 2021).

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Saifuddin, 2021).

2.3.2 Jenis Persalinan

1. Persalinan spontan, yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut.
2. Persalinan buatan, bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar misalnya ekstraksi forceps, atau dilakukan operasi Sectio Caesaria.
3. Persalinan anjuran, persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin.

2.3.3 Tanda Awal Persalinan

1. Lightening

Lightening yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul (PAP) terutama pada primi para. Lightening yang dimulai dirasa kira - kira dua minggu sebelum persalinan adalah penurunan bagian presentasi bayi ke dalam pelvis minor. Pada presentasi sefalik, kepala bayi biasanya menancap setelah lightening. Wanita sering menyebut lightening sebagai "kepala bayi sudah turun". Hal-hal spesifik berikut akan membantu ibu (Apriliani et al., 2021; Hindmarsh & Davis, 2021).

- 1) Ibu jadi sering berkemih karena kandung kemih ditekan sehingga ruang yang tersisa untuk ekspansi berkurang.
- 2) Perasaan tidak nyaman akibat tekanan panggul yang menyeluruh, yang membuat ibu merasa tidak enak dan timbul sensasi terus-menerus bahwa sesuatu yang perlu dikeluarkan atau ia perlu defekasi.
- 3) Kram pada tungkai, yang disebabkan oleh tekanan foramen ischiadicum mayor dan menuju ke tungkai.
- 4) Peningkatan statis vena yang menghasilkan edema dependen akibat tekanan bagian presentasi pada pelvis minor menghambat aliran balik darah dari ekstremitas bawah

2. Perubahan serviks

Mendekati persalinan, serviks semakin "matang". Kalau tadinya selama masa hamil, serviks dalam keadaan menutup, panjang dan lunak, sekarang serviks masih lunak dengan konsistensi seperti pudding, dan

mengalami sedikit penipisan (effacement) dan kemungkinan sedikit dilatasi. Evaluasi kematangan serviks akan tergantung pada individu wanita dan paritasnya sebagai contoh pada masa hamil. Serviks ibu multipara secara normal mengalami pembukaan 2 cm. sedangkan pada primigravida dalam kondisi normal serviks menutup. Perubahan serviks diduga terjadi akibat peningkatan instansi kontraksi Braxton Hicks. Serviks menjadi matang selama periode yang berbeda-beda sebelum persalinan. Kematangan serviks mengindikasikan kesiapannya untuk persalinan (Tickle et al., 2021).

3. Persalinan palsu

Persalinan palsu terdiri dari kontraksi uterus yang sangat nyeri, yang memberi pengaruh signifikan terhadap serviks. Kontraksi pada persalinan palsu sebenarnya timbul akibat kontraksi Braxton Hicks yang tidak nyeri, yang telah terjadi sejak sekitar enam minggu kehamilan. Bagaimanapun, persalinan palsu juga mengindikasikan bahwa persalinan sudah dekat

4. Ketuban pecah dini

Pada kondisi normal, ketuban pecah pada akhir kala I persalinan. Apabila terjadi sebelum waktu persalinan, kondisi itu disebut Ketuban Pecah Dini (KPD). Hal ini dialami oleh sekitar 12% wanita hamil. Kurang lebih 80% wanita yang mendekati usia kehamilan cukup bulan dan mengalami KPD mulai mengalami persalinan spontan mereka pada waktu 24 jam

5. Bloody show

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

6. Lonjakan energi

Kadang saat persalinan tiba – tiba ada lonjakan energi yang menyebabkan Ibu bersalin merasa ingin mengejan kuat.

7. Gangguan saluran cerna

Pada ibu bersalin, karena ada factor kontraksi menyebabkan ibu merasa ingin BAB, dan ada kalanya merasa ingin BAK karena sypphis teras ndangkol.

2.3.4 Tanda Dan Gejala Inpartu

Tanda dan gejala inpartu, yaitu:

- a. Kekuatan his bertambah, makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi makin pendek sehingga menimbulkan rasa sakit yang lebih hebat
- b. Keluar lendir dan darah lebih banyak
- c. Kadang ketuban pecah dengan sendirinya
- d. Pada pemeriksaan dalam serviks mulai mendatar dan pembukaan lengkap

2.3.5 Faktor – Faktor Persalinan

Adapun faktor-faktor lain yang mempengaruhi persalinan sebagai berikut:

a. *Power* (kekuatan)

Power adalah tenaga atau kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan tersebut meliputi his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligamen, dengan kerjasama yang baik dan sempurna dan tenaga mengejan.

b. *Passager* (isi kehamilan)

Passager yaitu faktor janin, yang meliputi sikap janin, letak, presentasi, bagian terbawah, dan posisi janin.

c. *Passage* (jalan lahir)

Passage yaitu jalan lahir, dibagi menjadi bagian keras yaitu tulang-tulang panggul (rangka panggul) dan bagian lunak yaitu otot - otot, jaringan-jaringan dan ligamen-ligamen.

d. *Psikologikal respon* (respon psikologi)

Keadaan psikologi ibu memengaruhi proses persalinan. Dukungan mental berdampak positif bagi keadaan psikis ibu, yang berpengaruh pada kelancaran proses persalinan.

e. *Physician* (Penolong)

Dengan pengetahuan dan kompetensi yang baik yang dimiliki penolong, diharapkan kesalahan atau malpraktik dalam memberikan asuhan tidak terjadi sehingga memperlancar proses persalinan

2.3.6 Mekanisme persalinan

a. *Engagement*

Terjadi ketika bagian terbawah janin memasuki rongga panggul. Pada primigravida engagement sering terjadi sebelum awal persalinan sedangkan pada multigravida tidak terjadi sampai setelah persalinan dimulai.

b. *Descent* atau penurunan

Terjadi ketika bagian terbawah janin sudah melewati panggul. Descent terjadi akibat 3 kekuatan yaitu tekanan dari cairan amnion, kontraksi fundus pada janin dan kontraksi diafragma serta otot-otot abdomen pada saat persalinan

c. *Fleksi*

Segara setelah bagian terbawah janin yang turun tertahan oleh serviks, dinding panggul atau dasar panggul. Keadaan normal fleksi terjadi dengan dagu didekatkan ke arah dada janin

d. Putar paksi dalam (*internal rotation*)

Dimulai pada bidang setinggi spina ischiadika. Setiap kontraksi kepala janin diarahkan ke bawah lengkung pubis dan kepala berputar saat mencapai otot panggul

e. *Ekstensi*

Saat kepala janin mencapai perineum, kepala akan defleksi ke arah anterior oleh perineum. Mula-mula oksiput melewati permukaan bawah simfisis pubis, kemudian kepala keluar mengikuti sumbu jalan lahir akibat ekstensi

f. Putaran paksi luar (*external rotation*)

Terjadi ketika kepala lahir dengan oksiput anterior, bahu memutar secara internal sehingga sejajar dengan diameter anteroposterior panggul.

g. Ekspulsi

Setelah bahu keluar, kepala dan bahu diangkat ke atas tulang pubis ibu dan badan bayi dikeluarkan dengan gerakan fleksi lateral ke arah simfisis pubis

2.3.7 Tahapan Persalinan

Tahapan Persalinan persalinan dibagi menjadi 4 kala, yaitu:

a. Kala I

Persalinan yang dimulai sejak adanya his yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) yang menyebabkan pembukaan, sampai serviks membuka lengkap (10 cm). Kala I terdiri dari dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

1. Fase laten

Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan pembukaan sampai pembukaan 3 cm. Pada umumnya berlangsung 8 jam.

2. Fase aktif dibagi menjadi 3 fase, yaitu:

a) Fase akselerasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

b) Fase dilatasi maksimal, dalam waktu 2 jam pembukaan serviks berlangsung cepat dari 4 cm menjadi 9 cm

c) Fase deselerasi

Pembukaan serviks menjadi lambat, dalam waktu 2 jam dari pembukaan 9 menjadi 10 cm. Pada primipara, berlangsung selama 12 jam dan pada multipara sekitar 8 jam. Kecepatan pembukaan serviks 1 cm/jam (primipara) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara). Pada kala I, kita melakukan pemantauan persalinan menggunakan partograf.

b. Kala II

Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut sebagai

kala pengeluaran bayi. Tanda pasti kala II (dua) ditentukan melalui pemeriksaan dalam yang hasilnya adalah :

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

Proses kala II berlangsung 2 jam pada primipara dan 1 jam pada multipara. Dalam kondisi yang normal pada kala II kepala janin sudah masuk dalam dasar panggul, maka pada saat his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflek menimbulkan rasa menceda. Wanita merasa adanya tekanan pada rektum dan seperti akan buang air besar (Cummins et al., 2020).

- c) Tekanan pada rectum, anus membuka dan ibu merasa ingin BAB

Kemudian perineum mulai menonjol dan melebar dengan membukanya anus. Labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak di vulva saat ada his. Jika dasar panggul sudah berelaksasi, kepala janin tidak masuk lagi diluar his. Dengan kekutan his dan menceda maksimal kepala dilahirkan dengan suboksiput dibawah simpisis dan dahi, muka, dagu, melewati perineum. Setelah his istirahat sebentar, maka his akan mulai lagi untuk mengeluarkan anggota badan bayi (Desalew et al., 2020).

Perubahan fisiologis kala II yakni:

- a) Kontraksi uterus

Kontraksi yang bersifat berkala dan yang harus di perhatikan adalah lamanya kontraksi berlangsung 60-90 detik, kekuatan kontraksi, kekuatan kontraksi secara klinis ditentukan dengan mencoba apakah jari kita dapat menekan dinding rahim ke dalam, interval antara kedua kontraksi pada kala pengeluaran sekali dalam 2 menit (Rosyati, 2021).

- b) Perubahan uterus

Dalam persalinan perbedaan SAR (Segmen Atas Rahim) dan SBR (Segmen Bawah Rahim) akan tampak lebih jelas, dimana SAR dibentuk oleh korpus uteri dan bersifat memegang peranan aktif

(berkontraksi) dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan, dengan kata lain SAR mengadakan suatu kontraksi menjadi tebal dan mendorong anak keluar. Sedangkan SBR dibentuk oleh isthimus uteri yang sifatnya memegang peranan pasif dan makin tipis dengan majunya persalinan (disebabkan karena regangan), dengan kata lain SBR dan serviks mengadakan relaksasi dan dilatasi.

c) Perubahan serviks

Perubahan pada serviks pada kala II ditandai dengan pembukaan lengkap, pada pemeriksaan dalam tidak teraba lagi bibir portio, Segmen Bawah Rahim (SBR), dan serviks

d) Perubahan vagina dan dasar panggul

Setelah pembukaan lengkap dan ketuban telah pecah terjadi perubahan, terutama pada dasar panggul yang diregangkan oleh bagian depan janin sehingga menjadi saluran yang dinding - dindingnya tipis karena suatu regangan dan kepala sampai di vulva, lubang vulva menghadap ke depan atas dan anus, menjadi terbuka, perineum menonjol dan tidak lama kemudian kepala janin tampak pada vulva.

c. Kala III

Persalinan kala III dimulai segera setelah bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta serta selaput ketuban yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar secara spontan atau dengan tekanan dari fundus uteri (Rosyati, 2021).

1. Fisiologi Kala III

Terbagi dalam dua tahap pada kelahiran plasenta, yaitu terlepasnya plasenta dari implantasinya pada dinding uterus dan pengeluaran plasenta dari dalam kavum uteri. Setelah bayi lahir, uterus masih mengadakan kontraksi yang mengakibatkan penciutan permukaan kavum uteri tempat implantasi plasenta. Oleh karena tempat implantasi plasenta menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran

plasenta tidak berubah, maka plasenta akan menekuk, menebal, kemudian dilepaskan dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau bagian atas vagina.

2. Tanda – Tanda Lepasnya Plasenta

- a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus
- b) Tali pusat memanjang
- c) Semburan darah mendadak

3. Metode Pelepasan Plasenta

a) Metode Ekspulsi *Schultze*

Pelepasan ini dapat di mulai dari tengah atau dari pinggir plasenta, ditandai oleh makin panjang keluarnya tali pusat dari vagina tanpa adanya perdarahan per vaginam

b) Metode Ekspulsi Matthew-Duncan

Ditandai oleh adanya perdarahan dari vagina apabila plasenta mulai terlepas, umumnya perdarahan tidak melebihi 400 ml lebih besar kemungkinan pada implantasi lateral.

4. Cara Pengecekan Plasenta

a) Perasat *Kustner*

Tali pusat diregangkan atau ditarik sedikit, tangan ditekankan diatas simfisis. Bila tali pusat masuk kembali, berarti plasenta belum lepas.

b) Perasat *Strassman*

Tali pusat diregangkan, ditarik sedikit sambil tangan mengetok-ngetok fundus uteri. Bila terasa getaran pada tali pusat yang diregangkan, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus.

c) Perasat *Klein*

Pasien diminta mengedan, sehingga tali pusat ikut turun atau memanjang. Bila pengedanan dihentikan dan tali pusat masuk kembali ke dalam vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus.

5. Manajemen Aktif Kala III

- a) Pemberian suntikan oksitosin

- b) Melakukan peregangan tali pusat terkendali
 - c) Pemijatan atau masase fundus uteri
- d. Kala IV
- Persalinan Kala IV persalinan dimulai setelah lahirnya plasenta sampai 2 jam postpartum. Pokok penting yang harus diperhatikan pada kala IV antara lain:
- a) Kontraksi uterus harus baik
 - b) Tidak ada perdarahan pervaginam atau dari alat genital lain
 - c) Plasenta dan selaput ketuban harus sudah lahir lengkap
 - d) Kandung kencing harus kosong
 - e) Luka-luka di perineum harus dirawat dan tidak ada hematoma
 - f) Resume keadaan umum bayi,
 - g) Resume keadaan umum ibu

Observasi yang harus dilakukan pada kala IV:

- a) Tingkat kesadaran
- b) Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi dan Pernapasan
- c) Kontraksi uterus
- d) Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc.

Asuhan dan pemantauan pada kala IV:

- a) Lakukan rangsangan taktil (seperti pemijatan) pada uterus, untuk merangsang uterus berkontraksi
- b) Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang antara pusat dan fundus uteri
- c) Perkirakan kehilangan darah secara keseluruhan.
- d) Periksa perineum dari perdarahan aktif (misalnya apakah ada laserasi atau episiotomi).
- e) Evaluasi kondisi ibu secara umum.
- f) Dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama kala IV persalinan di halaman belakang partograf segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan (Foster et al., 2021).

2.3.8 Partograf

1. Definisi

Partograf adalah alat untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam menentukan keputusan dalam penatalaksanaan (Hindmarsh & Davis, 2021).

2. Tujuan

Tujuan Utama dari penggunaan Partograf Adalah:

- 1) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.
- 2) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal.
- 3) Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik, dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir (Apriliani et al., 2021).

3. Pencatatan selama kala I persalinan

a. Pencatatan selama fase laten

Fase laten ditandai dengan pembukaan serviks 1-3 cm. Selama fase laten persalinan. Semua asuhan, pengamatan, dan pemeriksaan harus dicatat terpisah dari partograf, yaitu pada catatan atau kartu menuju sehat (KMS) ibu hamil. Tanggal dan waktu harus dituliskan setiap kali membuat catatan selama fase laten persalinan dan semua asuhan serta intervensi harus dicatat. Waktu penilaian, kondisi ibu, dan kondisi janin pada fase laten meliputi:

- 1) Denyut jantung janin, frekuensi dan lama kontraksi uterus, nadi setiap 1 jam
- 2) Pembukaan serviks, penurunan kepala, tekanan darah, dan suhu setiap 4 jam.
- 3) Produksi urine, aseton, dan protein setiap 2 sampai 4 jam. Apabila ditemui tanda penyulit, penilaian kondisi ibu dan bayi harus lebih sering dilakukan.

b. Pencatatan selama fase aktif

Fase aktif ditandai dengan pembukaan serviks 4-10 cm. Selama fase aktif persalinan, pencatatan hasil observasi dan pemeriksaan fisik dimasukkan ke dalam partograf. Pencatatan tersebut meliputi hal-hal sebagai berikut:

1) Informasi tentang ibu

Nama, umur, gravida, para, abortus, nomor catatan medis atau nomor puskesmas, tanggal dan waktu mulai dirawat, waktu pecah selaput ketuban.

2) Kondisi janin

Denyut jantung janin setiap 30 menit, warna dan adanya air ketuban, dan penyusupan (molase) kepala janin.

3) Kemajuan persalinan

Pembukaan serviks setiap 4 jam, penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin, garis waspada

4) Jam dan waktu

Waktu mulai fase aktif persalinan dan waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian.

5) Kontraksi uterus

Frekuensi dan lamanya

6) Obat dan cairan yang diberikan

Oksitosin, obat lainnya dan cairan IV yang diberikan

7) Kondisi ibu

Nadi, tekanan darah, suhu, dan urin (Volume, aseton atau protein)

8) Asuhan, pengamatan dan keputusan klinik lainnya

4. Pencatatan temuan pada partograf

Kondisi ibu dan bayi juga harus dinilai dan dicatat dengan seksama yaitu:

a) Denyut Jantung Janin (DJJ)

Menilai dan mencatat setiap 30 menit (lebih sering, jika ada tanda gawat janin. Kisaran normal DJJ terpajan pada partograf di antara garis tebal angka 180 dan 100. Akan tetapi, penolong harus sudah waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160.

b) Warna dan adanya air ketuban

Air ketuban dinilai setiap melakukan pemeriksaan dalam, selain warna air ketuban, jika pecah. Catat temuan dalam kotak yang sesuai di bawah lajur DJJ dan gunakan lambang berikut:

U Ketuban utuh (belum pecah)

J Ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih

M Ketuban sudah pecah dan air ketuban campur meconium

D Ketuban sudah pecah dan air ketuban campur darah

K Ketuban sudah pecah dan air ketuban kering

c) *Molase* (penyusupan kepala janin)

Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kapala bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras panggul ibu. Tulang kepala yang saling menyusup menunjukkan kemungkinan adanya disproporsi tulang panggul (*Cephalopelvic Disproportionate*, CPD). Nilai penyusupan kepala janin dengan menggunakan lambang berikut ini:

0 Tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dipalpasi

1 Tulang-tulang kepala janin saling bersentuhan

2 Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih. namun masih dapat dipisahkan

3 Tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

d) Kemajuan Persalinan

Kolom dan lajur pada partograf adalah pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 pada tepi kolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks. Skala angka 1-5 juga menunjukkan seberapa jauh penurunan janin. Masing-masing kotak di bagian ini menyatakan waktu 30 menit.

e) Pembukaan *serviks*

Penilaian dan pencatatan pembukaan serviks dilakukan setiap 4 jam (lebih sering, jika terdapat tanda penyulit). Beri tanda untuk temuan pemeriksaan dalam yang dilakukan pertama kali selama fase aktif

persalinan di garis waspada.

f) Penurunan bagian terbawah atau presentasi janin

Penurunan kepala bayi harus selalu diperiksa dengan memeriksa perut ibu sesaat sebelum periksa dalam dengan ukuran perlimaan di atas pintu atas panggul (PAP). Beri tanda “o” pada garis waktu yang sesuai pada garis tidak terputus dari 0-5 yang tertera di sisi yang sama dengan pembukaan serviks.

g) Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik dengan pembukaan lengkap yang diharapkan terjadi jika laju pembukaan 1 cm per jam. Apabila pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada, penyulit yang ada harus dipertimbangkan (fase aktif memanjang, macet, dll.)

h) Jam dan waktu

1) Waktu mulai fase aktif persalinan. Bagian bawah partograf (pemeriksaan serviks dan penurunan kepala janin) tertera kotak-kotak yang diberi angka 1-16. Setiap kotak menyatakan waktu satu jam sejak dimulai fase aktif persalinan.

2) Waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan. Setiap kotak menyatakan satu jam penuh dan berkaitan dengan dua kotak waktu tiga puluh menit pada lajur kotak di atasnya atau lajur kontraksi di bawahnya. Saat ibu masuk dalam fase aktif persalinan catat pembukaan serviks di garis waspada

i) Kontraksi uterus

Terdapat lima lajur kotak dengan tulisan “kontraksi setiap 10 menit” disebelah luar kolom paling kiri di bawah lajur waktu partograf. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lama satuan detik >40 detik

j) Obat dan cairan yang diberikan

Oksitosin, obat lain dan cairan IV

k) Kesehatan dan kenyamanan ibu

- 1) Nadi, tekanan darah, dan temperatur tubuh. Catat dan nilai nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan. Beri tanda titik (.) pada kolom waktu yang sesuai. nilai tekanan darah ibu dan catat setiap 4 jam selama fase aktif persalinan. Nilai dan catat juga temperatur tubuh ibu setiap 2 jam dan catat temperature tubuh dalam kotak yang sesuai
- 2) Volume urine, protein atau aseton. Ukur dan catat jumlah produksi urine ibu sedikitnya setiap 2 jam. Apabila memungkinkan, setiap kali ibu berkemih, lakukan pemeriksaan aseton atau protein dalam urine.

l) Asuhan, pengamatan dan keputusan klinik

Catat semua asuhan lain serta hasil pengamatan, dan keputusan klinik di sisi luar kolom partograf, atau buat catatan terpisah tentang kemajuan persalinan. Cantumkan juga tanggal dan waktu saat membuat catatan persalinan

m) Pencatatan pada lembar belakang partograph

- 1) Data atau informasi umum
- 2) Kala I-IV

2.3.9 Asuhan Persalinan Normal

Asuhan Persalinan Normal adalah penatalaksanaan ibu bersalin secara bersih aman dengan penanganan proaktif dalam persiapan dan pencegahan infeksi. Persalinan yang bersih dan aman serta pencegahan infeksi secara proaktif selama dan pasca persalinan terbukti mampu mengurangi angka kesakitan dan kematian ibu bersalin dan bayi baru lahir. Asuhan Persalinan Normal (APN) sebagai paradigma baru pada pertolongan persalinan sangat memberi manfaat kepada ibu karena didasari oleh langkah-langkah standar kerja (Rosanti, Indah, 2021).

Prosedur ini dilakukan dengan 60 langkah asuhan persalinan normal (APN) dengan prinsip dasar asuhan sayang ibu sebagai berikut:

- 1) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala II.
- 2) Memastikan kelengkapan alat, bahan, dan obat.

- 3) Memakai APD (Alat Perlindungan Diri).
- 4) Melepaskan perhiasan dan cuci tangan.
- 5) Memakai satu sarung tangan steril untuk pemeriksaan dalam.
- 6) Memasukkan oksitosin 10 IU ke dalam spuit dan diletakkan dalam partus set.
- 7) Membersihkan vulva dan perineum menggunakan kapas atau kassa steril.
- 8) Melakukan pemeriksaan dalam.
- 9) Memasukkan sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%.
- 10) Memeriksa DJJ pada akhir kontraksi untuk memastikan DJJ dalam batas normal.
- 11) Memberitahukan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan janin dalam keadaan baik serta memposisikan ibu dengan nyaman.
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan ibu posisi meneran dengan setengah duduk ketika terasa kenceng-kenceng.
- 13) Memimpin ibu untuk meneran saat ada keinginan untuk meneran.
- 14) Meletakkan handuk bersih di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- 15) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
- 16) Membuka tutup partus set, mengecek kelengkapan alat dan bahan.
- 17) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
- 18) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan sambil bernapas cepat dan dangkal.
- 19) Menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kassa atau kain bersih dengan lembut.
- 20) Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi.
- 21) Menunggu bayi melakukan putaran paksi luar.

- 22) Melahirkan bahu bayi dengan memegang kepala bayi secara biparietal dan menganjurkan ibu untuk meneran.
- 23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Menyangga tubuh bayi dengan lengan bawah dan menggunakan lengan atas untuk mengendalikan siku dan tangan anterior.
- 24) Menelusurkan tangan yang ada diatas dari punggung ke arah kaki bayi dan memegang kedua mata kaki bayi untuk membantu kelahiran kaki.
- 25) Menilai bayi dengan cepat dan diletakkan diatas perut ibu dengan posisi kepala lebih rendah.
- 26) Membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan melakukan kontak antara ibu dan bayi.
- 27) Menjepit tali pusat.
- 28) Memegang tali pusat dengan 1 tangan dan memotong tali pusat diantara 2 klem tersebut.
- 29) Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah, dan menyelimuti bayi, menutupi bagian kepala, serta membiarkan tali pusat terbuka.
- 30) Meletakkan bayi di dada ibu dan menganjurkan pemberian ASI.
- 31) Melakukan palpasi abdomen untuk mengecek kemungkinan bayi kedua.
- 32) Memberitahukan kepada ibu bahwa ia akan disuntik.
- 33) Memberi suntikan oksitosin 10 IU IM setelah 2 menit bayi lahir.
- 34) Memindahkan klem pada tali pusat.
- 35) Melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus dengan meletakkan 1 tangan diatas kain yang ada di perut ibu. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan lain.
- 36) Melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat saat uterus berkontraksi. Melakukan penekanan berlawanan arah dengan menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial).

- 37) Meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah kemudian ke atas mengikuti kurva jalan lahir.
- 38) Melahirkan plasenta saat sudah nampak di introitus vagina.
- 39) Melakukan massase uterus segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir.
- 40) Memeriksa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh.
- 41) Meletakkan plasenta ke dalam wadah.
- 42) Mengevaluasi adanya laserasi.
- 43) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik.
- 44) Mencelupkan tangan ke dalam larutan klorin 0,5%.
- 45) Menempatkan klem tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
- 46) Melepaskan klem tali pusat dan meletakkan dalam klorin 0,5%.
- 47) Menyelimuti bayi dan menutupi bagian kepalanya.
- 48) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
- 49) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan.
- 50) Mengajarkan kepada ibu dan keluarga cara melakukan massase dan memeriksa kontraksi uterus.
- 51) Mengevaluasi jumlah kehilangan darah.
- 52) Memeriksa tekanan darah, nadi, dan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan, serta memeriksa suhu ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pascapersalinan.
- 53) Mendekontaminasi peralatan dalam larutan klorin 0,5%.
- 54) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi.
- 55) Membersihkan ibu dan mengganti pakaian yang bersih dan kering.
- 56) Memastikan ibu nyaman, membantu ibu memberikan ASI, dan menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu makan dan minum.
- 57) Mendekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
- 58) Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%.
- 59) Mencuci alat dan mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 60) Melengkapi partograf.

2.3.10 Kebutuhan dasar ibu bersalin

a) Dukungan fisik dan psikologis

Ada lima kebutuhan dasar bagi wanita dalam persalinan menurut Lesse dan Keane ialah:

- 1) Asuhan fisik dan psikologis
- 2) Kehadiran seorang pendamping secara terus menerus
- 3) Pengurangan rasa sakit
- 4) Penerimaan atas sikap dan perilakunya
- 5) Informasi dan kepastian tentang hasil persalinan yang aman

b) Kebutuhan makanan dan cairan

Makanan padat tidak boleh diberikan selama persalinan aktif, oleh karena makan padat lebih lama tinggal dalam lambung dari pada makanan cair, sehingga proses pencernaan lebih lambat selama persalinan. Pasien dapat diberikan banyak minum segar (jus buah, sup) selama persalinan

c) Kebutuhan eliminasi

Kandung kemih harus dikosongkan setiap 2 jam selama proses persalinan, bila pasien mengatakan ingin BAB bidan harus memastikan kemungkinan adanya tanda dan gejala masuk pada kala II.

d) Posisi dalam persalinan

1) Posisi berbaring miring



Gambar 2.2 Posisi Miring

Keuntungan posisi berbaring miring yaitu kontraksi uterus lebih efektif, memudahkan bidan dalam memberikan pertolongan persalinan, karena tidak terlalu menekan, proses pembukaan akan berlangsung secara perlahan-lahan sehingga persalinan berlangsung lebih nyaman. Sedangkan kerugian posisi ini adalah memerlukan bantuan untuk memegang paha kanan ibu.

2) Jongkok



Gambar 2.3. Posisi Jongkok dan Berdiri

Keuntungan dari posisi jongkok dalam persalinan yakni memperluas rongga panggul, diameter transversa bertambah 1 cm dan diameter anteroposterior bertambah 2 cm. Proses persalinan lebih mudah, serta mengurangi trauma pada perineum. Sedangkan kerugian dari posisi ini yakni memungkinkan timbul cedera pada kepala bayi, karena tubuh bayi yang berada di jalan lahir bisa meluncur dengan cepat. Untuk menghindari cedera, biasanya ibu berjongkok di atas bantalan empuk yang berguna menahan kepala.

3) Posisi merangkak



Gambar 2.4 Posisi Merangkak

Keuntungan dari posisi merangkak yakni posisi paling baik bagi ibu yang mengalami nyeri punggung saat persalinan, mengurangi rasa sakit serta mengurangi keluhan hemoroid.

4) Posisi duduk



Gambar 2.5 Posisi Duduk

Keuntungan posisi ini yakni memanfaatkan gaya gravitasi untuk membantu turunnya bayi, memberi kesempatan untuk istirahat di antara dua kontraksi, serta memudahkan melahirkan kepala bayi.

- 5) Posisi lithotomi tidak dianjurkan
 - a. Dapat menyebabkan Sindrome supine hypotensi karena tekanan pada vena kava inferior oleh kavum uteri, yang mengakibatkan ibu pingsan dan hilangnya oksigen bagi bayi
 - b. Dapat menambah rasa sakit
 - c. Bisa memperlama proses persalinan
 - d. Lebih sulit bagi ibu untuk melakukan pernafasan
 - e. Membuat buang air lebih sulit
 - f. Membatasi pergerakan ibu
 - g. Bisa membuat ibu merasa tidak berdaya
 - h. Bisa membuat proses meneran menjadi lebih sulit
 - i. Bisa menambah kemungkinan terjadinya laserasi pada perineum
 - j. Bisa menimbulkan kerusakan syaraf pada kaki dan punggung
- e) Pengurangan rasa nyeri

Pendekatan-pendekatan untuk mengurangi rasa sakit, menurut Varney's Midwifery:

 - 1) Adanya seseorang yang dapat mendukung dalam persalinan
 - 2) Pengaturan posisi
 - 3) Relaksasi dan latihan pernafasan
 - 4) Istirahat dan privasi
 - 5) Penjelasan mengenai proses atau kemajuan atau prosedur yang akan dilakukan
 - 6) Asuhan diri
 - 7) Sentuhan dan masase
 - 8) Counterpressure untuk mengurangi tegangan pada ligament sacroiliaca
 - 9) Pijatan ganda pada pinggul
 - 10) Penekanan pada lutut
 - 11) Kompres hangat dan kompres dingin
 - 12) Berendam
 - 13) Pengeluaran suara
 - 14) Visualisasi dan pemusatan perhatian

2.4 BAYI BARU LAHIR (BBL)

2.4.1 Definisi

Bayi baru lahir atau neonatus adalah masa kehidupan (0–28 hari), dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam Rahim menuju luar rahim dan terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem. Bayi hingga umur kurang satu bulan merupakan golongan umur yang memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi dan berbagai masalah kesehatan bisa muncul, sehingga tanpa penanganan yang tepat bisa berakibat fatal (Kemenkes RI, 2020).

Bayi Baru Lahir (BBL) adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37-42 minggu dan berat badan lahir 2.500 gr sampai dengan 4.000 gr. Bayi baru lahir (neonatus) merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin (Rosanti. Indah, 2021).

Masa neonatus adalah masa kehidupan bayi yang berlangsung sampai dengan 4 minggu (0-28 hari). Masa ini terjadi perubahan adaptasi dengan lingkungan baru yang merupakan perubahan dari kehidupan intrauteri menjadi di luar uterus (Rayment-Jones et al., 2021).

2.4.2 Klasifikasi Bayi Baru Lahir (BBL)

Neonatus dikelompokkan menjadi dua kelompok (Juwita & Priskusanti, 2020), yaitu:

1. Neonates menurut masa gestasinya

Masa gestasi atau dapat disebut dengan umur kehamilan merupakan waktu dari konsepsi yang dihitung dari ibu hari pertama haid terakhir (HPHT) pada ibu sampai dengan bayi lahir (Novieastari et al., 2020).

- a. Bayi kurang bulan: bayi yang lahir 294 hari (>42 minggu).
- b. Bayi cukup bulan: bayi yang lahir antara 259–293 hari (37 minggu – 42 minggu).
- c. Bayi lebih bulan: bayi yang lahir >294 hari (>42 minggu).

2. Neonates menurut berat badan saat lahir

Bayi lahir ditimbang berat badannya dalam satu jam pertama jika bayi lahir di fasilitas kesehatan dan jika bayi lahir di rumah maka penimbangannya dilakukan dalam waktu 24 jam pertama setelah kelahiran (Novieastari et al., 2020)

- a. Bayi berat badan lahir rendah: bayi yang lahir dengan berat badan < 2,5 kg
- b. Bayi berat badan lahir cukup: bayi yang lahir dengan berat badan antara 2,5-4kg
- c. Bayi berat badan lahir rendah: bayi yang lahir dengan berat badan 4 kg.

2.4.3 Ciri – ciri bayi lahir normal

Menurut Nurjasmi ciri-ciri BBL normal di antaranya:

- 1) Ukuran bayi meliputi berat rata-rata bayi 2.500 – 4.000 gram, lingkaran kepala rata-rata 33 – 37 cm, panjang bayi rata-rata 48 – 51 cm, lingkaran dada normal 30 – 33 cm.
- 2) Terdapat verniks, yaitu cairan keputih-putihan, keabu-abuan, kekuning-kuningan, berminyak, dan berlendir.
- 3) Ubun-ubun belum sepenuhnya menutup. Ubun-ubun besar menutup sepenuhnya pada usia 12-18 bulan, sedangkan ubun - ubun kecil menutup pada usia 2 bulan.
- 4) Warna kulit dan kuku bayi berwarna merah muda.
- 5) Molase kepala bayi baru lahir disebabkan oleh diameter kepala bayi mengecil karena menyesuaikan jalan lahir dan ukuran panggul. Akan kembali normal dalam 24-48 jam setelah lahir.
- 6) Mata bayi baru lahir agak cembung akibat tekanan alamiah selama persalinan dan akan berkurang setelah beberapa hari.
- 7) Genetalia: labia mayora sudah menutupi labia minora(perempuan) dan testis sudah turun (pada anak laki- laki).
- 8) Eliminasi baik, urin dan mekoneum akan keluar dalam 24 jam pertama, mekoneum berwarna hitam kecoklatan

9) Perilaku BBL, meliputi:

- a) Tersedak adalah tanda bahwa otot – otot pernapasan diantara tulang iga, diafragma dan perut bekerjasama
- b) Bersin, dilakukan untuk membersihkan lubang hidung dan mencegah debu agar tidak masuk ke dalam paru – paru
- c) Kecepatan napas BBL adalah 40 – 60 kali / menit pada 1 sampai 2 hari setelah lahir
- d) Bunyi jantung dalam menit -menit pertama kira-kira 180 x/menit kemudian menurun sampai 120 -140 x/menit
- e) Reflek adalah gerakan naluriah untuk melindungi bayi. Refleks bayi baru lahir merupakan indikator perkembangan sistem saraf yang sehat. Refleks ini juga membantu bayi berinteraksi dengan lingkungannya, seperti mencari makanan, menyusu, dan melindungi diri. Beberapa refleks akan menghilang seiring bertambahnya usia bayi, sementara yang lain akan berkembang menjadi gerakan yang lebih disengaja. Beberapa refleks pada BBL:
 - Reflek hisap (*sucking*) berupa isapan yang kuat dan cepat.
 - Reflek mencari (*rooting*) yaitu menoleh ke arah benda yang menyentuh sudut bibir atau pipi bayi. Reflek moro yaitu bayi mengangkat tangan simetris ketika dikagetkan.
 - Refleks *babinsky* yaitu jari bayi menunjukkan respon hiperekstensi dengan ibu jari dorsofleksi.
 - Reflek genggam (*Grasping*) bayi menggenggam jari atau menyentul telapak tangannya
 - Reflek kejutan (Moro): Bayi akan terkejut oleh suara keras atau gerakan tiba-tiba, merentangkan tangan dan kaki, lalu menariknya Kembali
 - Reflek Tonic Neck: Ketika kepala bayi menoleh ke satu sisi, lengan di sisi tersebut akan lurus sementara lengan lainnya menekuk

- Reflek melangkah (Stepping): Bayi akan membuat gerakan seperti melangkah ketika didukung dalam posisi tegak dengan kaki menyentuh permukaan

2.4.4 Tanda Bahaya BBL

1. Tidak mau menyusu atau memuntahkan semua yang diminum
2. Kejang
3. Bayi lemah,bergerak jika dipegang
4. Sesak Nafas atau nafas cepat (pernafasan lebih dari 60x/menit)
5. Bayi merintih
6. Pusing kemerahan sampai dinding perut atau mengeluarkan bau tidak enak
7. Demam suhu tubuh bayi lebih dari 37,5 atau teraba dingin (suhu tubuh kurang dari 36.5)
8. Mata bayi bernanah banyak dan dapat menyebabkan bayi buta
9. Bayi diare,mata cekung,tidak sadar,jika kulit perut di cubit akan kembali lambat
10. Bayi tidak BAB dalam 3 hari atau tidak bak lebih dari 24 jam
11. Kulit terlihat kuning
12. Letargi, kesulitan untuk membangunkan bayi

2.4.5 Asuhan segera setelah lahir

Asuhan segera pada bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi selama jam pertama setelah kelahiran. Aspek - aspek penting dari asuhan segera bayi yang baru lahir yaitu menjaga agar bayi tetap kering dan hangat serta usahakan adanya kontak antara kulit bayi dengan kulit ibunya sesegera mungkin. Pencegahan kehilangan panas seperti mengeringkan BBL, melepaskan handuk yang basah, mendorong kontak kulit dari ibu ke bayi, membedong bayi dengan handuk yang kering.

1) Melakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD).

- Dalam keadaan ibu dan bayi tidak memakai baju, tengkurapkan bayi didada atau perut ibu agar terjadi sentuhan kulit ibu dan bayi dan kemudian selimuti keduanya agar bayi tidak kedinginan

- Anjurkan ibu memberikan sentuhan kepada bayi untuk merangsang bayi mendekati puting
- Biarkan bayi bergerak sendiri mencari puting susu ibunya
- Biarkan kulit bayi bersentuhan langsung dengan kulit ibu selama minimal 1 jam walaupun proses menyusui telah terjadi. Bila belum terjadi proses menyusui hingga 1 jam, dekatkan bayi pada puting agar proses menyusui pertama dapat terjadi
- Tunda tindakan lain seperti menimbang, mengukur dan memberikan suntikan vitamin K1 sampai proses menyusui pertama selesai
- Proses menyusui dini dan kontak kulit ibu dan bayi harus diupayakan sesegera mungkin, meskipun ibu melahirkan dengan cara operasi atau tindakan lain
- Berikan ASI saja tanpa minuman atau cairan lain kecuali ada indikasi medis yang jelas (Ahmed et al., 2021).

2) Pemberian Vitamin K1

Semua bayi baru lahir harus diberikan vitamin K1 injeksi 1 mg IM di paha kiri segera mungkin untuk mencegah perdarahan bayi baru lahir akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir. ½ jam setelah lahir di injeksi vitamin K.

3) Pemberian salep mata

Tetes mata untuk pencegahan infeksi mata dapat diberikan setelah ibu dan keluarga memomong dan diberi ASI. Pencegahan infeksi tersebut menggunakan salep mata tetrasiklin 1%. Salep antibiotika tersebut harus diberikan dalam waktu satu jam setelah kelahiran. Upaya profilaksis infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari satu jam setelah kelahiran (Ahmed et al., 2021).

4) Membersihkan jalan nafas.

5) Memotong tali pusat.

6) Identifikasi dengan cara bayi diberikan identitas baik berupa gelang nama maupun kartu identitas.

7) Pengkajian kondisi bayi seperti pada menit pertama dan kelima setelah lahir dilakukan dengan menggunakan nilai APGAR.

Tanda	0	1	2
Warna kulit (Appearance)	Biru pucat	Badan merah jambu, ekstermitas biru	Seluruhnya merah jambu
Frekuensi denyut jantung (Pulse)	Tidak ada	<100	>100
Iritabilitas reflex (Grimace)	Tidak ada respon	Meringis	Menangis kuat
Tonus otot (Activity)	Flaksid	Ekstermitas sedikit fleksi	Gerak aktif
Usaha bernafas (Respiration)	Tidak ada	Pelan, tidak teratur	Baik menangis

Tabel 2.3. APGAR Score

Keterangan:

- a. Asfiksia berat: Jumlah nilai 0 sampai 3
- b. Asfiksia sedang: Jumlah nilai 4 sampai 6
- c. Asfiksia ringan: Jumlah nilai 7 sampai 10

8) Pemeriksaan fisik BBL

- a. Kepala: pemeriksaan terhadap ukuran, bentuk, sutura,
- b. Menutupi /melebar, adanya caput succedaneum cepal hematoma, kraniotabes microcephal dan macrocephal.
- c. Mata: pemeriksaan terhadap perdarahan,
- d. subkonjungtiva, tanda-tanda infeksi (pus).
- e. Hidung dan Mulut: pemeriksaan terhadap labia skisis, labiopalatokisis, dan refleks hisap (dinilai dengan mengamati bayi saat menyusui)
- f. Telinga: pemeriksaan terhadap Preauricular tags (kelainan bawaan berupa tonjolan kecil atau benjolan di dekat bagian depan telinga, seringkali di depan tragus), kelainan daun/ bentuk telinga.
- g. Leher: pemeriksaan terhadap pembesaran kelenjar tiroid, limfe dan vena jugularis
- h. Dada: pemeriksaan terhadap bentuk, pembesaran buah dada, pernafasan, retraksi merintih, pernafasan cuping hidung, serta bunyi paru-paru (sonor, vesikular, bronkial, dan lain-lain).
- i. Jantung: pemeriksaan terhadap pulsasi, frekuensi bunyi jantung, kelainan bunyi jantung.

- j. Abdomen: pemeriksaan terhadap membuncit (pembesaran hati, limpa, tumor, aster), scaphoid (kemungkinan bayi menderita diagfragmatika/atresia esofagus tanpa fistula).
- k. Tali pusat: pemeriksaan terhadap perdarahan, jumlah pembuluh darah pada tali pusat, warna dan besar tali pusat, hernia di tali pusat atau selangkaan.
- l. Alat kelamin: pemeriksaan terhadap testi apakah berada dalam skrotum, penis berlubang pada ujung (pada bayi laki-laki), vagina berlubang, apakah labia mayora menutupi labia minora (pada bayi perempuan) serta anus berlubang.
- m. Ekstremitas: Pemeriksaan terhadap ekstremitas untuk mengetahui apakah terdapat sindaktil polidaktil dan pergerakan aktif atau tidak.

9) Pencegahan kehilangan panas

Empat kemungkinan mekanisme yang dapat BBL kehilangan panas tubuhnya yaitu:

a) Konduksi

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

b) Konveksi

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

c) Radiasi

Panas dipancarkan dan BBL keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 obyek yang mempunyai

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

d) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan yang tergantung pada kecepatan dan kelembapan udara (perpindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap). Evaporasi ini dipengaruhi oleh jumlah panas yang dipakai, tingkat kelembapan udara, dan aliran udara yang melewati. Apabila BBL dibiarkan dalam suhu kamar 25°C maka bayi akan kehilangan panas melalui konveksi, Radiasi, dan evaporasi yang besarnya 200 gr/BB, sedangkan yang dibentuk hanya sepuluhnya saja. Agar dapat mencegah terjadinya kehilangan panas pada bayi, maka lakukan hal berikut (Ricchi et al., 2019):

- Keringkan bayi secara saksama
- Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih yang kering dan hangat
- Tutup bagian kepala bayi
- Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya
- Jangan segera menimbang atau memandikan

10) Pemberian imunisasi

Satu jam setelah lahir dan pemberian Vit K injeksi hepatitis B IM dipahakanan untuk mencegah penyakit hati.

2.4.6 Kunjungan neonates

Pelayanan kesehatan neonatus adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus sedikitnya 3 kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir, baik di fasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan rumah (Falciglia et al., 2020). Pelaksanaan kunjungan neonates:

1) Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1)

Dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir. Asuhan yang diberikan yaitu melakukan pemeriksaan bayi baru lahir (BBL),

pemberian ASI Eksklusif, menjaga bayi tetap hangat, perawatan bayi dan tanda bahaya BBL.

2) Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2)

Dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai dengan ke-7 setelah lahir. Asuhan yang diberikan yaitu melakukan pemeriksaan ulang, pemberian ASI Eksklusif, perawatan bayi dan mengenali tanda bahaya pada bayi.

3) Kunjungan Neonatal ke-3 (KN 3)

Dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 sampai dengan ke-28 setelah lahir. Asuhan yang diberikan yaitu melakukan pemeriksaan ulang, pemberian ASI Eksklusif, perawatan bayi dan mengenali tanda bahaya pada bayi.

2.4.7 Pengaruh COC terhadap luaran BBL

Pelayanan antenatal atau yang sering disebut pemeriksaan kehamilan adalah pelayanan yang diberikan oleh tenaga professional yaitu dokter spesialisasi, dokter umum, bidan, pembantu bidan dan perawat bidan. Untuk itu selama masa kehamilannya ibu hamil sebaiknya dianjurkan mengunjungi bidan atau dokter sedini mungkin semenjak ibu merasa dirinya hamil untuk mendapatkan pelayanan asuhan antenatal. Bidan melakukan pemeriksaan klinis terhadap kondisi kehamilannya. Bidan memberi KIE (Komunikasi, Informasi, Edukasi) kepada ibu hamil, suami dan keluarganya tentang kondisi ibu hamil dan masalahnya (Foranci. Yoki, 2023).

Upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemeriksaan rutin selama kehamilan. Salah satu indikator keberhasilan program antenatal care dapat dilihat dari cakupan K4. Cakupan K4 digunakan sebagai indikator untuk mengetahui jangkauan pelayanan antenatal secara lengkap dan menilai tingkat perlindungan terhadap ibu hamil serta mengetahui kemampuan manajemen atau kelangsungan program KIA. Sarana pelayanan KIA yang mendukung kunjungan ibu untuk memeriksakan kehamilannya antara lain buku KIA, peran petugas

kesehatan, fasilitas pelayanan antenatal yang meliputi 10 T (Foranci. Yoki, 2023).

Pelayanan antenatal care juga untuk memfasilitasi ibu melakukan pemeriksaan deteksi awal adanya komplikasi pada kehamilan dengan cara membina hubungan saling percaya dengan ibu, mendeteksi komplikasi yang dapat mengancam jiwa, mempersiapkan kelahiran dan memberikan pendidikan. Sehingga bila antenatal care tidak dilakukan sebagaimana mestinya maka akan mengakibatkan dampak: Ibu hamil akan kurang mendapat informasi tentang cara perawatan kehamilan yang benar, tidak terdeteksinya tanda bahaya kehamilan secara dini (Foranci. Yoki, 2023).

Kehamilan resiko tinggi adalah kehamilan yang memiliki resiko seperti bayi BBLR, premature bahkan sampai meninggalnya bayi, ibu atau melahirkan bayi yang cacat atau terjadi komplikasi kehamilan yang lebih besar dari resiko pada wanita normal umumnya. Penyebab kehamilan risiko pada ibu hamil adalah karena kurangnya pengetahuan ibu tentang kesehatan reproduksi, rendahnya status sosial ekonomi dan Pendidikan yang rendah. Pengetahuan ibu tentang tujuan atau manfaat pemeriksaan kehamilan dapat memotivasinya untuk memeriksakan kehamilan secara rutin (Foranci. Yoki, 2023).

2.5 NIFAS

2.5.1 Definisi

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandung kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira selama 6 minggu. Masa nifas (puepurium) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra-hamil. Lama masa nifas ini yaitu 6-8 minggu (Yuliana & Hakim, 2020).

2.5.2 Tahapan Masa Nifas

Menurut Wulandari (2020) ada beberapa tahapan yang di alami oleh wanita selama masa nifas, yaitu sebagai berikut :

1. Immediate puerperium, yaitu waktu 0-24 jam setelah melahirkan. ibu telah di perbolehkan berdiri atau jalan-jalan
2. Early puerperium, yaitu waktu 1-7 hari pemulihan setelah melahirkan. pemulihan menyeluruh alat-alat reproduksi berlangsung selama 6-minggu
3. Later puerperium, yaitu waktu 1-6 minggu setelah melahirkan, inilah waktu yang diperlukan oleh ibu untuk pulih dan sehat sempurna. Waktu sehat bisa berminggu-minggu, bulan dan tahun

2.5.3 Perubahan Fisiologi Pada Masa Nifas

1. Perubahan Sistem Reproduksi

Involusi Involusi uteri dari luar dapat diamati yaitu dengan memeriksa fundus uteri dengan cara:

- Segera setelah persalinan, TFU 2 cm dibawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1 cm di atas pusat dan menurun kira-kira 1 cm setiap hari.
- Pada hari ke dua setelah persalinan TFU 1 cm di bawah pusat. Pada hari ke 3-4 TFU 2 cm dibawah pusat. Pada hari ke 5-7 TFU setengah pusat symphysis. Pada hari ke 10 TFU tidak teraba.

Bila uterus tidak mengalami atau terjadi kegagalan dalam proses involusi disebut dengan subinvolusi. Subinvolusi dapat disebabkan oleh infeksi dan tertinggalnya sisa plasenta/perdarahan lanjut.

2. Tahapan Perubahan Lochia

Lochia merupakan ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochia berupa darah dimana di dalamnya mengandung trombosit, sel-sel tua, sisa jaringan desidua yang nekrotik (sel-sel mati) dari uterus. Proses keluarnya lochia terdiri atas 4 tahapan:

- a. Lochia rubra (*cruenta*): berisi darah segar dan sisa - sisa selaput ketuban, sel - sel desidua, yaitu selaput lendir rahim dalam keadaan hamil), *vernix caseosa* (yaitu palit bayi, zat seperti salep terdiri atas palit atau semacam noda dan sel - sel epitel, yang menyelimuti kulit janin), lanugo (yaitu bulu halus pada anak yang baru lahir), dan meconium (yaitu isi usus janin cukup bulan yang terdiri atas getah

kelenjar usus dan air ketuban, berwarna hijau kehitaman), selama 2 hari pasca persalinan.

- b. Locha Sanguinolenta: warnanya merah kuning berisi darah dan lendir. Ini terjadi pada hari ke 3 -7 pasca persalinan.
- c. Lochea Serosa: berwarna kuning dan cairan ini tidak berdarah lagi pada hari ke 7 - 14 pasca persalinan.
- d. Lochea Alba: cairan putih yang terjadi pada hari setelah 2 minggu. Lochea mempunyai bau yang khas, tidak seperti bau menstruasi. Bau ini lebih terasa tercium pada lokia serosa, bau ini juga akan semakin lebih keras jika bercampur dengan keringat dan harus cermat membedakannya dengan bau busuk yang menandakan adanya infeksi.

Selain itu, kita juga harus bisa mengenali jika terjadi tanda ketidaknormalan pada lochea yaitu berupa keluarnya cairan seperti nanah dan berbau busuk, lochea yang seperti ini disebut lochea purulenta. Lochea purulenta ini muncul jika terjadi infeksi. Di samping lochea purulenta dapat juga terjadi suatu keadaan dimana pengeluaran lochea tidak lancar. Lochea ini disebut lochea statis.

3. Perubahan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol.

4. Perubahan perinium

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada postpartum hari ke-5, perinium sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil.

5. Perubahan sistem pencernaan

Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini

disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan makan, hemoroid dan kurangnya aktivitas tubuh.

6. Perubahan sistem perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Penyebab dari keadaan ini adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih setelah mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut “diuresis”.

7. Perubahan sistem musculoskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus, pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit, sehingga akan menghentikan perdarahan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fascia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

8. Perubahan sistem kardiovaskuler

Setelah persalinan, shunt akan hilang tiba-tiba. Volume darah bertambah, sehingga akan menimbulkan dekompensasi kordis pada penderita vitum cordia. Hal ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala. Pada umumnya, hal ini terjadi pada hari ketiga sampai kelima postpartum.

9. Perubahan tanda vital

Suhu cenderung naik pada hari ke 3 postpartum karena adanya pembentukan ASI. Nadi ibu postpartum sedikit lebih cepat karena perubahan pada aliran pembuluh darah, namun, jika melebihi 100x/menit, waspada tanda dehidrasi. Tekanan darah cenderung stabil pada ibu postpartum normal, jika TD turun drastis waspada adanya syok

hipovolemik, dan jika tetap tinggi waspada preeklamsi. Untuk pernafasan akan seirama dengan nadi.

10. Perubahan sistem hematologi

Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobine pada hari ke 3-7 postpartum dan akan kembali normal dalam 4-5 minggu postpartum (Aisah, 2022).

2.5.4 Proses Adaptasi Psikologi Masa Nifas (Postpartum)

Berikut ini 3 tahap penyesuaian psikologi ibu dalam masa postpartum:

1. Fase *Talking In* (Setelah melahirkan sampai hari ke dua)

- a. Perasaan ibu berfokus pada dirinya.
- b. Ibu masih pasif dan tergantung dengan orang lain.
- c. Perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran perubahan tubuhnya.
- d. Ibu akan mengulangi pengalaman pengalaman waktu melahirkan.
- e. Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi normal.
- f. Nafsu makan ibu biasanya bertambah sehingga membutuhkan
- g. peningkatan nutrisi.
- h. Kurangnya nafsu makan menandakan proses pengembalian kondisi tubuh tidak berlangsung normal.
- i. Gangguan psikologis yang mungkin dirasakan ibu pada fase ini

2. Fase *Taking Hold* (Hari ke-3 sampai 10)

- a. Ibu merasa merasa khawatir akan ketidakmampuan merawat bayi, muncul perasaan sedih (baby blues).
- b. Ibu memperhatikan kemampuan men jadi orang tua dan meningkatkan tanggung jawab akan bayinya.
- c. Ibu memfokuskan perhatian pada pengontrolan fungsi tubuh, BAK, BAB dan daya tahan tubuh.
- d. Ibu berusaha untuk menguasai keterampilan merawat bayi seperti menggen dong, menyusui, memandikan, dan mengganti popok.
- e. Ibu cenderung terbuka menerima nasehat bidan dan kritikan pribadi.

- f. Kemungkinan ibu mengalami depresi postpartum karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya
- g. Kemungkinan ibu mengalami depresi postpartum karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya.
- h. Wanita pada masa ini sangat sensitif akan ketidakmampuannya, cepat tersinggung, dan cenderung menganggap pemberi tahu bidan sebagai teguran. Dianjurkan untuk berhati-hati dalam berkomunikasi dengan wanita ini dan perlu memberi support.

3. Fase *Letting Go* (Hari ke-10 sampai akhir masa nifas)

- a. Ibu merasa percaya diri untuk merawat diri dan bayinya. Setelah ibu pulang ke rumah dan dipengaruhi oleh dukungan serta perhatian keluarga
- b. Ibu sudah mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi

2.5.5 Kunjungan Masa Nifas

Paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai ibu dan bayi baru lahir untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah - masalah yang terjadi. Kunjungan dalam masa nifas menurut Buku Kesehatan Ibu dan Anak, 2020 antara lain: Perawatan ibu nifas mulai 6 jam sampai 42 hari pasca bersalin oleh tenaga kesehatan dan dilakukan minimal 4 kali kunjungan nifas:

1. Pertama: 6 jam – 2 hari setelah persalinan

Tujuan:

- a. Mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifas.
- b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberikan rujukan bila perdarahan berlanjut.
- c. Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- d. Pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu.
- e. Mengajarkan ibu untuk mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.

f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi

2. Kedua: 3 – 7 hari setelah persalinan

Tujuan:

- a. Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau.
- b. Menilai adanya tanda- tanda demam, infeksi, atau kelainan pasca melahirkan.
- c. Memastikan ibu mendapat cukup cairan, makanan, dan istirahat.
- d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda- tanda penyulit.
- e. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan menjaga bayi agar tetap hangat.

3. Ketiga: 8 – 28 hari setelah persalinan

Tujuan:

- a. Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau.
- b. Menilai adanya tanda- tanda demam, infeksi atau kelainan pasca melahirkan
- c. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat.
- d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda- tanda penyulit.
- e. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan menjaga bayi agar tetap hangat

4. Keempat: 29 – 42 hari setelah persalinan (Buku Kesehatan Ibu dan Anak, 2020).

Tujuan:

- a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit - penyulit yang dialami atau bayinya
- b. Memberikan konseling untuk KB secara dini

2.5.6 Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

1. Kebutuhan nutrisi

Ibu nifas harus mengkonsumsi makanan yang mengandung zat- zat yang berguna bagi tubuh ibu pasca melahirkan dan untuk persiapan produksi ASI, terpenuhi kebutuhan karbohidrat, protein, zat besi, vitamin dan mineral untuk mengatasi anemia, cairan dan serat untuk memperlancar ekskresi.

2. Kebutuhan cairan

Fungsi cairan sebagai pelarut zat gizi dalam proses metabolisme tubuh. Minumlah cairan cukup untuk membuat tubuh ibu tidak dehidrasi. Ibu dianjurkan untuk minum setiap kali menyusui dan menjaga kebutuhan hidrasi sedikitnya 3 L setiap hari.

3. Kebutuhan ambulasi

Aktivitas dapat dilakukan secara bertahap, memberikan jarak antara aktivitas dan istirahat. Dalam 2 jam setelah bersalin ibu harus sudah melakukan mobilisasi. Dilakukan secara perlahan- lahan dan bertahap. Dapat dilakukan dengan miring kanan atau kiri terlebih dahulu dan berangsur- angsur untuk berdiri dan jalan. Mobilisasi dini bermanfaat untuk:

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

4. Kebutuhan eliminasi

Pada kala IV persalinan pemantauan urin dilakukan selama 2 jam, setiap 15 menit sekali pada 1 jam pertama dan 30 menit sekali pada jam berikutnya. Pemantauan urin dilakukan untuk memastikan kandung kemih tetap kosong sehingga uterus dapat berkontraksi dengan baik.

Dengan adanya kontraksi uterus yang adekuat diharapkan perdarahan postpartum dapat dihindari. Memasuki masa nifas, ibu diharapkan untuk berkemih dalam 6- 8 jam pertama.

5. Kebersihan diri

Pada masa nifas yang berlangsung selama lebih kurang 40 hari, kebersihan vagina perlu mendapat perhatian lebih. Vagina merupakan bagian dari jalan lahir yang dilewati janin pada saat proses persalinan. Kebersihan vagina yang tidak terjaga dengan baik pada masa nifas dapat menyebabkan timbulnya infeksi pada vagina itu sendiri yang dapat meluas sampai ke rahim. Alasan perlunya meningkatkan kebersihan vagina pada masa nifas adalah:

- a. Adanya darah dan cairan yang keluar dari vagina selama masa nifas yang disebut lochia
- b. Secara anatomis, letak vagina berdekatan dengan saluran buang air kecil (meatus eksternus uretrae) dan buang air besar (anus) yang setiap hari kita lakukan. Kedua saluran tersebut merupakan saluran pembuangan (muara ekskreta) dan banyak mengandung mikroorganisme patogen.
- c. Adanya luka/ trauma di daerah perineum yang terjadi akibat proses persalinan dan bila terkena kotoran dapat terinfeksi.
- d. Vagina merupakan organ terbuka yang mudah dimasuki mikroorganisme yang dapat menjalar ke Rahim.

Untuk menjaga kebersihan vagina pada masa nifas dapat dilakukan dengan cara:

- a. Setiap selesai bak atau bab siramlah mulut vagina dengan air bersih. Basuh dari arah depan ke belakang hingga tidak ada sisa - sisa kotoran yang menempel disekitar vagina baik itu urin maupun feses yang mengandung mikroorganisme dan bisa menimbulkan infeksi pada luka jahitan.
- b. Bila keadaan vagina terlalu kotor, cucilah dengan sabun atau cairan antiseptic yang berfungsi untuk menghilangkan mikroorganisme yang terlanjur berkembangbiak di darah tersebut

- c. Bila keadaan luka perineum terlalu luas atau ibu dilakukan episiotomi, upaya untuk menjaga kebersihan vagina dapat dilakukan dengan cara duduk berendam dalam cairan antiseptic selama 10 menit setelah bak atau bab.
- d. Mengganti pembalut setiap selesai membersihkan vagina agar mikroorganisme yang ada pada pembalut tersebut tidak ikut terbawa ke vagina yang baru dibersihkan.
- e. Keringkan vagina dengan tisu atau handuk lembut setiap kali selesai membasuh agar tetap kering dan kemudian kenakan pembalut yang baru. Pembalut harus diganti setiap selesai bak atau bab atau minimal 3 jam sekali atau bila ibu sudah merasa tidak nyaman.
- f. Bila ibu membutuhkan salep antibiotik, dapat dioleskan sebelum pembalut yang baru.

2.5.7 Tujuan Asuhan pada Ibu Nifas

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun psikologi pada masa ini peranan keluarga sangat penting, dengan pemberian nutrisi, dukungan psikologi makas kesehatan ibu dan bayi selalu terjaga.
2. Melaksanakan skrining yang komprehensif, dimana bidan harus melakukan managemen asuhan kebidanan pada ibu nifas secara sistematis.
3. Asuhan masa nifas ini dapat mendeteksi masalah yang terjadi pada ibu dan bayi
4. Mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya
5. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat, memberikan pelayanan keluarga berencana.

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

2.5.8 Tanda Bahaya Masa Nifas

1. Perdarahan hebat atau peningkatan perdarahan secara tiba-tiba (melebihi haid biasa atau jika perdarahan tersebut membasahi lebih dari 2 pembalut saniter dalam waktu setengah jam)
2. Pengeluaran cairan vaginal dengan bau busuk yang keras.
3. Rasa nyeri di perut bagian bawah atau punggung Sakit Kepala yang terus menerus. nyeri epigastrium, atau, masalah penglihatan.
4. Pembengkakan pada wajah dan tangan, demam muntah, rasa sakit sewaktu buang air seni, atau merasa tidak enak badan Payudara yang memerah panas dan/atau sakit.
5. Payudara terasa panas, bengkak dan kemerahan serta keluar darah atau nabah
6. Kehilangan selera makan untuk waktu yang berkepanjangan Rasa sakit. warna merah, kelembutan dan/atau pembengkakan pada kaki.
7. Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengurus diri-sendiri atau bayi
8. Merasa sangat letih atau bernafas terengah-engah

2.5.9 Infeksi Masa Nifas

Infeksi nifas adalah keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genitalia dalam masa nifas. Infeksi setelah persalinan disebabkan oleh bakteri atau kuman. Infeksi masa nifas ini menjadi penyebab tertinggi angka kematian ibu (AKI). Tanda gejala infeksi nifas biasanya timbul demam yang biasa disebut morbiditas nifas. Morbiditas nifas ini ditandai dengan adanya peningkatan suhu 38°C atau lebih selama 2 hari berturut – turut. Kenaikan suhu ini terjadi sesudah 24 jam postpartum dalam 10 hari pertama masa nifas. Gambaran klinis infeksi nifas dapat berbentuk:

1. Infeksi lokal

Pembengkakan luka episiotomi, terjadi penanahan, perubahan warna kulit, pengeluaran lochea bercampur nanah, mobilitas terbatas karena rasa nyeri, temperatur badan dapat meningkat

2. Infeksi umum

Tampak sakit dan lemah, temperatur meningkat, tekanan darah menurun dan nadi meningkat, pernapasan dapat meningkat dan terasa

sesak, kesadaran gelisah sampai menurun dan koma, terjadi gangguan involusi uterus, lochea berbau dan bernanah kotor. Faktor penyebab infeksi diantaranya:

1. Persalinan lama, khususnya dengan kasus pecah ketuban terlebih dahulu.
2. Pecah ketuban sudah lama sebelum persalinan.
3. Pemeriksaan vagina berulang-ulang selama persalinan, khususnya untuk kasus pecah ketuban
4. Teknik aseptik tidak sempurna.
5. Tidak memperhatikan teknik cuci tangan.
6. Manipulasi intrauteri (misal: eksplorasi uteri, pengeluaran plasenta manual).
7. Trauma jaringan yang luas atau luka terbuka seperti laserasi yang tidak diperbaiki.
8. Hematoma
9. Hemoragia, khususnya jika kehilangan darah lebih dari 1.000 ml.
10. Pelahiran operatif, terutama kelahiran melalui SC.
11. Retensi sisa plasenta atau membran janin.
12. Perawatan perineum tidak memadai.
13. Infeksi vagina atau serviks yang tidak ditangani.

2.6 KELUARGA BERENCANA (KB)

2.6.1 Definisi

Keluarga Berencana (KB) adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk mendapatkan objektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval di antara kehamilan dan mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan suami istri (Mandasari, 2020).

Kontrasepsi adalah upaya mencegah kehamilan yang bersifat sementara maupun menetap. Kontrasepsi dapat dilakukan tanpa menggunakan alat, secara mekanis, menggunakan obat/alat, atau dengan operasi. KB adalah suatu program yang dicanangkan pemerintah dalam upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui

Pendewasaan Usia Perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera (Mandasari, 2020)

Keluarga berencana postpartum adalah melakukan tindakan KB ketika wanita baru melahirkan atau keguguran di rumah sakit, atau memberi pengarahan agar memilih KB efektif (melakukan sterilisasi wanita atau pria, menggunakan AKDR, menerima KB hormonal dalam bentuk suntik atau susuk) (mandasari, 2020).

2.6.2 Manfaat KB

1. Untuk ibu
 - a. Perbaikan kesehatan badan karena tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek.
 - b. Adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak-anak, untuk istirahat, dan menikmati waktu luang, serta melakukan kegiatan-kegiatan lain.
2. Untuk anak yang baru dilahirkan
 - a. Dapat tumbuh secara normal, karena ibu yang mengandungnya berada dalam keadaan sehat.
 - b. Sesudah lahir anak tersebut akan memperoleh perhatian, pemeliharaan, dan makanan yang cukup. Hal ini disebabkan oleh kehadiran anak tersebut yang memang diinginkan dan diharapkan. KB juga berkontribusi dalam penurunan AKB.
3. Untuk anak yang lain
 - a. Memberi kesempatan perkembangan fisiknya lebih baik, karena memperoleh makanan yang cukup.
 - b. Perkembangan mental dan sosial lebih sempurna, karena pemeliharaan yang lebih baik dan lebih banyak waktu yang diberikan oleh ibu untuk anak.
 - c. Perencanaan kesempatan pendidikan yang lebih baik, karena sumber pendapatan keluarga tidak habis untuk mempertahankan hidup semata-mata
4. Untuk ayah
 - a. Memperbaiki kesehatan fisiknya

- b. Memperbaiki kesehatan mental dan social karena kecemasan berkurang serta lebu banyak waktu luang untuk keluarganya

2.6.3 Tujuan KB

Tujuan pokok program keluarga Berencana Indonesia sebagai berikut:

- a. Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia.
- b. Terciptanya penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga

2.6.4 Sasaran KB

Sasaran program KB dibagi menjadi 2 yaitu sasaran langsung dan sasaran tidak langsung, tergantung dari tujuan yang ingin dicapai. Sasaran langsungnya adalah pasangan usia subur (PUS) yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan. Sedangkan sasaran tidak langsungnya adalah pelaksana dan pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera.

2.6.5 Macam – Macam KB

1. Alat kontrasepsi hormonal

a. Suntik progestin

Tersedia dua jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu:

- 1) Depo medroksiprogesteron asetat (DMPA), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara suntik intramuskular (didaerah bokong).
- 2) Depo noretisteron enantat (Depo Noristerat). Yang mengandung 200 mg noretindron enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik intramuskular.

b. Pil KB

Pil kombinasi adalah dimana dalam satu pil terdapat baik estrogen maupun progesetin sintetik. Pil diminum setiap hari selama tiga

minggu, diikuti dengan satu minggu tanpa pil atau plasebo, pada saat dimana suatu perdarahan surut akan terjadi.

c. Kontrasepsi progestin (minipil)

Pil yang berisi dosis rendah progestin (0,5 mg atau lebih kecil), harus diminum setiap hari, juga selama haid (tidak ada interval bebas-hormon diantara siklus haid).

d. Kontrasepsi implant

Kontrasepsi susuk yang terbuat dari sejenis karet silastik yang berisi hormon, di pasang pada lengan atas. Jenis implant berdasarkan jumlah batang:

- 1) Norplant: 6 batang silastik, panjang 3,4 cm diameter 2,4 mm diisi 36 mg lenovogestrel, untuk 5 tahun
- 2) Jadena dan indoplan: 2 batang isi 75 mg Lenovogestrel, lama kerja 3 tahun.
- 3) Implanon: 1 batang, isi 36 mg ketoagestrel untuk 5 tahun

Kontraindikasi dalam KB ini adalah Hamil, perdarahan pervaginam, kanker payudara, mioma uterus. Serta Indikasinya: Usia reproduktif, pasca abortus, pasca persalinan, menyusui dan membutuhkan kontrasepsi, sering lupa menggunakan pil, TD <180/110 mmHg, anemia bulan sabit.

2. Alat kontrasepsi non hormonal

a. AKDR / IUD

AKDR adalah suatu alat atau benda yang dimasukkan ke dalam rahim yang sangat efektif dan berjangka panjang, dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduktif. AKDR/UID bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi. Kemungkinan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus. Jenis AKDR:

- 1) Bentuk terbuka (oven device) misalnya Lippesloop, CUT, Cu-7, Marguiles, spring coil, Multiload, Nova-T

- 2) Bentuk tertutup (closed device) misalnya Ota-ring, Atigon, dan Graten Berg Ring.
- 3) Medicated IUD : Cu T 200 daya kerja tiga tahun, Cu T 220 daya kerja tiga tahun, Cu T 300 daya kerja tiga tahun, Cu T 380 A daya kerja 8 tahun, Cu-7, nova T daya kerja 5 tahun, ML-Cu 375 daya kerja tiga tahun.

Indikasi:

- 1) Usia reproduktif dan nullipara
- 2) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka Panjang
- 3) Perempuan menyusui yang ingin menggunakan kontrasepsi
- 4) Setelah abortus dan tidak ada infeksi
- 5) Perempuan dengan resiko rendah IMS dan tidak menghendaki metode hormonal

Kontraindikasi:

- 1) Hamil
- 2) Perdarahan pervaginam
- 3) Kanker alat genitalia
- 4) Abortus
- 5) Menderita TBC pelvic dan ukuran rongga rahim < 5 cm

Efek samping AKDR (cu-T-3080A)

- 1) Amenorhea
- 2) Perdarahan pervaginam yang hebat dan tidak teratur.
- 3) Benang yang hilang pastikan adanya kehamiln atau tidak.
- 4) Adanya pengeluaran cairan dari vagina atau dicurigai adanya penyakit radang panggul

3. Alat kontrasepsi sederhana

a. KB Alami

Adalah pasangan secara sukarela menghindari senggama pada masa subur Ibu (ketika Ibu tersebut dapat menjadi hamil), atau senggama pada masa subur untuk mencapai kehamilan

b. Kondom

Adalah selubung / sarung yang dapat terbuat dari berbagai bahan

diantaranya lateks (karet), plastik (vinili), atau bahan alami (produksi wanita) yang dipasang pada saat hubungan seksual. Cara kerjanya : Menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur, dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi wanita

c. Diafragma

Adalah kap berbentuk cembung, terbuat dari lateks (karet) yang diinsersikan kedalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks. Cara kerjanya menahan sperma agar tidak mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba fallopi) dan sebagian alat tempat spermisida.

d. MAL

Adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya.

e. Senggama terputus

Adalah metode keluarga berencana tradisional dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum mencapai ejakulasi.

4. Kontrasepsi mantap

a. Tubektomi

Prosedur bedah sukarela untuk menghentikan fertilitas (kesuburan) seorang perempuan

b. Vasektomi

Prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa deferensia sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi.

2.6.6 Penapisan Kriteria Kelayakan Medis Penggunaan Kontrasepsi dengan Roda Klop

a. Definisi

Kriteria kelayakan medis dalam penggunaan kontrasepsi merupakan

bagian dari proses untuk meningkatkan kualitas pelayanan dalam keluarga berencana. Keamanan setiap metode kontrasepsi ditentukan oleh beberapa pertimbangan dalam konteks kondisi medis atau karakteristik medis terkait; terutama apakah metode kontrasepsi memperburuk kondisi medis atau menciptakan risiko kesehatan tambahan, dan apakah keadaan medis yang membuat metode kontrasepsi kurang efektif. Keamanan dari metode ini harus dipertimbangkan bersama dengan manfaat mencegah kehamilan yang tidak diinginkan. Kategori kondisi klien yang memerlukan penapisan kriteria kelayakan medis:

1. Kategori 1: Kondisi yang tidak ada batasan untuk penggunaan metode kontrasepsi
2. Kategori 2: Suatu kondisi di mana keuntungan menggunakan metode umumnya lebih besar dari risiko baik secara teoritis maupun terbukti
3. Kategori 3: Suatu kondisi di mana risiko teoritis atau terbukti biasanya lebih besar daripada keuntungan menggunakan metode ini
4. Kategori 4: Suatu kondisi yang memiliki risiko kesehatan yang tidak dapat diterima jika metode kontrasepsi digunakan

b. Tujuan

Penapisan kriteria kelayakan medis dalam penggunaan kontrasepsi dengan Roda KLOP bertujuan untuk:

1. Mengidentifikasi kondisi klien yang memerlukan perhatian khusus sebelum menggunakan suatu metode KB, misal merokok, diabetes melitus, hipertensi, HIV, dan lain-lain
2. Menawarkan panduan tentang keamanan dan penggunaan metode yang berbeda untuk perempuan dan laki-laki dengan karakteristik atau kondisi medis tertentu
3. Meningkatkan pemahaman penyedia layanan dalam memberikan pelayanan kontrasepsi sesuai kondisi medis dan karakteristik khusus klien
4. Meningkatkan kualitas pelayanan kontrasepsi yang dapat memenuhi kebutuhan klien sesuai kondisi dan karakteristik khusus yang dimiliki
5. Meningkatkan angka dan durasi penggunaan kontrasepsi

6. Memberikan kontribusi terhadap penurunan risiko kematian ibu dan anak

c. Manfaat

1. Membantu penyedia layanan dalam menentukan metode KB terbaik bagi klien
2. Melakukan penapisan klien sesuai kriteria kelayakan medis klien
3. Mendeteksi kehamilan sebelum penggunaan metode KB
4. Menjelaskan berbagai jenis kontrasepsi berdasarkan spesifikasi masing-masing
5. Memberikan gambaran terhadap prosedur medis yang diperlukan

d. Pengenalan Roda Klop KB

1. Bagian Roda Klop



Gambar 2.6. Panduan Roda Klop KB

2. Prosedur Penapisan Klien

Tabel prosedur pemeriksaan klien sebelum menggunakan suatu metode kontrasepsi. Terdapat 3 pembagian kelas, yaitu A, B, dan C.

Prosedur	Kontrasepsi pil kombinasi	Kontrasepsi suntik kombinasi	Kontrasepsi Pil Progestin	Kontrasepsi Suntik Progestin	Implan	AKDR	Kondom	Diafragma	Spermisida	Tubektomi	Vasektomi
Pemeriksaan Payudara	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	TA
Pemeriksaan dalam	C	C	C	C	C	A	C	A	C	A	A
Pemeriksaan penapisan kanker leher rahim	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	TA
Pemeriksaan laboratorium rutin	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Pemeriksaan hemoglobin	C	C	C	C	C	B	C	C	C	B	C
Seleksi IMS : anamnesis dan pemeriksaan fisik	C	C	C	C	C	A*	C	C†	C†	C	C
Penapisan IMS/HIV : pemeriksaan laboratorium	C	C	C	C	C	B*	C	C†	C†	C	C
Penapisan tekanan darah	#	#	#	#	#	C	C	C	C	A	C*
Kelas A : ESENSIAL DAN HARUS DILAKUKAN UNTUK KEAMANAN DAN EFEKTIVITAS KONTRASEPSI DALAM PEMAKAIAN METODE INI											
Kelas B : MEMPUNYAI DAMPAK PADA KEAMANAN DAN EFEKTIVITAS KONTRASEPSI INI. BILA PEMERIKSAAN TIDAK DAPAT DILAKUKAN, HARUS DIPERHITUNGKAN KEUNTUNGAN-KERUGIAN DIBANDINGKAN METODE KONTRASEPSI YANG TERSEDIA											
Kelas C : TIDAK MEMPUNYAI DAMPAK SUBSTANSIAL TERHADAP KEAMANAN DAN EFEKTIVITAS KONTRASEPSI METODE INI											
TA=TIDAK DAPAT DIAPLIKASIKAN											

Gambar 2.7. Prosedur Penapisan Roda Klop KB

3. Efektifitas Kontrasepsi

Tabel keefektifitasan suatu metode kontrasepsi jika digunakan secara konsisten dan jika dipakai secara biasa.

EFEKTIVITAS KONTRASEPSI				KONTRASEPSI DAN PENGGUNAAN SAAT MENYUSUI	
Metode Kontrasepsi	Angka Kehamilan per 100 Wanita pada Tahun Pertama (Trusse)		Pedoman	Penggunaan Saat Menyusui (dalam penilaian klinik terbatas) ⁱ	
	Dipakai secara tepat dan konsisten	Dipakai secara biasa			
Implan	0.05	0.05		Dapat Digunakan	
Vasektomi	0.1	0.15	0 - 0.9	-	
AKDR LNG	0.2	0.2	Sangat Efektif	Dapat Digunakan	
Tubektomi	0.5	0.5		Dapat Diterima	
AKDR Cu	0.6	0.8	1 - 9	Dapat Digunakan ⁱⁱ	
Metode Amenore Laktasi (6 bulan)	0.9	2	Efektif	-	
Kontrasepsi suntik kombinasi	0.05	2		Tidak Dapat Digunakan	
Kontrasepsi suntik progestin	0.3	3	10 - 25	Tidak Dapat Digunakan ⁱⁱⁱ	
Kontrasepsi pil kombinasi	0.3	8	Cukup Efektif	Tidak Dapat Digunakan	
Kontrasepsi pil Progestin	0.3	8		Dapat Digunakan	
Kontrasepsi hormonal kombinasi transdermal	0.3	8	26 - 32	Tidak Dapat Digunakan	
Cincin vagina kontrasepsi kombinasi	0.3	8	Kurang Efektif	Tidak Dapat Digunakan	
Kondom laki-laki	2	15			
Metoda penilaian ovulasi	3				
Metode Dua Hari (Menilai sekret serviks)	4				
Metode Kalender	5				
Diafragma dengan spermisida	6	18			
Kondom perempuan	5	21			
Metoda alamiah lainnya		25			
Senggama terputus	4	27			
Spermisida	18	29			
Tudung serviks	26.9	32.16			
Tidak menggunakan kontrasepsi	85	85			

i. Klasifikasi menggunakan kategori yang digunakan dalam Diagram Lingkaran Kriteria Kelayakan Medis dalam Penggunaan Kontrasepsi WHO. Kategori 1 dan 4 merupakan rekomendasi-rekomendasi yang jelas. Untuk kategori 2 dan 3, penilaian klinik dibutuhkan dan tindak lanjut yang hati-hati mungkin dibutuhkan. Jika penilaian klinik terbatas, maka kategori 1 dan 2 artinya metode dapat digunakan, dan kategori 3 dan 4 artinya metode tidak dapat digunakan.

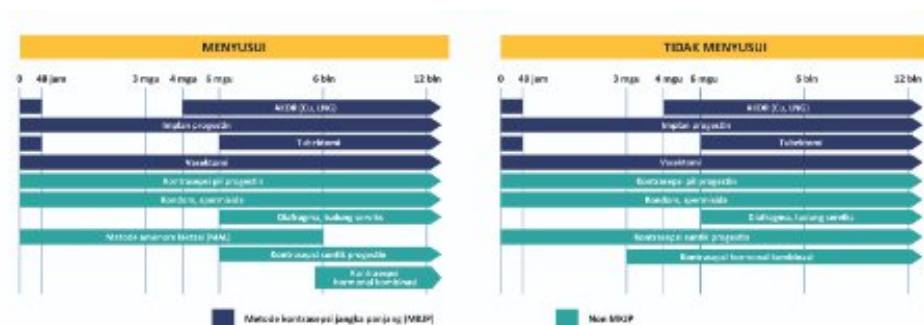
ii. Wanita menyusui yang baru melahirkan > 48 jam sampai < 4 minggu, secara umum sebaiknya tidak menggunakan AKDR-LNG/AKDR-Cu.

iii. Wanita menyusui yang melahirkan > 6 minggu dapat menggunakan suntikan progestin.

Gambar 2.8. Efektifitas Kontrasepsi Klop KB

4. Waktu untuk Memulai Kontrasepsi Pasca Persalinan

Tabel ini merupakan rekomendasi penggunaan suatu metode kontrasepsi sesuai dengan waktu nifas dan kondisi menyusui atau tidak menyusui.



Gambar 2.9. Waktu memulai kontrasepsi pasca persalinan

5. Prosedur Penggunaan Roda Klop KB

Setelah klien memperoleh informasi terkait kondisi dan masalah kesehatan klien pada tahap konseling, maka dilakukan penapisan kelayakan medis menggunakan Roda KLOP dengan langkah sebagai berikut:

- [illegible]

d. Selain terdapat pada diagram lingkaran sisi luar, beberapa kondisi medis atau karakteristik khusus tertentu juga dapat dilihat pada diagram lingkaran sisi belakang



Seluruh kondisi medis atau karakteristik khusus yang terdapat pada diagram lingkaran sisi belakang memiliki Kategori 1 dan 2, artinya

setiap metode kontrasepsi non-sterilisasi dapat digunakan.

- e. Lihatlah deskripsi nomor dan huruf untuk rekomendasi penggunaan kontrasepsi. Kategori ini dibedakan untuk metode kontrasepsi non-sterilisasi (Nomor 1-9) dan metode kontrasepsi sterilisasi (Nomor 10-11).
- f. Jika nomor atau huruf diikuti kode tertentu misal (3A, Cb), lihatlah keterangan kode tersebut pada diagram lingkaran sisi belakang
- g. Jika diperlukan, buatlah tabel bantu untuk mempermudah penapisan kelayakan medis. Pada kolom kondisi, isilah dengan kondisi medis atau karakteristik khusus yang dimiliki klien. Pada kolom “Metode” isilah dengan nomor atau kode rekomendasi yang tertera pada diagram lingkaran. Contoh tabel yang telah diisi dapat dilihat pada Tabel.

Kondisi	KOK/ Koyo/ CVK	KIK	PP	DMPA/ NET-EN	Implan, LNG/ ETG	AKDR- Cu	AKDR- LNG	Tubek- toml	Vasek- toml
Hipertensi 4 ≥ 160 mmHg	4	2	3	2	1	1	S	-	
DM 2 ^o	2 ^o	2 ^o	2	2	1	2	C ^s	C	
Post 4 ^{o.F} partum 48 jam s/d < 4 minggu	4 ^{o.F}	2	3	2	3	3	A/D ^s	-	

Tabel 2.4. Contoh Tabel Penapisan Kelayakan Medis

- h. Berikanlah informasi kepada klien tentang hasil penapisan kelayakan medis sesuai kondisi medis dan karakteristik khusus yang dimiliki klien. Informasi yang diberikan meliputi:
 - 1) Metode Kontrasepsi yang direkomendasikan Metode yang direkomendasikan adalah metode yang berada dalam Kategori 1 atau 2 (untuk metode non-sterilisasi), serta A atau C (untuk metode sterilisasi). Pada contoh di atas, untuk klien post-partum 48 jam s/d < 4 minggu dengan hipertensi ≥160 mmHg dan diabetes melitus, metode kontrasepsi yang direkomendasikan adalah:
 - Pil progestin saja, atau

- Implant progesterone, LNG/ETG, atau
- Vasektomi (untuk suami klien)

2) Metode Kontrasepsi yang tidak direkomendasikan metode yang tidak direkomendasikan adalah metode yang berada dalam Kategori 3 atau 4 (untuk metode non-sterilisasi), serta D atau S (untuk metode sterilisasi).

Pada contoh di atas, untuk klien post-partum 48 jam s/d < 4 minggu dengan hipertensi ≥ 160 mmHg dan diabetes melitus, metode kontrasepsi yang tidak direkomendasikan adalah yang selain metode pada butir (a). Berikanlah informasi bahwa metode yang tidak direkomendasikan ini mungkin dapat memperburuk kondisi medis atau membuat risiko kesehatan tambahan pada klien. Selain itu, kondisi medis atau karakteristik khusus yang dimiliki klien juga dapat mempengaruhi efektivitas metode kontrasepsi yang tidak direkomendasikan tersebut

- Bila klien setuju dengan hasil penapisan, lanjutkanlah dengan permintaan informed consent dan pemberian pelayanan kontrasepsi sesuai standar.
- Bila klien tidak setuju dengan hasil penapisan, lakukanlah konseling ulang pada kunjungan berikutnya atau berikanlah kesempatan kepada klien untuk berdiskusi bersama pasangan. Sementara itu, anjurkan klien dan pasangan untuk menggunakan kontrasepsi metode barrier/ kondom.
- Lakukan pencatatan hasil penapisan dan keputusan klien pada rekam medis dan buku KIA

2.7 MANAGEMEN KEBIDANAN

2.7.1 Definisi

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode pemberian pelayanan yang utuh dan menyeluruh dari bidan ke kliennya, yang merupakan suatu proses manajemen kebidanan yang diselenggarakan untuk memberikan pelayanan yang berkualitas melalui tahapan dan langkah – langkah yang disusun secara sistematis

untuk mendapatkan data, memberikan pelayanan yang benar sesuai dengan keputusan klinik yang dilakukan dengan tepat.

2.7.2 Tujuh Langkah Varney

- 1) Langkah pertama: Pengumpulan data dasar, Melakukan pengkajian dengan pengumpulan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien meliputi, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, meninjau catata terbaru atau catatan sebelumnya, meninjau data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil study.
- 2) Langkah kedua: Intepretasi data dasar, menetapkan disgnosis atau masalah berdasarkan penafsiran data dasar yang telah dikumpulkan.
- 3) Langkah ketiga: Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial, berdasarkan diagnosa mengantisipasi penanganannya atau masalah yang telah ditetapkan.
- 4) Langkah keempat: Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera, untuk melakukan konsultasi kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi lain.
- 5) Langkah kelima: Perencanaan tindakan yang dilakukan, merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi dan diantisipasi.
- 6) Langkah keenam: Pelaksanaan, melaksanakan rencana asuhan komprehensif. Pelaksanaan yang efisien akan berhubungan dengan waktu dan biaya dapat meningkatkan mutu dan asuhan klien.
- 7) Laporan ketujuh: Evaluasi, keefektifkan dan asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan

2.7.3 Pendokumentasian Kebidanan

A. Pengkajian

1) Data Subjektif

Merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh dari anamnesis. Data Subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang

akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Data subyektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

a. Biodata

1) Nama

Identitas dimulai dengan Nama pasien, yang harus lengkap: Nama depan, Nama tengah (bila ada).

2) Umur

Penting dikaji karena salah satu hal yang dapat mempengaruhi kondisi ibu. USIA ibu kurang dari 19 tahun dan USIA ibu lebih dari 35 tahun termasuk resiko tinggi dalam kehamilan.

3) Pendidikan

Perlu dikaji untuk mengetahui tingkat pendidikan pasien dan memudahkan dalam pemberian informasi dan pendekatan selanjutnya yang berhubungan dengan kehamilan.

4) Pekerjaan

Perlu dikaji karena ibu yang bekerja cenderung lelah fisik atau stress, sehingga berpotensi mengalami persalinan preterm.

5) Suku bangsa

Perlu dikaji karena perilaku seseorang tentang kesehatan dan penyakit sering berhubungan dengan agama dan suku bangsa.

6) Agama

Kepercayaan dan tradisi dapat menghambat perilaku hidup sehat.

7) Alamat

Perlu dikaji untuk mengetahui tentang keadaan dan kondisi tempat tinggalnya

b. Alasan Datang

Perlu dikaji untuk mengetahui alasan datang ke petugas kesehatan,

c. Keluhan Utama

Perlu dikaji merupakan dasar utama untuk memulai evaluasi masalah pasien

d. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Dahulu

Data yang perlu dikaji adalah penyakit yang pernah di derita baik itu pada masa kanak-kanak dan masa dewasa, penyakit Spesifik seperti diabetes mellitus, penyakit jantung dan penyakit menular HIV/AIDS, tuberkolosis, epilepsi. Yang dapat berakibat terjadinya resiko tinggi pada kehamilan

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Data-data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan masa kehamilan, persalinan dan nifas. Penyakit yang dikaji antara lain: Penyakit jantung, hipertensi, DM, TBC, ginjal, asma, HIV.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, apabila ada penyakit keluarga yang menyertainya. Penyakit yang dikaji antara lain: penyakit jantung, hipertensi, Diabetes Mellitus (DM), TBC, ginjal, asma, epilepsi, malaria, penyakit kelamin, HIV/AIDS serta riwayat keturunan kembar.

e. Riwayat Obstetri

1) Riwayat haid

Perlu dikaji untuk mengetahui tentang usia saat *menarche*, frekuensi, lamanya, sifat darah yang keluar, dismenorhe, HPHT dan HPL. Umur kehamilan dapat diketahui berdasarkan HPHT dan HPL yang dipergunakan untuk mengetahui perkiraan persalinan.

2) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

Perlu dikaji untuk mengetahui keadaan kesehatan ibu selama hamil, ada atau tidaknya penyakit, upaya mengatasi penyakit tersebut. Pada persalinan penyulit dalam persalinan, cara melahirkan, siapa yang menolong dalam persalinan. Dan penyulit-penyulit dalam nifas. (Gravida (G)...Para (P)...Abortus (Ab)...Anak hidup (Ah)...), meliputi: perdarahan pada kehamilan, persalinan dan nifas yang

lalu, hipertensi dalam kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, BB lahir bayi <2500 gr atau >4000 gr serta masalah selama kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu.

3) Riwayat kehamilan sekarang

Perlu dikaji untuk mendeteksi komplikasi, beberapa ketidaknyamanan dan keluhan yang dialami pasien, Riwayat ANC, Gerakan janin, obat yang dikonsumsi termasuk jamu.

f. Status perkawinan

Penting untuk mengkaji untuk mengetahui gambaran mengenai suasana rumah tangga dengan pasangan yang meliputi usia pertama menikah, lama menikah, status pernikahan, dan pernikahan ke berapa.

g. Riwayat KB

Meliputi, jenis metode yang dipakai, waktu, tenaga dan tempat saat pemasangan dan berhenti, keluhan atau alasan berhenti.

h. Pola Kebutuhan Sehari – Hari

1. Nutrisi

Untuk mengetahui pola makan dan minum selama hamil dan makanan apa saja yang dikonsumsi. Pada dasarnya dianjurkan makan sesuai isi piringku. Nilai gizi dapat ditentukan dengan bertambahnya berat badan 6,5 sampai 15 kg selama hamil. Karena bertambahnya berat badan terlalu besar dan kurang akan berakibat terjadinya penyulit pada kehamilan

2. Eliminasi

Untuk mengetahui kebiasaan buang air kecil maupun buang air besar, Pada ibu hamil TM I dan TM III Akan terjadi sering kencing (*Nekturia*) karena semakin membesarnya uterus sehingga menekan kandung kemih.

3. Istirahat

Perlu dikaji jadwal tidur dan istirahat, Karena istirahat dan tidur teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin.

4. Pola kativitas

Perlu dikaji, Karena semakin tua kehamilan aktifitas bekerja harus makin dikurangi dan bekerjalah sesuai dengan kemampuan. Olahraga saat hamil dianjurkan adalah jalan-jalan waktu pagi hari untuk ketenangan dan mendapatkan udara segar.

5. Personal hygiene

Perlu Dikaji untuk mengetahui apakah ibu menjaga Personal hygiene atau tidak, sehingga dapat mempengaruhi kesehatan ibu. Perlu pengawasan gigi saat hamil, karena sering terjadi karies gigi yang berkaitan dengan emesis-hiperemesis gravidarum, hipersalivasi dapat menimbulkan timbunan kalsium di sekitar gigi.

6. Hubungan seksual

Perlu dikaji, Hamil bukan halangan untuk melakukan hubungan seksual. Hubungan seksual disarankan untuk dihentikan apabila ada indikasi

i. Riwayat psikososial

Riwayat psikososial meliputi: pengetahuan dan respon ibu terhadap kehamilan dan kondisi yang dihadapi saat ini, jumlah keluarga dirumah, respon keluarga terhadap kehamilan, dukungan keluarga, pengambilan keputusan dalam keluarga, tempat melahirkan dan penolong yang diinginkan ibu.

2) Data Objektif

Merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh dari melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium / pemeriksaan diagnostik lain. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

a. Pemeriksaan umum

1. Keadaan umum

Keadaan umum pasien dapat diketahui dengan Cara kesan keadaan sakit, posisi pasien, kesadaran dan kesan status gizi. Hasil

pengamatan yang dilaporkan kriterianya adalah sebagai berikut :

a) Baik

Jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami katergantungan dalam berjalan.

b) Lemah

Pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respons yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu berjalan sendiri.

2. Tingkat kesadaran

a) Composmentis: Sadar penuh

b) Apatis: Acuh tak acuh

c) Somnolen: Selalu ingin tidur, mengantuk tetapi dapat mengikuti perintah sederhana ketika dirangsang.

d) Delirium: Kesadaran menurun serta kacau motoric,

e) berontak, teriak.

f) Sopor: Sangat sulit untuk dibangunkan, tidak konsisiten.

g) Semikomatosa: Reaksi terhadap nyeri saja, tidak mengikuti perintah atau tidak berbicara koheren.

h) Koma: Kesadaran hilang dan tidak berespon pada setiap stimulus

3. Tanda – tanda vital

a) Tekanan darah

Untuk mendeteksi ada tidaknya resiko hipertensi dalam kehamilan yang bisa mengacu ke preeklamsi.

b) Nadi

Untuk mendeteksi apakah nadi regular atau ireguler.

c) Suhu

Mendeteksi ada tidaknya demam yang mengacu pada resiko infeksi.

d) Respirasi

Mendeteksi kecepatan pernafasan apakah ada riwayat asma

yang akan berpengaruh pada proses persalinan kelak.

e) Berat badan

Untuk menilai status gizi ibu selama hamil

f) Tinggi badan

Untuk Mengetahui tinggi badan pasien normal atau tidak, normalnya lebih dari 145 cm. Apabila ibu mempunyai tinggi badan kurang dari 145 cm dapat dicurigai ibu memiliki panggul sempit.

g) Lila

Ukuran normalnya adalah 23,5 cm atau lebih, perlu ditanyakan untuk mengetahui status gizi ibu. Apabila ibu mempunyai LILA kurang dari 23,5 cm maka dapat dicurigai bahwa ibu mengalami kekurangan energi kronik (KEK).

h) IMT (indeks massa tubuh)

Untuk mengetahui status gizi ibu hamil

b. Pemeriksaan fisik

1) Inspeksi

Mengamati bagian luar tubuh ibu hamil

a) Bentuk kepala: Untuk mengetahui bentuk kepala ibu mesocephal, rambut lurus/keriting, bersih/kotor, rontok/tidak.

b) Muka: Pada ibu hamil biasanya akan muncul cloasma gravidarum, ada bengkak/tidak.

c) Mata: Untuk mengetahui keadaan sclera normal atau tidak dan keadaan mata normal.

d) Hidung: Untuk mengetahui keadaan dan bentuk hidung. Ada polip/tidak, pernapasan cuping hidung/tidak.

e) Mulut: Melihat keadaan bibir, gigi dan gusi, lidah. Selama hamil sering terjadi karies berkaitan dengan emesis - hipergravidarum, hipersalivasi dapat menimbulkan timbunan kalsium disekitar gigi.

- f) Telinga: Untuk mengetahui keadaan telinga luar, saluran telinga, gendang telinga, dan pendengaran, pada ibu hamil TM III
- g) Leher: Untuk mengetahui adan pembesaran kelenjar thyroid atau tidak,
- h) Payudara: Pada kehamilan payudara akan membesar dan tegang dan tampak lebih kehitaman, areola hiperpigmentasi, glandula montgomeri tampak lebih jelas, puting susu menonjol.
- i) Abdomen: Untuk mengetahui ada striae gravidarum dan linea nigra. Melihat bentuk membesarnya uterus apakah sesuai dengan usia kehamilan. Serta menentukan TFU pada ibu hamil TM III.
- j) Genetalia: Melihat bentuk, warna, pembengkakan, luka, varises, pengeluaran cairan (warna, konsistensi, jumlah). Pada kehamilan TM III keadaan genetalia normal.
- k) Anus: ada tidaknya hemoroid
- l) Ekstermitas:
 - Atas: Untuk melihat adanya oedem pada jari.
 - Bawah: Untuk melihat adanya oedem pada pergelangan kaki, refleks tendon dalam kuadrisep (kedutan lutut), Varises dan tanda homans jika ada indikasi

2) Palpasi

Meraba bagian tubuh klien untuk merasakan adanya kelainan.

- a) Kepala: untuk mengidentifikasi ada tidaknya benjolan abnormal
- b) Leher: ada/tidaknya pembesaran kelenjar tiroid, pembesaran vena jugularis, pembesaran kelenjar limfe.
- c) Dada: keluar/tidak kolostrum, adakah massa abnormal, adakah cairan abnormal yang keluar dari puting
- d) Abdomen: Palpasi abdomen untuk mengetahui letak, presentasi, posisi (usia kehamilan >36 minggu), DJJ dengan

funandoskop jika usia kehamilan >18 minggu. Pemeriksaan Leopold:

- Leopold I: Menentukan TFU dan bagian janin yang berada di fundus.
- Leopold II: Menentukan batas samping atau bagian kanan dan kiri rahim ibu dan menentukan letak punggung janin.
- Leopold III: Menentukan bagian terendah janin
- Leopold IV: Menentukan bagian terbawah janin dan seberapa masuknya

TBJ: Dilakukan untuk mengetahui berat badan janin Rumus
 $TBJ (TFU-n) \times 155 = \text{gram}$

N: Posisi kepala masih diatas spina ischiadika atau dibawah.
Bila diatas dikurangi 12, bila sudah masuk dibawah dikurangi 11.

- e) Genetalia: keadaan kelenjar bartolini, dan nyeri tekan
- f) Ekstremitas: Odema kaki & tangan, varises.

3) Auskultasi

- a) Dada: bunyi nafas normal/tidak, intensitas regular/tidak, bunyi jantung normal/tidak.
- b) Abdomen: mengetahui bising usus dan DJJ (denyut jantung janin (120-160x/menit))

4) Perkusi

- a) Abdomen: Dilakukan dengan mengetuk-ngetuk ringan pada dinding perut ibu untuk menilai batas-batas organ seperti hati dan ginjal, serta untuk mendeteksi adanya cairan atau gas dalam rongga perut
- b) Ekstremitas: mengecek reflek patella

c. Pemeriksaan penunjang

- 1) Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golda, hemoglobin darah

(pada TM I dan TM III), protein urine, dan pemeriksaan spesifik triple eliminasi yaitu HIV, Hepatitis, Siphilis.

2) Pemeriksaan USG

Pemeriksaan USG pada TM I dimaksudkan untuk memastikan ada tidaknya kantong kehamilan. Pada akhir TM III menjelang persalinan, pemeriksaan USG dimaksudkan untuk memastikan presentasi janin, kecukupan air ketuban, tafsiran berat janin, denyut jantung janin dan mendeteksi adanya komplikasi.

3) Pemeriksaan CTG

Bertujuan untuk mengkaji kesejahteraan janin

B. Interpretasi Data Dasar

Diagnosa kebidanan dari data dasar hasil analisis dan interpretasi dari data subjektif dan objektif yang akan diproses menjadi masalah atau diagnosis.

1) Diagnosa:

“Ny_G_P_A_ umur_tahun, Usia Kehamilan (UK)_minggu Keadaan Ibu dan janin baik”

2) Masalah:

Perumusan masalah disesuaikan dengan kondisi ibu. Rasa takut, cemas, khawatir dan rasa nyeri merupakan permasalahan yang dapat muncul pada proses persalinan.

C. Diagnosa Potensial

Pada langkah ini mengidentifikasi masalah/diagnosa potensial berdasarkan rangkaian masalah yang lain. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila mungkin di lakukan pencegahan, sambil terus memantau kondisi pasien diharapkan dapat melakukan asuhan yang aman.

Untuk mengetahui komplikasi yang dapat di alami seorang wanita hamil TM I, II, III yaitu terjadi persalinan preterm, kehamilan ganda, perdarahan pervaginam, perdarahan solutis plasenta, kehamilan dengan ketuban pecah dini, kehamilan dengan preklampsia-eklampsia

D. Identifikasi Kebutuhan Akan Tindakan Segera Atau Kolaborasi dan Konsultasi

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan untuk

dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan dokter sesuai dengan kondisi ibu hamil

E. Planning

Planning / perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data. Planning dalam metode SOAP ini juga merupakan gambaran pendokumentasian Implementasi dan Evaluasi. Sehingga P dalam SOAP meliputi pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah kelima, keenam dan ketujuh.

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh berdasarkan langkah sebelumnya. Semua perencanaan harus dibuat sesuai dengan pertimbangan yang tepat meliputi pengetahuan, teori yang up to date, perawatan berdasarkan bukti (*evidencebased care*), serta divalidasikan dengan asumsi mengenai apa yang diinginkan dan tidak diinginkan oleh ibu hamil.

F. Pelaksanaan Asuhan Kebidanan

Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah sebelumnya dilaksanakan secara efisien dan aman. Realisasi perencanaan dapat dilakukan oleh bidan, pasien/keluarga, meskipun bidan tidak melakukannya sendiri bidan tetap memikul tanggung jawab atas terlaksananya seluruh perencanaan.

G. Evaluasi

Langkah ini sebagai pengecekan apakah rencana asuhan tersebut efektif pelaksanaannya. Meliputi evaluasi tindakan dilakukan segera dan evaluasi asuhan kebidanan yang meliputi catatan perkembangan. Setelah diberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil trimester I, II, III diharapkan ibu dapat:

- 1) Mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan memahami.
- 2) Mengerti dan memahami penyebab mual muntah yang dialaminya.
- 3) Mengerti dan bersedia melakukannya.
- 4) Mengerti dan bersedia melakukannya