

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Kehamilan

2.1.1 Definisi Kehamilan

Proses terjadinya kehamilan karena bertemunya sel telur dan sel *sperma*, maka terjadilah pembuahan. Lebih lanjut dikatakan Manuaba, bahwa kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan *janin intrauterin* mulai sejak *konsepsi* dan berakhir sampai permulaan persalinan (Prawirohardjo, 2023). Kehamilan adalah masa ketika seorang wanita membawa *embrio* atau *fetus* didalam tubuhnya (Astuti, 2025). Kehamilan sebagai *fertilisasi* atau penyatuan dari *spermatozoa* dan *ovum* dilanjutkan dengan *nidasi/implantasi* (Prawirohardjo, 2023).

Lama kehamilan berlangsung sampai pada masa persalinan *aterm* sekitar 280 sampai 300 hari dengan perhitungan sebagai berikut :

- a. Kehamilan sampai 28 minggu dengan berat *janin* 1.000 gram bila berakhir disebut keguguran.
- b. Kehamilan 29 sampai 36 minggu bila terjadi persalinan disebut *prematunitas*.
- c. Kehamilan berumur 37 sampai 42 minggu disebut *aterm*.
- d. Kehamilan melebihi 42 minggu disebut kehamilan lewat waktu atau *postterm (serotinus)*

Kehamilan dibagi menjadi 3 triwulan, yaitu :

- Triwulan pertama : 0 sampai 12 minggu
- Triwulan kedua : 13 sampai 28 minggu

- Triwulan ketiga :29 sampai 42 minggu (Prawirohardjo, 2021)

2.1.2 Tanda dan Gejala Kehamilan

Menurut Manuaba (2022) tanda dan gejala kehamilan adalah sebagai berikut

A. Tanda-tanda dugaan hamil:

1) Berhenti *menstruasi (amenorea)* :

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan *volikel de graaf* dan ovulasi. Mengetahui tanggal haid terakhir dengan perhitungan rumus *naegle* ditentukan perkiraan persalinan.

2) Mual (*nausea*) dan muntah (*emesis*):

Pengaruh *estrogen* dan *progesteron* terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan, menimbulkan mual dan muntah terutama pagi hari yang disebut *morning sickness*. Gejala ini muncul sekitar 6 minggu setelah mulainya periode *mentruasi* terakhir dan biasanya menghilang spontan 6 sampai 12 minggu kemudian.

3) Ngidam

Waktu hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam.

4) *Sinkope*/Pingsan

Terjadinya gangguan *sirkulasi* ke daerah kepala menyebabkan *iskemia* susunan *saraf* pusat. Keadaan ini menghilang setelah usia kehamilan 16 minggu.

5) Payudara tegang

Pengaruh hormon estrogen-progesteron dan somatomamotropin menimbulkan deposit lemak, air, dan garam pada payudara. Payudara membesar dan tegang. Ujung syaraf tertekan menimbulkan rasa sakit terutama pada hamil pertama.

6) Gangguan kencing

Uterus yang sedang membesar mendesak kandung kencing sehingga dapat mengakibatkan kandung kemih cepat terasa penuh sehingga sering kencing. Pada triwulan kedua sudah menghilang tetapi gejala ini muncul kembali pada waktu mendekati akhir kehamilan, ketika kepala bayi turun ke panggul ibu.

7) Konstipasi atau obstipasi

Pengaruh hormon progesterone menghambat peristaltic usus menyebabkan kesulitan buang air besar.

8) Pigmentasi kulit

a) Sekitar Pipi : *Cloasma gravidarum*.

Keluarnya melanophore hormone hipofisis anterior menyebabkan pigmentasi pada kulit .

b) Dinding Perut

Striae lividae, Striae nigra dan Linea alba makin hitam.

c) Sekitar Payudara

Hiperpigmentasi areola mammae, kelenjar *montgomery* menonjol, pembuluh darah *manifes* sekitar payudara.

9) *Epulis / hipertropi* gusi, dapat terjadi bila hamil.

10) *Varices*

Penampakan pembuluh darah vena Karena pengaruh hormon estrogen dan progesterone terjadi penampakan pembuluh darah vena, terutama bagi mereka yang mempunyai bakat. Bisa terjadi di sekitar genitalia eksterna, kaki, betis dan payudara. Dapat menghilang setelah persalinan.

B. Tanda tidak pasti kehamilan :

1) Pembesaran abdomen

Perubahan bentuk, ukuran dan konsistensi uterus.

2) Pada pemeriksaan dijumpai :

1. Tanda Hegar : rahim (isthmus uteri) menjadi lebih panjang dan lunak.
2. Tanda Chadwicks : Vulva dan vagina mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh hormon estrogen sehingga tampak makin merah dan kebiru-biruan.
3. Tanda Piskaceck: terjadinya pertumbuhan yang cepat di daerah implantasi placenta sehingga rahim bentuknya tidak sama.
4. Kontraksi Braxton Hicks: hormon progesterone mengalami penurunan dan menimbulkan kontraksi rahim.
5. Teraba Ballotement.
6. Pemeriksaan tes biologis kehamilan positif sebagian kemungkinan positif palsu (Manuaba, 2017).

C. Tanda pasti kehamilan

Tiga tanda pasti kehamilan adalah :

- 1) Denyut jantung janin terpisah dan dapat dibedakan dengan denyut jantung

ibu.

- 2) Persepsi gerakan aktif *janin* dan perabaan bagian – bagian terbesar *janin* oleh pemeriksaan. Perasaan gerakan *janin*, kadang kala antara 16 sampai 20 minggu setelah mulainya periode *menstruasi* terakhir, wanita hamil biasanya merasakan gerakan – gerakan yang berdenyut di *abdomen* dan secara bertahap bertambah intensitasnya disebut *quickening*
- 3) Pada kehamilan *Ultrasonografi* dapat dilihat bagian – bagian *janin* (Manuaba, 2022).

C. Diagnosis banding kehamilan

Pembesaran perut wanita tidak selamanya suatu kehamilan sehinggaperlu dilakukan diagnosis banding diantaranya :

1. Hamil palsu (*pseudocyesis*) atau kehamilan *spuria*.

Dijumpai tanda dugaan hamil, tetapi dengan pemeriksaan alat cangih dan tes *biologis* tidak menunjukkan kehamilan.

2. Tumor kandungan atau *mioma uteri*

Terdapat pembesaran rahim, tetapi tidak disertai tanda hamil, bentuk pembesaran tidak merata, perdarahan banyak saat menstruasi.

3. *Kista ovarium*

Pembesaran perut tetapi tidak disertai tanda hamil. Datang bulan terus berlangsung. Lamanya pembesaran perut dapat melampaui umur kehamilan. Pemeriksaan tes *biologis* kehamilan dengan hasil negatif.

4. *Hematometra*

Terlambat datang bulan yang dapat melampaui umur hamil. Perut sakit setiap bulan. Terjadi tumpukan darah dalam rahim. Tanda dan pemeriksaan hamil tidak menunjukkan hasil yang positif.

5. Sebab *himen in perforata*.

6. Kandung kemih yang penuh, dengan melakukan *kateterisasi* maka pembesaran perut akan menghilang.

2.1.3 Perubahan Anatomi Fisiologis Wanita Hamil

Kehamilan mempengaruhi tubuh ibu secara keseluruhan dengan menimbulkan perubahan *anatomi* dan *fisiologi* ibu, agar tubuh ibu mampu melindungi *embrio/janin* yang sedang berkembang dan memberikan semua yang diperlukan serta beradaptasi menyediakan tempat bagi pertumbuhan *embrio/janin*, hingga pemberian makanannya ketika *janin* lahir (Manuaba, 2022). Perubahan anatomi dan fisiologi dalam kehamilan sebagai berikut :

1. Uterus

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (*janin, plasenta, amnion*) sampai persalinan. Uterus mempunyai kemampuan yang luar biasa untuk bertambah besar dengan cepat. Selama kehamilan dan pulih kembali seperti keadaan semula dalam beberapa minggu setelah persalinan. Pada perempuan tidak hamil uterus mempunyai berat 30 g dan kapasitas 10 ml atau kurang. Selama kehamilan, uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung *janin*,

plasenta, dan *cairan amnion* rata-rata pada akhir kehamilan volume totalnya mencapai 51 bahkan dapat mencapai 201 atau lebih dengan berat rata-rata 1100 g.

2. Serviks

Satu bulan setelah konsepsi *serviks* akan menjadi lebih lunak dan kebiruan. Perubahan ini terjadi akibat penambahan *vaskularisasi* dan terjadinya *edema* pada seluruh *serviks*, bersamaan dengan terjadinya *hipertrofi* dan *relative* pada kelenjar-kelenjar *serviks*. Berbeda kontras dengan *korpus*, *serviks* hanya memiliki 10 — 15 % otot polos. Jaringan ikat *ekstraselular serviks* terutama *kolagen* tipe 1 dan 3 dan sedikit tipe 4 pada *membrane basalis*. Di antara molekul- molekul *kolagen* itu, berkatalasi *glikosaminoglikan* dan *proteoglikan*, terutama *dermatan sulfat*, *asam hialuronat*, dan *heparin sulfat*. Juga ditemukan *relative* dan *elastin* di antara serabut *kolagen*. Rasio tertinggi *elastin* terhadap *kolagen* terdapat di *ostium interna*. Baik *elastin* maupun otot polos semakin menurun jumlahnya mulai dari *ostium interna* ke *ostium eksterna*.

3. Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan *folikel* bari juga ditunda. Hanya satu *korpus luteum* yang dapat ditemukan di ovarium. *Folikel* ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan

berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah yang relatif minimal.

4. Vagina dan Perineum

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hiperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot di perineum dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat berwarna keunguan yang dikenal dengan tanda *Chadwick*. Perubahan ini meliputi penipisan mukosa dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan hipertrofi dari sel-sel otot polos.

5. Kulit

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam, dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan nama *striae gravidarum*. Pada *multipara* selain *striae* kemerahan itu seringkali ditemukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan sikatrik dari *striae* sebelumnya.

6. Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena di bawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak. Setelah bulan pertama suatu cairan berwarna kekuningan yang disebut *kolustrum* dapat keluar. *Kolustrum* ini berasal dari kelenjar-

kelenjar asinus yang mulai bersekresi. Meskipun dapat dikeluarkan, air susu belum dapat diproduksi karena hormon *prolaktin* ditekan oleh *prolaktin inhibiting hormone*.

7. Perubahan Metabolik

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah, dan cairan *ekstraselular*. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg.

8. Sistem Kardiovaskular

Pada minggu ke-5 *cardiac output* akan meningkat dan perubahan ini terjadi untuk mengurangi *resistensi vaskular sistemik*. Selain itu, juga terjadi peningkatan denyut jantung. Antara minggu ke- 10 dan 20 terjadi peningkatan volume plasma sehingga juga terjadi peningkatan *preload*. *Performa ventrikel* selama kehamilan dipengaruhi oleh penurunan *resistensi vaskular sistemik* dan perubahan pada aliran *pulsasi arterial*. Kapasitas vaskular juga akan meningkat untuk memenuhi kebutuhan. Peningkatan *hormon estrogen* dan *progesteron* juga akan menyebabkan terjadinya *vasodilatasi* dan penurunan *resistensi vaskular perifer*.

9. Traktus Digestives

Seiring dengan makin besarnya uterus, lambung dan usus akan tergeser. Demikian juga dengan yang lainnya seperti *apendiks* yang akan bergeser ke arah atas dan lateral. Perubahan yang nyata akan

terjadi pada penurunan motilitas otot polos pada *traktus digestives* dan penurunan sekresi asam *hidroklorid* dan peptin di lambung sehingga akan menimbulkan gejala berupa *pyrosis (heartburn)* yang disebabkan oleh refleksi asam lambung ke *esofagus* bawah sebagai akibat perubahan posisi lambung dan menurunnya tones *sfincter esofagus* bagian bawah. Mual terjadi akibat penurunan asam *hidroklorid* dan penurunan *motilitas*, serta *konstipasi* sebagai akibat penurunan *motilitas* usus besar.

10. Traktus Urinarius

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kemih akan tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga menimbulkan sering berkemih. Keadaan ini akan hilang dengan makin tuanya kehamilan bila uterus keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, jika kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul, keluhan itu akan timbul kembali. Ginjal akan membesar, *glomerular filtration rate*, dan *renal plasma flow* juga akan meningkat. Pada *ekskresi* akan dijumpai kadar *asam amino* dan vitamin yang larut air dalam jumlah yang lebih banyak. *Glukosuria* juga merupakan suatu hal yang umum, tetapi kemungkinan adanya *diabetes mellitus* juga tetap harus diperhitungkan. Sementara itu, *proteinuria* dan *hematuria* merupakan suatu hal yang abnormal.

11. Sistem Endokrin

Selama kehamilan normal kelenjar *hipofisis* akan membesar \pm

135 %. Akan tetapi, kelenjar ini tidak begitu mempunyai arti penting dalam kehamilan. Pada perempuan yang mengalami *hipofisektomi* persalinan dapat berjalan dengan lancar. Hormon *prolaktin* akan meningkat 10 x lipat pada saat kehamilan aterm. Sebaliknya, setelah persalinan konsentrasinya pada *plasma* akan menurun. Hal ini juga ditemukan pada ibu-ibu yang menyusui. Kelenjar *tiroid* akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari *hiperplasia* kelenjar dan peningkatan *vaskularisasi*.

Pengaturan konsentrasi kalsium sangat berhubungan erat dengan *magnesium*, *fosfat*, *hormon paratiroid*, vitamin D, dan *kalsitonin*. Adanya gangguan pada salah satu faktor itu akan menyebabkan perubahan pada yang lainnya. Konsentrasi *plasma hormon paratiroid* akan menurun pada trimester pertama dan kemudian akan meningkat.

12. Sistem Muskuloskeletal

Lordosis yang *progresif* akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat *kompensasi* dari pembesaran uterus ke posisi *anterior*, *lordosis* menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah dua tungkai. Sendi *sakroiliaka*, *sakrokoksigis* dan *pubis* akan meningkat mobilitasnya, yang diperkirakan karena pengaruh *hormonal*. *Mobilitas* tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap ibu dan pada akhirnya menyebabkan perasaan

tidak enak pada bagian bawah punggung terutama pada akhir kehamilan (Prawirohardjo, 2024).

2.1.4 Perubahan dan Adaptasi psikologis dalam kehamilan

Menurut Dewi dan Sunarsih (2023) perubahan dan adaptasi psikologis dalam kehamilan dalam pembagian trimester adalah sebagai berikut :

a. Trimester I (1 – 3 bulan)

Segera setelah terjadi *konsepsi* kadar hormon *progesteron* dan *estrogen* dalam tubuh meningkat dan ini menyebabkan timbulnya mual muntah pada pagi hari, lemah, lelah dan membesarnya payudara. Ibu merasa tidak sehat dan sering kali membenci kehamilannya. Banyak ibu yang merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan dan kesedihan. Seringkali pada awal kehamilan, ibu berharap untuk tidak hamil.

Pada trimester pertama seseorang ibu akan selalu mencari tanda- tanda untuk lebih meyakinkan bahwa dirinya memang hamil. Setiap perubahan yang terjadi pada tubuhnya akan selalu diperhatikan dengan seksama. Karena perutnya masih kecil, kehamilan merupakan rahasia seseorang ibu untuk mungkin diberitahunya kepada orang lain atau dirahasiakannya. Hasrat untuk melakukan hubungan seks, pada wanita pada trimester pertama ini berbeda-beda. Walaupun beberapa wanita mengalami gairah seks yang lebih tinggi, kebanyakan mereka mengalami penurunan *libido* selama periode ini. Keadaan ini menciptakan kebutuhan untuk berkomunikasi secara terbuka dan jujur dengan suami. Banyak wanita merasa butuh untuk dicintai dan merasakan kuat untuk mencintai namun

tanpa berhubungan seks. *Libido* sangat dipengaruhi oleh kelelahan, rasa mual, pembesaran payudara, keprihatinan. Semua ini merupakan bagian normal dari proses kehamilan pada trimester pertama.

b. Trimester II (4-6 bulan)

Trimester kedua biasanya adalah saat ibu merasa sehat. Tubuh ibu sudah terbiasa dengan keadaan *hormone* yang lebih tinggi dan merasa tidak nyaman karena hamil sudah berkurang. Perut ibu belum terlalu besar sehingga belum dirasakan sebagai beban. Ibu sudah menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energi dan pikirannya secara lebih konstruktif. Pada trimester ini pula ibu dapat merasakan gerakan bayinya, dan ibu mulai merasakan kehadiran bayinya sebagai seseorang di luar dirinya sendiri. Banyak ibu yang merasa terlepas dari rasa kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti yang dirasakan pada trimester pertama dan merasakan meningkatnya *libido*.

c. Trimester ketiga (7 – 9 bulan)

Trimester ketiga seringkali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan 2 hal yang mengingatkan ibu akan bayinya. Kadang-kadang ibu merasa khawatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu-waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaannya akan timbulnya tanda dan gejala akan terjadinya persalinan. Ibu seringkali takut kalau-kalau bayi yang akan dilahirkannya tidak normal. Kebanyakan ibu juga akan bersikap melindungi bayinya dan

akan menghindari orang atau benda apa saja yang dianggapnya membahayakan bayinya. Seorang ibu mungkin mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu melahirkan.

Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ketiga dan banyak ibu yang merasa dirinya aneh dan jelek. Disamping itu ibu mulai merasa sedih karena akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil. Pada trimester inilah ibu memerlukan perhatian dan dukungan darisuami, keluarga dan bidan.

2.1.5 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

a. Aktivitas fisik

Aktivitas fisik dapat dilakukan seperti biasa (tingkat aktivitas ringan sampai sedang), seperti istirahat minimal 15 menit tiap 2 jam. Jika duduk/berbaring dianjurkan kaki agak ditinggikan. Jika tingkat aktivitas berat, dianjurkan untuk dikurangi, istirahat harus cukup. Olahraga dapat ringan sampai sedang, sebaiknya dipertahankan jangan sampai denyut nadi melebihi 140 kali per menit. Jika ada gangguan/keluhan yang dapat membahayakan (misalnya *perdarahan per vaginam*), maka aktivitas fisik harus dihentikan.

b. Pekerjaan

Hindari pekerjaan yang membahayakan, terlalu berat, atau berhubungan dengan radiasi/bahan kimia, terutama pada usia kehamilan muda.

c. Imunisasi

Imunisasi yang dibutuhkan oleh ibu hamil yang terutama adalah *tetanus toksoid*. Imunisasi lain diberikan sesuai indikasi.

d. Berpergian/*mobilisasi*

Tidak perlu khawatir bepergian dengan menumpang pesawat, mobil, yang penting adalah memperhatikan posisi duduk, tidak mengangkat barang bawaan yang berat dan menggunakan sepatu yang haknya lebih rendah.

e. Mandi dan cara berpakaian

Mandi cukup seperti biasa. Pemakaian sabun khusus/*antiseptik vagina* tidak dianjurkan karena justru dapat mengganggu *flora normal vagina*. Penggunaan pakaian tidak boleh ketat atau tidak menekan vena, Berpakaian nyaman sebaiknya memungkinkan pergerakan, pernapasan, dan *respirasi* yang leluasa dengan jenis pakaian yang dapat menyerap keringat.

f. Senggama atau *koitus*

Hubungan seksual dapat dilakukan seperti biasa kecuali jika terjadi perdarahan atau keluar cairan dari kemaluan, maka harus dihentikan (*abstinentia*). Jika ada, riwayat *abortus* sebelumnya, *koitus* ditunda sampai usia kehamilan di atas 16 minggu, di mana diharapkan plasenta sudah terbentuk, dengan *implantasi* dan fungsi yang baik.

g. Perawatan *mammae* dan *abdomen*

Jika terjadi *papila retraksi*, dibiasakan *papila* untuk ditarik secara

manual dengan pelan. *Striae* atau *hiperpigmentasi* dapat terjadi, tidak perlu dikhawatirkan berlebihan.

h. Hewan peliharaan

Hewan peliharaan dapat menjadi pembawa infeksi (misalnya bulu kucing/burung dapat mengandung parasit *toksoplasma*). Oleh karena itu, dianjurkan untuk menghindari kontak.

i. Merokok/minuman keras/obat-obatan

Harus dihentikan sekurang-kurangnya selama kehamilan dan sampai persalinan, nifas, dan menyusui selesai. Obat-obat *depresan adiktif* (narkotika dan sebagainya) *mendepresi sirkulasi janin* dan menekan perkembangan susunan saraf pusat pada janin, maka sebaiknya dihindari untuk pemakaian obat-obatan selama kehamilan terutama trimester I.

j. Gizi atau nutrisi

Makanan sehari-hari yang dianjurkan adalah yang memenuhi standar kecukupan gizi untuk ibu. hamil. Untuk pencegahan *anemia defisiensi*, diberi tambahan vitamin dan tablet Fe (Dewi dan Sunarsih, 2024).

2.1.6 Pelayanan Asuhan Standar Antenatal

Antenatal Care (ANC) Bertujuan untuk mencegah terjadinya komplikasi pada masa kehamilan dan pascapersalinan terutama ditujukan untuk pertumbuhan dan perkembangan janin pada rahim. Standar waktu pelayanan antenatal adalah minimal 6 kali selama kehamilan yaitu minimal

1 kali pada triwulan pertama, 2 kali pada triwulan kedua, dan minimal 3 kali pada triwulan ketiga untuk menjamin perlindungan kepada ibu hamil, berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan dan penanganan komplikasi (Kemenkes RI, 2021).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No.34 tahun 2016 program pelayanan asuhan antenatal harus sesuai standar yaitu 10T:

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Dalam keadaan normal kenaikan berat badan ibu dari sebelum hamil dihitung dari trimester I sampai trimester III yang berkisar 12,5 kg dan kenaikan berat badan setiap minggu yang tergolong normal adalah 0,4 – 0,5 kg tiap minggu mulai trimester II. Berat badan ideal untuk ibu hamil sendiri tergantung dari IMT (Indeks Masa Tubuh) ibu sebelum hamil.

Indeks masa tubuh adalah hubungan antara tinggi badan dan berat badan. Rumus menghitung IMT. $IMT = \frac{\text{Berat badan (kg)}}{(\text{Tinggi Badan (m)})^2}$. Kemungkinan penambahan berat badan hingga maksimal 12,5 kg (Sari, Ulfa, dan Daulay, 2023).

2. Ukur tekanan darah

Mengukur tekanan darah pada ibu hamil guna mendeteksi adanya faktor risiko berupa hipertensi dalam kehamilan. Ibu hamil dinyatakan memiliki tekanan darah tinggi bila tekanan diastolik $\geq 110\text{mmHG}$ pada satu kali pengukuran atau $\geq 90\text{ mmHg}$ pada 2 kali pengukuran setiap 4 jam. (WHO, 2023).

3. Nilai status gizi

Lingkar Lengan Atas (LILA) berguna untuk skrining malnutrisi protein yang biasanya digunakan oleh DepKes untuk mendeteksi ibu hamil dengan resiko melahirkan BBLR bila LILA < 23,5 cm (Wirjatmadi, 2012). Pengukuran LILA dimaksudkan untuk mengetahui apakah seseorang menderita Kurang Energi Kronis. Ambang batas LILA wanita usia subur dengan risiko KEK di Indonesia adalah 23,5 cm. Apabila ukuran kurang dari 23,5 cm atau dibagian merah pita LILA, artinya wanita tersebut mempunyai risiko KEK, dan diperkirakan akan melahirkan berat bayi lahir rendah (Winarsih, 2019).

4. Ukur tinggi fundus uteri

Menurut Prawirohardjo (2022) tinggi fundus uteri berdasarkan usia kehamilan yaitu ± 2 cm yang berarti TFU ibu sesuai dengan usia kehamilannya. Namun, pada usia kehamilan 39 minggu tinggi fundus uteri 35 cm, pada usia kehamilan 40 minggu tinggi fundus uteri 35 cm dan usia kehamilan 41 minggu 34 cm. Hal tersebut terjadi karena kepala bayi telah masuk ke pintu atas panggul sehingga menyebabkan penurunan tinggi fundus uteri. Menurut Manuaba (2023) panjang fundus uteri pada usia kehamilan 28 minggu adalah 25 cm, usia kehamilan 32 minggu adalah 27 cm, dan usia kehamilan 36 minggu panjangnya 30 cm. Dari pengukuran tinggi fundus uteri kita juga dapat menghitung tafsiran berat janin dengan menggunakan rumus Johnson-Tausack = $(Md - N) \times 155$. Dengan Md adalah jarak simfisis ke fundus uteri dan $N = 13$ (apabila janin belum masuk

PAP), 12 (apabila kepala janin masih berada diatas spina ischiadika) dan 11 (apabila kepala sudah dibawah spinaischiadika) (Kemenkes RI, 2023).

5. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin

Apabila trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala belum masuk panggul kemungkinan adanya kelainan letak atau ada masalah lain. Bila denyut jantung janin kurang dari 120 kali/ menit atau lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gawat janin.

6. Pemberian tablet Fe sebanyak 90 tablet

Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan; Memberikan preparat besi yaitu *fero sulfat*, *fero glukonat* atau *Nafero bisirat*. Pemberian preparat 60 mg/hari dapat menaikkan kadarHb sebanyak 1 gr%/ bulan. Saat ini program nasional menganjurkankombinasi 60 mg besi dan 50 nanogram asam folat untuk profilaksis anemia (Fatimah, Hadju dkk 2011). *World Health Organization* (WHO) merekomendasikan agar setiap ibu hamil mengonsumsi suplementasi Fe 60 mg per hari selama 6 bulan. Jika tidak dapat mengonsumsi selama 6 bulan dosisnya dinaikkan menjadi 120 mg/hari (Kemenkes RI, 2023).

7. Imunisasi TT

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

Tabel 2.1 Status Imunisasi Tetanus

Imunisasi TT	Pemberian dan selang waktu minimal	Lama perlindungan
TT1	Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus.	
TT2	1 bulan setelah TT1	3 tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun
TT4	12 bulan setelah TT3	10 tahun
TT5	12 bulan setelah TT4	>25 tahun

Sumber : Kementerian Kesehatan 2023

8. Tes laboratorium

a. Tes golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor jika sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan (Hani, Kusbandiyah, Marjati, & Yulifah, 2024).

b. Tes hemoglobin

Dilakukan pada kunjungan awal kehamilan dan kemudian diperiksa kembali menjelang persalinan. Pemeriksaan Hb adalah salah satu upaya untuk mendeteksi anemia pada ibu hamil karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan (Hani, Kusbandiyah, Marjati, & Yulifah, 2024).

- 1) Wanita dewasa (tidak hamil): 12–15.8 gr/dl
- 2) Hamil trimester pertama: 11.6–13.9 gr/dl
- 3) Hamil trimester kedua: 9.7–14.8 gr/dl
- 4) Hamil trimester ketiga: 9.5–15.0 gr/dl (WHO, 2022).

c. Tes pemeriksaan urine

1) Protein urine : untuk mengetahui adanya protein pada urine.

Proteinurine ini untuk mendeteksi ibu hamil kearah preeclampsia.

Dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi (Kamariyah, Anggasari, & Muflihah, 2024).

2) Reduksi urine : dilakukan hanya pada ibu dengan indikasi penyakit gula atau diabetes mellitus atau riwayat penyakit gula pada keluarga dan suami (Kamariyah, Anggasari, & Muflihah, 2024).

d. Tes pemeriksaan darah

Semua ibu hamil di daerah endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria dalam rangka skrining pada kontak pertama.

Ibu hamil di daerah non endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria apabila ada indikasi (Nugroho, Nurrezki, Warnaliza, & Wilis, 2024).

e. Pemeriksaan kadar gula darah

Ibu hamil yang dicurigai menderita diabetes mellitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada trimester pertama, sekali pada trimester kedua, dan satu kali pada trimester ketiga (Nugroho, Nurrezki, Warnaliza, & Wilis, 2024).

f. Pemeriksaan tes sifilis

Tes sifilis dilakukan di daerah dengan risiko tinggi dan ibu hamil yang diduga menderita sifilis. Pemeriksaan sifilis sebaiknya dilakukan

sedini mungkin pada kehamilan (Nugroho, Nurrezki, Warnaliza, & Wilis, 2024).

g. Pemeriksaan HIV

Di daerah epidemic HIV meluas dan terkontaminasi, tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan wajib menawarkan tes HIV kepada semua ibu hamil secara inklusif pada pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan (Nugroho, Nurrezki, Warnaliza, & Wilis, 2024).

9. Tatalaksana khusus

Dilakukan apabila ibu memiliki masalah dalam kesehatan saat hamil.

10. Temu wicara, termasuk juga perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi P4K serta KB pasca persalinan

Tenaga kesehatan memberi penjelasan mengenai perawatan kehamilan, pencegahan kelainan bawaan, persalinan dan inisiasi menyusui dini (IMD), nifas, perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, Keluarga Berencana dan imunisasi pada bayi (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

2.1.7 Jadwal Kunjungan Antenatal Care

Program pelayanan kesehatan ibu di Indonesia menganjurkan agar ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan minimal empat kali selama masa kehamilan. Pemeriksaan kehamilan sesuai dengan frekuensi minimal di tiap trimester, yaitu minimal satu kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), minimal satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24

minggu), dan minimal dua kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24 minggu sampai persalinan) (Kemenkes RI, 2018). Ibu hamil melakukan kunjungan antenatal care minimal empat kali yaitu :

1. Kunjungan pertama/K1 (Trimester I)

K1 adalah kunjungan pertama ibu hamil pada masa kehamilan ke pelayanan kesehatan. Pemeriksaan pertama kehamilan diharapkan dapat menetapkan data dasar yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim dan kesehatan ibu sampai persalinan. Kegiatan yang dilakukan sebagai berikut : anamnesa, pemeriksaan fisik umum, pemeriksaan khusus obstetri, penilaian risiko kehamilan, menentukan taksiran berat badan janin, pemberian imunisasi TT1, KIE pada ibu hamil, penilaian status gizi, dan pemeriksaan laboratorium.

2. Kunjungan kedua/K2 (Trimester II)

Pada masa ini ibu dianjurkan untuk melakukan kunjungan antenatal care minimal satu kali. Pemeriksaan terutama untuk menilai risiko kehamilan, laju pertumbuhan janin, atau cacat bawaan. Kegiatan yang dilakukan pada masa ini adalah anamnesis keluhan dan perkembangan yang dirasakan ibu, pemeriksaan USG, penilaian risiko kehamilan, KIE pada ibu, dan pemberian vitamin.

3. Kunjungan ketiga dan ke-empat/ K3 dan K4 (Trimester III)

Pada masa ini sebaiknya ibu melakukan kunjungan antenatal care setiap dua minggu sampai adanya tanda kelahiran. Pada masa ini dilakukan pemeriksaan: anamnesis keluhan dan gerak janin, pemberian

imunisasi TT2, pengamatan gerak janin, pemeriksaan fisik dan obstetri, nasihat senam hamil, penilaian risiko kehamilan, KIE ibu hamil, pemeriksaan USG, pemeriksaan laboratorium ulang.

Tabel 2.2 Jadwal Kunjungan ANC

Kunjungan	Pemeriksaan
TM I	Dilakukan pada saat usia kehamilan 4 minggu hingga 12 minggu dan pemeriksaan dilakukan sebanyak 2 kali.
TM II	Dilakukan pada saat usia kehamilan 13 minggu hingga 29 minggu dan dilakukan sebanyak 1 kali.
TM III	Dilakukan pada saat usia kehamilan 29 minggu hingga 40 minggu dan dilakukan sebanyak 3 kali.

Sumber: (Kementrian Kesehatan 2020)

2.2 Konsep Dasar Persalinan

2.2.1 Definisi Persalinan

Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Prawirohardjo, 2020).

2.2.2 Fisiologi Persalinan

Penyebab persalinan belum pasti diketahui, namun beberapa teori menghubungkan dengan faktor hormonal, struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh tekanan pada saraf dan nutrisi (Prawirohardjo, 2020)

1) Teori penurunan hormone

1-2 minggu sebelum partus mulai, terjadi penurunan hormone progesterone dan estrogen. Fungsi progesterone sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan ketegangan pada pembuluh darah sehingga timbul his atau kontraksi bila progesterone turun.

2) Teori oksitosin internal

Keseimbangan progesterone dan estrogen, meningkatkan pengeluaran oksitosin dan mengakibatkan peningkatan aktivitas kontraksi rahim di mana oksitosin ini merupakan suatu uterotonin yang sangat berperan penting dalam kontraksi uterus.

3) Teori prostaglandin

Peningkatan prostaglandin sejak hamil 15 minggu dikeluarkan decidua dan prostaglandin sebagai pemicu terjadinya persalinan.

2.2.3 Tahapan Persalinan

Berikut tahapan-tahapan fisiologi yang dilalui ibu dalam persalinan

(Manuaba, 2022), antara lain:

1. Kala I

Kala I atau Kala Pembukaan adalah periode persalinan yang dimulai dari his persalinan yang pertama sampai pembukaan servik menjadi lengkap

sulistiawati (2023). Berdasarkan kemajuan pembukaan maka Kala I dibagi menjadi:

- 1) Fase laten yaitu fase pembukaan yang sangat lambat ialah dari 0 sampai 3 cm yang membutuhkan waktu 8 jam.
- 2) Fase aktif yaitu fase pembukaan yang lebih cepat yang terbagi lagi menjadi:
 - a) Fase *Accelerasi* (fase percepatan), dari pembukaan 3 cm sampai 4 cm yang dicapai dalam 2 jam.
 - b) Fase Dilatasi Maksimal, dari pembukaan 4 cm sampai 9 cm yang dicapai dalam 2 jam.
 - c) Fase *Decelerasi* (kurangnya kecepatan), dari pembukaan 9 cm sampai 10 cm selama 2 jam.

Selama pemantauan kala I menggunakan lembar observasi berupa partograf. Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala I persalinan dan informasi untuk memantau/membuat keputusan klinik (JNPK-KR. 2022).

1. Tujuan utama dan penggunaan partograf
 - a. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui periksa dalam
 - b. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama

- c. Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi janin, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatat secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir

2. Hal-hal yang dicatat pada partograf

1) Informasi tentang ibu :

- a. Nama, umur
- b. Gravida, para, abortus
- c. Nomor catatan medic/no puskesmas
- d. Tanggal dan waktu mulai dirawat
- e. Waktu pecahnya selaput ketuban

2) Kondisi janin :

- a. Djj
- b. Warna dan adanya air ketuban
- c. Penyusupan (moulage) tulang cranium janin

3) Kemajuan persalinan :

- a. Pembukaan serviks
- b. Penurunan bagian terbawah atau presentasi janin
- c. Garis waspada dan garis bertindak

4) Waktu :

- a. Waktu mulainya fase aktif persalinan

- b. Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian
- 5) Kontraksi uterus :
- a. Frekuensi kontraksi dalam 10 menit
 - b. Lama atau durasi kontraksi (dalam detik)
- 6) Obat-obatan dan cairan yang diberikan :
- a. Oksitosin
 - b. Obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan
- 7) Kondisi ibu :
- a. Nadi, tekanan darah, dan suhu tubuh
 - b. Urine (volume, aseton, atau protein).
3. Pencatatan pada halaman belakang partograf

Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran bayi, serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak kala I hingga kala IV dan bayi baru lahir, bagian ini disebut catatan persalinan. Nilai dan catatkan asuhan yang diberikan kepada ibu selama masa nifas (terutama pada kala IV persalinan) untuk memungkinkan penolong persalinan mencegah terjadinya dan membuat keputusan klinik yang sesuai.

2. Kala II

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua disebut juga kala pengeluaran bayi menurut JNPK-KR (2017). Proses ini biasanya

berlangsung selama 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi.

Ada beberapa tanda dan gejala kala dua persalinan adalah ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi. Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva vagina dan sfingter ani membuka. Peningkatan pengeluaran lendir bercampur darah.

Tanda pasti kala dua ditentukan melalui periksa dalam yang hasilnya adalah pembukaan serviks telah lengkap atau terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

3. Kala III Persalinan

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta. Umumnya kala III berlangsung kurang dari 30 menit dan sebagian besar berlangsung 2-5 menit. Manajemen aktif kala tiga bertujuan untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah perdarahan dan mengurangi kehilangan darah kala tiga persalinan jika dibandingkan dengan penatalaksanaan fisiologis. Keuntungan manajemen aktif kala tiga adalah persalinan kala tiga lebih singkat, mengurangi jumlah kehilangan darah, mengurangi kejadian retensio plasenta.

Menurut JNPK-KR (2017) tiga langkah utama dalam manajemen aktif kala tiga adalah sebagai berikut :

(1) Pemberian suntikan oksitosin.

Pemberian suntikan oksitosin dilakukan dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, dengan dosis 10 IU disuntikkan pada paha luar, Namun, perlu diperhatikan dalam pemberian suntikan oksitosin adalah memastikan tidak ada bayi lain (*undiagnosed twin*) di dalam uterus. Hal itu dikarenakan oksitosin dapat menyebabkan uterus berkontraksi yang dapat menurunkan pasokan oksigen pada bayi.

(2) Penegangan tali pusat terkendali (PTT).

Klem pada tali pusat diletakkan sekitar 5-10 cm dari vulva dikarenakan dengan memegang tali pusat lebih dekat ke vulva akan mencegah evulsi tali pusat. Meletakkan satu tangan di atas simpisis pubis dan tangan yang satu memegang klem di dekat vulva. Tujuannya agar bisa merasakan uterus berkontraksi saat plasenta lepas. Segera setelah tanda-tanda pelepasan plasenta terlihat dan uterus mulai berkontraksi tegangkan tali pusat dengan satu tangan dan tangan yang lain (pada dinding abdomen) menekan uterus ke arah lumbal dan kepala ibu (*dorso-kranial*). Lakukan secara hati-hati untuk mencegah terjadinya inversio uteri. Lahirkan plasenta dengan peregangan yang lembut mengikuti kurva alamiah panggul (*posterior* kemudian *anterior*). Ketika plasenta tampak di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan mengangkat pusat ke atas dan menopang plasenta dengan tangan lainnya. Putar plasenta secara lembut hingga selaput ketuban terpinlin menjadi satu.

(3) Masase fundus uteri

Segera setelah plasenta lahir, lakukan masase fundus uteri selama 15 detik serta memastikan kontraksi baik.

4. Kala IV Persalinan

1) Batasan Kala IV

Kala IV persalinan dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum (setelah plasenta lahir).

2) Penilaian perdarahan dan tingkat robekan perineum.

Perdarahan normal yang terjadi pada saat persalinan yaitu kurang dari 500cc. Cara tak langsung untuk mengukur jumlah kehilangan darah adalah melalui penampakan gejala dan tekanan darah. Apabila perdarahan menyebabkan ibu lemas, pusing dan kesadaran menurun serta terjadi tekanan darah sistolik turun lebih dari 10 mmHg dari kondisi sebelumnya maka telah terjadi perdarahan lebih dari 500cc (JNPK-KR. 2017). Tingkat robekan atau laserasi perineum diklasifikasi berdasarkan luas robekannya yaitu (JNPK-KR. 2017).:

- a. Derajat I mencakup mukosa vagina, komisura posterior, dan kulit perineum.
- b. Derajat II mencakup derajat I ditambah dengan otot perineum.
- c. Derajat III mencakup derajat II ditambah dengan otot *sfincter ani*.
- d. Derajat IV mencakup derajat III ditambah dengan dinding depan rectum.

Menurut JNPK-KR (2017). Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan post partum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Asuhan yang harus dilakukan adalah sebagai berikut :

- a. Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap ½ jam pada 1 jam kedua pasca persalinan.
- b. Mengajarkan pada ibu dan keluarga bagaimana memasase uterus dan menilai kontraksi.
- c. Mengobservasi tekanan darah, nadi, dan kandung kemih setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap ½ jam pada 1 jam kedua pasca persalinan.
- d. Memeriksa temperature tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan.
- e. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

2.2.4 Tanda – Tanda Persalinan

Menurut Manuaba (2022), tanda-tanda permulaan persalinan :

- 1) *Lightening* atau *settling* atau *dropping*

Yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida. Pada multipara tidak begitu kentara.

- 2) Perut kelihatan lebih melebar, fundus uterus turun.
- 3) Perasaan sering-sering atau susah kencing (polakisuria) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.
- 4) Munculnya nyeri di daerah pinggang karena kontraksi ringan otot rahim. Terjadi perlunakan serviks karena terdapat kontraksi otot rahim

- 5) Serviks menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah juga bercampur darah (*bloody show*)
- 6) Tanda-tanda inpartu.

Menurut Manuaba (2022), tanda-tanda inpartu :

- (1) Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek.
- (2) Dapat terjadi pengeluaran pembawa tanda (pengeluaran lendir, lendir bercampur darah)
- (3) Dapat disertai ketuban pecah
- (4) Pada pemeriksaan dalam : dijumpai perubahan serviks perlunakan, pendataran dan pembukaan serviks

2.2.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

1) *Power*

Power adalah kekuatan atau tenaga yang mendorong janin keluar.

Kekuatan tersebut meliputi :

- (1) His (kontraksi uterus)
- (2) Tenaga mengedan

2) *Passage*

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu (bagian tulang yang padat), dasar panggul, vagina dan inntroitus vagina (Manuaba, 2022).

3) *Passanger*

- (1) Janin
- (2) *Plasenta*
- (3) Air ketuban

4) Posisi

5) *Psikologis*

Tingkat kecemasan wanita selama bersalin akan meningkat jika ia tidak memahami apa yang terjadi pada dirinya atau yang disampaikan kepadanya. Dengan kondisi psikologis yang positif proses persalinan akan lebih mudah.

6) Penolong

7) Pendamping

2.2.6 Penatalaksanaan Persalinan

Langkah-langkah penatalaksanaan dalam proses persalinan ada 60 langkah berdasarkan Asuhan Persalinan Normal, (APN 2017) yakni :

I. MENGENALI GEJALA DAN TANDA KALA DUA

- 1) Mendengar dan melihat tanda kala dua persalinan
 - a. Ibu ada merasa ada dorongan kuat dan rasa ingin meneran
 - b. Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina
 - c. Perineum tampak menonjol
 - d. Vulva dan spingter ani membuka

II. MENYIAPKAN PERTOLONGAN PERSALINAN

- 2) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir. Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi siapkan:
 - a. Tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat

- b. 3 handuk/kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi)
- c. Alat penghisap penghisap lender
- d. Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi

Untuk ibu :

- a. Menggelar kain di perut bawah ibu
 - b. Menyiapkan oksitosin oksitosin 10 unit
 - c. Alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set
- 3) Pakai celemek plastic atau dari bahan yang tidak tembus cairan
 - 4) Melepas dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering
 - 5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam
 - 6) Masukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)

III. MEMASTIKAN PEMBUKAAN LENGKAP DAN KEADAAN JANIN

- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari anterior (depan) ke posterior (belakang) menggunakan kasa atau kapas yang dibasahi air DTT
 - a. Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang

- b. Buang kapas atau kasa pembersih pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia
 - c. Jika terkontaminasi, lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut dalam larutan klorin 0,5% (langkah #9. Pakai sarung tangan DTT/ steril untuk melaksanakan langkah lanjutan
- 8) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap
- a. Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomy
- 9) Dekontaminasi sarung tangan (celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan clorin 0,5%, lepas sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam clorin 0,5% selama 10 menit) cuci tangan setelah sarung tangan dilepaskan
- 10) Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus mereda (delaksasi) untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal (120-160 x/menit)
- a. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
 - b. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan DJJ, semua temuan pemeriksaan dan asuhan yang diberikan dalam partograph

IV. MENYIAPKAN IBU DAN KELUARGA UNTUK MEMBANTU PROSES MENERAN

- 11) Beritahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik, kemudian bantu ibu menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

- a. Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada
 - b. Jelaskan pada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu dan meneran secara benar
- 12) Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat. Pada kondisi itu ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang di inginkan dan pastikan ibu merasa nyaman
- 13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat
- a. Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif
 - b. Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila cara tidak sesuai
 - c. Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama)
 - d. Anjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi
 - e. Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu
 - f. Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum)
 - g. Menilai DJJ setiap kontraksi kontraksi uterus selesai

- h. Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan lahir segera lahir setelah pembukaan lengkap dan pimpin meneran ≥ 120 menit (dua jam) pada primi gravida atau ≥ 60 menit (1 jam) pada multigravida
- 14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit

V. PERSIAPAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI

- 15) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
- 16) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu
- 17) Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan
- 18) Pakai sarung tangan DTT / steril pada kedua tangan

VI. PERTOLONGAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI

Lahirnya Kepala

- 19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu meneran secara efektif atau bernafas cepat dan dangkal
- 20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi) segera lanjutkan proses kelahiran bayi

Perhatikan:

- a. Jika tali pusat melilit secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi
- b. Jika tali pusat melilit secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat di antara dua klem tersebut

21) Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan.

Lahirnya bahu

22) Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang

Lahirnya Badan dan Tungkai

23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah untuk menolong kepala dan bahu. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas

24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk di antara kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk)

VII. ASUHAN BAYI BARU LAHIR

25) Lakukan penilaian (selintas):

- a. Apakah bayi cukup bulan?
- b. Apakah bayi menangis menangis kuat dan / atau bernafas tanpa kesulitan?
- c. Apakah bayi bergerak dengan aktif

Bila salah satu jawaban “TIDAK” lanjut ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia (lihat penuntun belajar resusitasi bayi Asfiksia).

Bila semua jawaban “YA” lanjut ke-26

- 26) Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu
- 27) Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gamelli)
- 28) Beritahu ibu bahwa dia akan di suntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.
- 29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit (intramuscular) di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
- 30) Setelah dua menit sejak bayi lahir (cukup bulan), pegang tali pusat dengan satu tangan pada skitar 5 cm dari pusar bayi, kemudian jari telunjuk dan jari tengah tangan lain menjepit tali pusat dan geser hingga 3 cm proksimal dari pusar bayi. Klem tali pusat pada titik

tersebut kemudian tahan klem ini pada posisinya, gunakan jari telunjuk dan tengah tangan lain untuk mendorong isi tali pusat kearah ibu (sekitar 5 cm) dan klem tali pusat pada skitar 2 cm distal dari klem pertama.

31) Pemotongan dan pengikatan tali pusat

- a. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah di jepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut.
- b. Ikat tali pusat dengan benang DTT/ steril pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusat dengan simpul kunci pada sisi lainnya
- c. Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan

32) Letakkan bayi dengan tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu dan bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari putting susu atau aerola mammae ibu.

- a. Selimuti ibu-bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi
- b. Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam
- c. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusui untuk pertama kali akan

berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara

- d. Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil berhasil menyusu

VIII. MENEJEMEN AKIF KALA TIGA PERSALINAN (MAK III)

- 33) Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari pulva
- 34) Letakkan satu tangan di atas kain pada perut bawah ibu (di atas simfisis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat
- 35) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah invasio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi kembali prosedur di atas.
 - a. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.

Mengeluarkan placenta

- 36) Bila pada penekanan bagian bawah dinding depan uterus ke arah dorsal ternyata di ikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal maka lanjutkan dorongan ke arah cranial hingga placenta dapat dilahirkan

- a. Ibu boleh meneran tetapi tali pusat hanya di regangkan (jangan ditarik secara kuat terutama bila uterus tidak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (ke arah bawah-sejajar lantai-atas)
 - b. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klim hingga bejarak 5-10 cm dari vulva dan lahirkan placenta
 - c. Jika placenta placenta tidak lepas dalam 15 menit menegangkan tali pusat
 - a) Ulangi pemberian oksitosin 10 unit
 - b) Lakukan kateterisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh
 - c) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
 - d) Ulangi tekanan dorsa-kranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya
 - e) Jika placenta tidak lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan manual placenta
- 37) Saat placenta muncul di introitus vagina lahirkan placenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar placenta hingga selaput ketuban terpinil kemudian lahirkan dan tempatkan placenta pada wadah yang telah disediakan
- a. Jika selaput ketuban ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa slaput kemudian gunakan

jari-jari tangan atau klem ovum DTT/steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.

Rangsangan taktil dan (masase) uterus

38) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).

- a. Lakukan tindakan yang diperlukan (kompresi bimanual interna dan eksterna, kompresi aorta abdominalis, tamponade kondom-kateter) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil/masase.

IX. MENILAI PERDARAHAN

39) Periksa kedua sisi placenta (maternal-fetal) pastikan placenta lahir lengkap. Masukkan placenta ke dalam kantung plastic atau tempat khusus

40) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi yang luas dan menimbulkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan.

X. ASUHAN PASCA PERSALINAN

41) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam

42) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% bersihkan noda darah dan cairan tubuh, lepaskan secara terbalik dan rendam sarung tangan dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering

Evaluasi

- 43) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik serta kandung kemih kosong
- 44) Ajarkan ibu/ keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
- 45) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
- 46) Periksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik
- 47) Pantau keadaan bayi dan pastikan bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/ menit)
- a. Jika bayi sulit bernafas, merintih, atau retraksi, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit.
 - b. Jika nafas bayi terlalu cepat atau sesak nafas, segera rujuk ke RS rujukan.
 - c. Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi satu selimut

Kebersihan dan keamanan

48) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit) cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi

- 49) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
- 50) Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lender dan darah di ranjang atau sekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 51) Pastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang di inginkan.
- 52) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
- 53) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 54) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 55) Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi
- 56) Dalam 1 jam pertama, beri salep/tetes mata profilaksis infeksi, vitamin k1 1 mg I.M di paha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pernafasan bayi (normal 40-60 kali /menit) dan temperature tubuh (normal 36,5-37,5 derajat celcius) setiap 15 menit.
- 57) Setelah 1 jam pemberian vit K1 berikan imunisasi hepatitis-B dipaha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat di susukan.

58) Lepaskan sarung tangan dengan keadaan terbalik dan rendamb dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

Dokumentasi

60) Lengkapi paragraf (halaman depan dan belakang) periksa tanda-tanda vital dan sauhan kala IV persalinan (W. M. Nasution & S ST, 2024).

2.3 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir (BBL)

2.3.1 Definisi Bayi Baru Lahir (BBL)

Neonatus merupakan bayi dengan umur 0-28 yang mempunyai resiko gangguan kesehatan paling tinggi dan berbagai masalah kesehatan yang bisa muncul, sehingga tanpa penanganan yang tepat, bisa menyebabkan komplikasi pada neonates. Menurut Sembiring, 2019 dalam Yulia Raskita & Dwienda Ristica (2022) Masa neonatal dibagi menjadi tiga, yaitu:

- 1) Neonatal Dini (masa neonatus usia 0 – 7 hari)
- 2) Neonatal Lanjut (masa neonatus 8 – 28 hari)
- 3) Pasca Neonatal (masa neonatus 29 hari sampai 12 bulan) (N. Nasution et al., 2023).

2.3.2 Adaptasi Bayi Baru Lahir

Adaptasi pada bayi baru lahir merupakan sebuah proses penyesuaian oleh bayi yang lahir dari dalam uterus ke dunia luar atau ekstra uterin di mana selama 37-42 minggu bayi berada di dalam uterus ibu sehingga memerlukan adaptasi dengan lingkungan luar yang sangat berbeda dengan kondisi saat

masih di dalam rahim ibu. Periode adaptasi ini berlangsung sampai 1 bulan atau bahkan lebih tergantung kondisi dan sistem tubuh bayi (N. Nasution et al., 2023).

Adapun adaptasi yang perlu dilakukan oleh bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

1. Sistem Pernapasan

Masa yang paling kritis neonatus adalah ketika harus mengatasi resistensi paru pada saat pernapasan janin atau bayi pertama. Pada saat persalinan kepala bayi menyebabkan badan khususnya toraks berada di jalan lahir sehingga terjadi kompresi dan cairan yang terdapat dalam percabangan trakheobronkial keluar sebanyak 10 – 28 cc.

Setelah torak lahir terjadi mekanisme balik yang menyebabkan terjadinya beberapa hal sebagai berikut yaitu:

- a) Inspirasi pasif paru karena bebasnya toraks dari jalan lahir.
- b) Perluasan permukaan paru yang mengakibatkan perubahan penting: pembuluh darah kapiler paru makin terbuka untuk persiapan pertukaran oksigen dan karbondioksida, surfaktan menyebar sehingga memudahkan untuk menggelembungnya alveoli, resistensi pembuluh darah paru makin menurun sehingga dapat meningkatkan aliran darah menuju paru, pelebaran toraks secara pasif yang cukup tinggi untuk menggelembungkan seluruh alveoli yang memerlukan tekanan sekitar 25 mm air.

- c) Saat toraks bebas dan terjadi inspirasi pasif selanjutnya terjadi dengan ekspirasi yang berlangsung lebih panjang untuk meningkatkan pengeluaran lendir.

2. Perubahan Sirkulasi

Terdapat perbedaan prinsip antara sirkulasi janin dan bayi karena paru mulai berkurang dan sirkulasi tali pusat putus. Perubahan ini menyebabkan berbagai bentuk perubahan hemodinamik yang dapat dijabarkan sebagai berikut:

- a) Darah vena umbilikalिस mempunyai tekanan 30-35 mmHg dengan saturasi oksigen sebesar 80-90% karena hemoglobin janin mempunyai afinitas yang tinggi terhadap oksigen.
- b) Darah dari vena cava inferior yang kaya oksigen dan nutrisi langsung masuk oramen ovale dari atrium kanan menuju atrium kiri. Atrium kanan menerima aliran darah yang berasal dari vena pulmonalis.
- c) Aliran darah dari vena cava superior yang berasal dari sirkulasi darah ekstremitas bagian atas, otak, dan jantung, akan langsung masuk atrium kanan dan selanjutnya langsung menuju ventrikel kanan.
- d) Curah jantung janin pada saat mendekati aterm adalah sekitar 450 cc/kg/menit dari kedua ventrikel jantung janin.
- e) Aliran dari ventrikel kiri dengan tekanan 25-28 mmHg dengan saturasi 60% sksn menuju ke arteri koroner jantung, ekstremitas bagian atas, dan 10% menuju aorta desenden.

- f) Aliran dari ventrikel kanan, dengan tekanan oksigen 20-23 mmHg dengan saturasi 55% akan menuju ke aorta desenden yang selanjutnya menuju ke sirkulasi abdomen dan ekstremitas bagian bawah.

3. Pengaturan Suhu

Bayi kehilangan panas melalui empat cara, yaitu:

- a) Konveksi: pendinginan melalui aliran udara di sekitar bayi.
- b) Evaporasi: kehilangan panas melalui penguapan air pada kulit bayi yang basah.
- c) Radiasi: melalui benda padat dekat bayi yang tidak berkontak secara langsung dengan kulit bayi.
- d) Konduksi: melalui benda-benda padat yang berkontak dengan kulit bayi.

4. Sistem Ginjal

Ginjal bayi belum matur sehingga menyebabkan laju filtrasi glomerulus rendah dan kemampuan reabsorpsi tubular terbatas. Urin pertama keluar dalam 24 jam pertama dan dengan frekuensi yang semakin sering sesuai intake.

5. Sistem Pencernaan

Secara struktur sudah lengkap tapi belum sempurna, mukosa mulut lembab dan pink. Lapisan keratin berwarna pink, kapasitas lambung

sekitar 15 – 30 ml, feses pertama berwarna hijau kehitaman (Vita Sari et al., 2021).

2.3.3 Reflek Bayi Baru Lahir

a) Reflek Moro

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

b) Reflek rooting

Timbul karena stimulasi taktil pipi dan daerah mulut. Bayi akan memutar kepala seakan mencari puting susu. Refleks ini menghilang pada usia 7 bulan.

c) Reflek sucking

Timbul bersamaan dengan reflek rooting untuk mengisap puting susu dan menelan ASI.

d) Reflek batuk dan bersin untuk melindungi bayi dan obstruksi pernafasan.

e) Reflek graps

Timbul jika ibu jari diletakkan pada telapak tangan bayi, lalu bayi akan menutup telapak tangannya atau ketika telapak kaki digores dekat ujung jari kaki, jari kaki menekuk.

f) Reflek *walking* dan *stapping*

Reflek ini timbul jika bayi dalam posisi berdiri akan ada gerakan spontan kaki melangkah ke depan walaupun bayi tersebut belum bisa berjalan. Menghilang pada usia 4 bulan.

g) Reflek *tonic neck*

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

h) Reflek Babinsky

Muncul ketika ada rangsangan pada telapak kaki, ibu jari akan bergerak keatas dan jari-jari lainnya membuka, menghilang pada usia 1 tahun.

i) Reflek membengkokkan badan (Reflek Galant)

Ketika bayi tengkurap, gerakan bayi pada punggung menyebabkan pelvis membengkok ke samping. Berkurang pada usia 2-3 bulan.

j) Reflek Bauer/merangkak

Pada bayi aterm dengan posisi tengkurap. BBL akan melakukan gerakan merangkak dengan menggunakan lengan dan tungkai. Menghilang pada usia 6 minggu (Vita Sari et al., 2021).

2.3.4 Kebutuhan Bayi Baru Bahir

1. Kebutuhan nutrisi bayi

Kebutuhan pertama bagi bayi baru lahir adalah menyusu sehingga ibu menyusui sesuai dengan kebutuhan bayi yaitu setia 2-3 jam atau minimal setiap 4 jam sekali. Pemberian ASI pada usia bayi 0-6 bulan sudah cukup

untuk kebutuhan nutrisi baik kualitas dan kuantitas sudah terpenuhi tanpa harus ditambah dengan makanan atau minuman yang lain.

2. Kebutuhan Eliminasi bayi

a. Buang air besar (BAB)

Bayi dengan pencernaan yang normal akan buang air besar pada 24 jam pertama sejak bayi lahir, buang air besar pertamanya biasa disebut dengan mekonium. Pada hari kedua kotoran bayi akan berbentuk seperti aspal lunak. Pada 4 hingga 5 minggu pertama bayi akan lebih sering BAB sekitar 5-6 kali hal tersebut tidak masalah apabila pertumbuhan bayi normal dan bagus.

b. Buang air kecil (BAK)

Bayi baru lahir cenderung buang air kecil sekitar 7-10 kali dalam sehari. Biasanya kandung kemih bayi baru lahir memiliki sedikit urin dan akan dikeluarkan sekitar 12-24 jam pertama kelahirannya. Apabila urin pada bayi berwarna pucat ini menandakan kondisi kebutuhan cairan yang cukup.

3. Kebutuhan Keamanan

Bayi sangat membutuhkan pengawasan dalam proses adaptasi dan pertumbuhannya di awal kehidupannya, sehingga jangan meninggalkan bayi tanpa pengawasan. Hindari pemberian apapun ke mulut bayi selain ASI karena bayi dapat tersedak.

4. Imunisasi

Tabel 2.3 Jadwal Imunisasi Bayi

Usia	Jenis Imunisasi
0 – 7 hari	Hepatitis B-0
1 bulan	BCG, Polio 1
2 bulan	DPT – Hepatitis B – Hib 1, OPV 2
3 bulan	DPT – Hepatitis B – Hib 2, OPV 3
4 bulan	DPT – Hepatitis B – Hib 3, OPV 4
9 bulan	Campak

Sumber: Pusdation RI (2021).

5. Perawatan Tali Pusat

Perawatan tali pusat sangat penting karena tali pusat memiliki pembuluh darah yaitu arteri umbilikalis yang membawa darah kotor dari janin ke plasenta dan memiliki arteri umbilikalis yang membawa darah bersih yang mengangkut oksigen dan nutrisi dari plasenta ke bayi. Sehingga biasanya perawatan tali pusat menggunakan klem (Suryaningsih et al., 2023).

2.3.5 Jadwal kunjungan neonatus

Menurut buku KIA edisi 2020, pelayanan kesehatan neonatus mulai 6 jam – 28 hari oleh tenaga kesehatan minimal 3 kali kunjungan. Kunjungan pertama 6 – 48 jam setelah kelahiran, kunjungan kedua 3 – 7 hari dan kunjungan ketiga 8 – 28 hari setelah kelahiran.

Tabel 2.4 Kunjungan Neonatus (KN)

Kunjungan	Waktu	Tujuan
KN 1	6 – 48 jam setelah bayi lahir	<ul style="list-style-type: none"> a. Menjaga bayi agar tetap hangat b. Melakukan IMD c. Pemberian vitamin K1 d. Mengajarkan ibu untuk memberikan Asi sedini mungkin dan sering e. Melakukan perawatan tali pusat f. Pemantauan tanda – tanda bahaya pada neonatus.
KN 2	3 – 7 hari setelah bayi lahir	<ul style="list-style-type: none"> a. Melakukan pemeriksaan tanda – tanda vital pada bayi b. Memastikan bayi menyusu secara eksklusif c. Mengajarkan perawatan sehari – hari dan menjaga kebersihan bayi d. Menjaga bayi agar tetap hangat e. Memberitahu tanda bahaya pada bayi f. Melakukan perawatan tali pusat
KN 3	8 – 28 hari setelah bayi lahir	<ul style="list-style-type: none"> a. Melakukan pemeriksaan tanda – tanda vital pada bayi b. Memastikan bayi menyusu secara eksklusif c. Mengajarkan perawatan bayi dan menjaga bayi agar tetap hangat

Sumber: Yulia Raskita & Dwienda Ristica (2022)

2.4 Konsep Nifas

2.4.1 Definisi Nifas

Masa Nifas disebut juga masa postpartum atau puerperium adalah masa sesudah persalinan, masa perubahan, pemulihan, penyembuhan, dan pengembalian alat-alat kandungan/reproduksi, seperti sebelum hamil yang lamanya 6 minggu atau 40 hari pascapersalinan. Masa Nifas (perpurium) masa setelah keluarnya placenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Rochmawati, 2020).

Masa nifas atau puerpurium di mulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Pasaribu et al., 2020)

Masa nifas (puerperium) adalah masa yang dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil) yang berlangsung kurang lebih 6 minggu (Nurul Azizah, 2019)

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

2.4.2 Tahapan Masa Nifas

Nifas dibagi dalam 3 periode :

1. Puerperium dini

Yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan

2. Puerperium intermedial

Yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genital lamanya 6-8 minggu.

3. Remote puerperium

Yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi (Ambarwati, 2023).

2.4.3 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Pada masa nifas terjadi perubahan-perubahan penting yang menyertainya, antara lain sebagai berikut :

1. Laktasi

Segera setelah persalinan, hormon-hormon yang dikeluarkan plasenta yang berfungsi menghalangi peranan prolaktin dan oksitosin menurun sehingga prolaktin dapat berfungsi membentuk ASI dan mengeluarkannya ke dalam alveoli bahkan sampai duktus kelenjar ASI. Isapan langsung pada puting susu ibu menyebabkan refleks yang dapat mengeluarkan oksitosin dari hipofisis, sehingga mioepitel yang terdapat disekitar alveoli dan duktus kelenjar ASI berkontraksi dan mengeluarkan ASI ke dalam sinus : let down reflex . Menurut Manuaba (2022), proses pengeluaran ASI terdiri dari :

a) Kolostrum

Kolostrum berwarna kuning jernih dengan protein berkadar tinggi. Kandungan dalam kolostrum antara lain: imunoglobulin, laktoferin, ion-ion (Na, Ca, K, Zn, Fe), vitamin (A, E, K, dan D), lemak, dan rendah laktosa. Pengeluaran kolostrum berlangsung sekitar 2-3 hari dan diikuti ASI yang mulai berwarna putih. Kolostrum juga banyak mengandung

antibody dan anti infeksi sertadapat menumbuh kembangkan flora dalam usus bayi, untuk siapmenerima ASI (Manuaba, 2019).

b) ASI transisi (antara)

ASI antara, mulai berwarna putih bening dengan susunanyang disesuaikan kebutuhan bayi, dan kemampuan mencerna ususbayi (Manuaba, 2019). Kandungan ASI transisi adalah protein(dengan konsentrasi yang lebih rendah dari kolostrum), serta lemakdan karbohidrat (dengan konsentrasi yang lebih tinggi daripadakolostrum).

c) ASI sempurna

Pengeluaran ASI penuh sesuai dengan perkembangan usus bayi,sehingga dapat menerima susunan ASI sempurna (Manuaba,2019).

2. Involusi uteri

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu prosesdimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil (Ambarwati, 2025).

1) Autolysis yaitu proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uteri. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya dari sebelum hamil dan 5 kali lebarnya dari sebelum hamil (Ambarwati, 2025).

2) Atrofi jaringan yaitu jaringan yang berpoliferasi dengan adanya estrogen dalam jumlah besar, kemudian mengalami atrofi sebagai reaksi terhadap penghentian produksi estrogen yang menyertai pelepasan plasenta.

Lapisan desidua akan mengalami atrofi dan terlepas dengan meninggalkan lapisan basal yang akan beregenerasi menjadi endometrium yang baru (Isi et al., 2020).

3. Efek oksitosin (kontraksi)

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi bekas luka tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan (Wahyuningsih, 2018).

4. Bagian bekas implantasi plasenta

Bekas implantasi plasenta segera setelah plasenta lahir seluas 12x5 cm permukaannya kasar dimana pembuluh darah bermuara. Pada pembuluh darah terjadi pembentukan trombus disamping pembuluh darah tertutup karena kontraksi otot rahim. Bekas luka implantasi dengan cepat mengecil pada minggu ke 2 sebesar 6-8 cm dan pada akhir masa nifas sebesar 2 cm. Lapisan endometrium dilepaskan dalam bentuk jaringan nekrosis bersama dengan lokhea. Luka bekas implantasi plasenta akan sembuh karena pertumbuhan endometrium yang berasal dari tepi luka dan lapisan basalis endometrium. Luka akan sembuh sempurna pada 6-8 minggu postpartum (Wijaya et al., 2023)

5. Lokhea

Lokhea adalah cairan sekret yang berasal dari cavum uteri dan vagina selama masa nifas (Saleha, 2023). Berikut adalah penjelasan

mengenai perubahan lokia masa nifas yang dirangkum dalam tabel sebagai berikut :

Tabel 2.5 Perubahan Lokhea Pada Masa Nifas

Lokhea	Waktu	Warna	Ciri-Ciri
Rubra (kruenta)	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan sisa mekoneum
Sanguinolenta	4-7 hari	Merah kecoklatan dan berlendir	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7-14 hari	Kuning kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan/lacerasi plasenta
Alba	> 14 hari Postpartum	Putih	Mengandung leukosit, sel desidua dan sel epitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati

Sumber : (Wijaya et al., 2023)

2.4.4 Kebutuhan Dasar pada Masa Nifas

Menurut Suherni (2021) kebutuhan dasar pada masa nifas meliputi :

1. Kebersihan diri
 - a. Anjurkan menjaga kebersihan seluruh tubuh.
 - b. Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah alat kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa klien mengerti untuk

membersihkan daerah vulva terlebih dahulu dari depan ke belakang, baru kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Nasehatkan ibu untuk membersihkan vulva setiap kali buang air kecil atau besar.

- c. Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya 2x sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik dan dikeringkan dibawah matahari dan disetrika.
- d. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.
- e. Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka

2. Ambulansi

Disebut juga *early ambulation*. *Early ambulation* adalah kebijakan untuk secepat mungkin untuk membimbing klien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya secepat mungkin berjalan. Klien sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam postpartum (Saleha, 2018). Keuntungan *early ambulation* adalah :

- a. Merasa lebih baik, lebih sehat dan lebih kuat
- b. Faal usus dan kandung kecing lebih baik
- c. Dapat lebih memungkinkan dalam mengajari ibu untuk merawat atau memelihara anaknya, memandikan dan lain-lain selama ibu masih dalam perawatan.

d. Lebih sesuai dengan keadaan Indonesia (sosial ekonomis) Menurut penelitian-penelitian yang seksama, early ambulation tidak mempunyai pengaruh yang buruk, tidak menyebabkan perdarahan yang abnormal, tidak memengaruhi penyembuhan luka episiotomy atau luka diperut, serta tidak memperbesar kemungkinan prolapsus atau retrotextio uteri.

3. Eliminasi

Buang air besar harus ada dalam 3 hari setelah melahirkan. Bila ada konstipasi dan timbul koprostase hingga skibala (feses yang mengeras) tertimbun di rektum, mungkin akan terjadi febris. Bila terjadi hal demikian dapat dilakukan klisma atau diberi laksan peroral.

Pengeluaran cairan lebih banyak pada waktu persalinan sehingga dapat mempengaruhi terjadinya konstipasi. Biasanya 2-3 hari postpartum masih susah BAB, maka sebaiknya di berikan laksan atau paraffin (1-2 postpartum), atau pada hari ke 3 di beri laksan supositoria dan minum air hangat.

4. Istirahat

Ibu postpartum sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Keluarga disarankan untuk memberikan kesempatan kepada ibu untuk beristirahat yang cukup sebagai persiapan untuk energi menyusui ibayinya nanti. Kurang istirahat pada ibu postpartum akan mengakibatkan beberapa kerugian, misalnya :

a. Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi

- b. Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan menyebabkan depresi dan ketidaknyamanan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri

5. Seksual

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau diajarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya dan agama yang melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah kelahiran. Keputusan bergantung pada pasangan yang bersangkutan.

6. Latihan / Senam Nifas

Untuk mencapai hasil pemulihan otot yang maksimal sebaiknya latihan masa nifas dilakukan seawal mungkin dengan catatan ibu menjalani persalinan dengan normal dan tidak berpenyulit postpartum. Sebelum memulai bimbingan cara senam nifas, sebaiknya bidan mendiskusikan terlebih dahulu dengan pasien mengenai pentingnya otot perut dan panggul untuk kembali normal. Dengan kembalinya kekuatan otot perut dan panggul akan mengurangi keluhan sakit punggung yang biasanya dialami oleh ibu nifas. Latihan tertentu beberapa menit setiap hari akan sangat membantu untuk mengencangkan otot bagian perut.

2.4.5 Jadwal Kunjungan Masa Nifas

Waktu dan kunjungan ibu nifas menurut Manuaba (2022) meliputi :

- 1) Kunjungan I (6-8 jam setelah persalinan), tujuan :

- a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
 - b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, dan rujuk bila perdarahan berlanjut.
 - c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
 - d. Pemberian ASI awal, membantu pasien untuk memberikan ASI secara eksklusif, cara menyusui yang baik, mencegah nyeri puting dan perawatan puting.
 - e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir. 6)
 - f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.
 - g. Membantu ibu untuk memperkuat ikatan batin antara ibu dan bayi, (Keluarga).
 - h. Memberikan KIE tentang tanda-tanda bahaya baik bagi ibu maupun bayi dan rencana menghadapi kegawat daruratan.
- 2) Kunjungan II (6 hari setelah persalinan), Tujuan :
- a. Memastikan involusi uterus berjalan normal (uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau)
 - b. Menilai adanya tanda – tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
 - c. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.
 - d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.

- e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
- f. Memastikan ibu melakukan perawatan diri sendiri, terutama putting susu dan perineum.
- g. Memastikan ibu cukup istirahat.

3) Kunjungan III (2 minggu setelah persalinan), Tujuannya :

- a. Memastikan involusi uterus berjalan normal (uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau).
- b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
- c. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.
- d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
- f. Membantu ibu dalam menentukan dan menyediakan metode dan alat KB

4) Kunjungan IV (6 Minggu setelah persalinan), Tujuannya :

- a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ibu atau bayi alami.
- b. Memberikan konseling untuk KB secara dini.
- c. Memastikan ibu cukup makan, minum dan istirahat

- d. Memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda-tanda adanya penyulit.

Memberikan konseling pada ibu mengenai hal-hal berkaitan dengan asuhan pada bayi, (Meilani, 2024).

2.5 Keluarga Berencana

2.5.1 Definisi Keluarga Berencana

Menurut Undang-undang RI No. 10 tahun 1992 Program KB Nasional diartikan sebagai upaya peningkatan kependudukan, peran masyarakat melalui pengendalian kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga dan peningkatan kesejahteraan keluarga dalam rangka melembagakan dan membudayakan Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS) (Yuhedi & Kurniawati, 2023).

Menurut WHO *Expert Commite*, 1970 (Mariatalia D, 2024) Keluarga Berencana adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami isteri untuk mendapatkan objektif-objektif tertentu, menghindarkan kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kelahiran, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami isteri dan menentukan jumlah anak dalam keluarga

Kontrasepsi berasal dari kata Kontra berarti mencegah atau melawan, sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur (sel wanita) yang matang dan sel sperma (sel pria) yang mengakibatkan kehamilan. Maksud dari kontrasepsi adalah menghindari/mencegah

terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma tersebut. (Rusmini, 2024).

KB pasca persalinan adalah penggunaan metode KB sampai satu tahun setelah persalinan atau dalam satu tahun pertama kelahiran. Namun, Kementerian Kesehatan membatasi periode KB pasca persalinan adalah sampai dengan 42 hari pasca bersalin. Hal ini ditetapkan untuk mencegah *missed opportunity* pada ibu pasca bersalin, dimana jumlah kelahiran di Indonesia sangat besar, diperkirakan sekitar 4.500.000 setiap tahunnya diantaranya merupakan kelahiran yang tidak diinginkan atau tidak direncanakan. Oleh sebab itu, definisi KB pasca persalinan di Indonesia adalah pemanfaatan atau penggunaan alat kontrasepsi segera sesudah melahirkan sampai 6 minggu (42 hari) sesudah melahirkan (Kemenkes RI, 2023).

2.5.2 Tujuan Program KB

Tujuan umumnya adalah membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga, dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. Tujuan lain pengaturan kelahiran, pendewasaan usia perkawinan, peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga (Purwoastuti & Walyani, 2025).

Untuk mencapai keberhasilan program Keluarga berencana (KB) Nasional diperlukan suatu tujuan dalam memberikan arah yang jelas. Adapun tujuan program nasional kependudukan dan keluarga berencana adalah :

1. Tujuan Demografis yaitu dapat dikendalikannya tingkat pertumbuhan penduduk sebagai usaha mencapai penurunan fertilitas.
2. Tujuan Normatif yaitu dapat dihayati Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS) yang pada waktunya akan menjadi falsafah hidup masyarakat Indonesia.

Tujuan keluarga berencana (KB) nasional dilihat dari segi demografis dan normatif adalah mengendalikan tingkat pertumbuhan penduduk dengan menjadikan Keluarga berencana (KB) sebagai falsafah hidup masyarakat Indonesia agar diperoleh suatu Keluarga Kecil bahagia dan Sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya (Purwoastuti & Walyani, 2025).

2.5.3 Sasaran Program KB

Sasaran program KB sebagai berikut :

1. Menurunnya rata-rata laju pertumbuhan penduduk menjadi 1,14% per tahun.
2. Menurunnya angka kelahiran total (TFR) menjadi sekitar 2,2 per perempuan.
3. Menurunnya pasangan usia subur yang tidak ingin punya anak lagi dan ingin menjarangkan kelahiran berikutnya, tetapi tidak memakai alat/cara kontrasepsi (*unmet need*) menjadi 6%.
4. Meningkatnya peserta KB laki-laki menjadi 4,5%.
5. Meningkatnya penggunaan metode kontrasepsi yang rasional, efektif dan efisien.

6. Meningkatnya rata-rata usia perkawinan pertama perempuan menjadi 21 tahun.
7. Meningkatnya partisipasi keluarga dalam pembinaan tumbuh kembang anak.
8. Meningkatnya jumlah keluarga prasejahtera dan keluarga sejahtera yang aktif dalam usaha ekonomi produktif.
9. Meningkatnya jumlah institusi masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan Program KB Nasional (Sulistyawati, 2021).

Untuk mencapai tujuan program KB, maka penggarapan program nasional keluarga berencana diarahkan pada 2 bentuk sasaran yaitu :

1. Sasaran langsung yaitu Pasangan Usia Subur (PUS) (15-45 tahun) agar mereka menjadi peserta KB sehingga, memberikan efek langsung pada penurunan fertilitas
2. Sasaran tidak langsung yaitu organisasi-organisasi dan lembaga-lembaga kemasyarakatan, instansi pemerintah maupun swasta, tokoh-tokoh masyarakat (wanita dan pemuda) yang diharapkan dapat memberikan dukungan terhadap proses pembentukan sistem nilai dikalangan masyarakat dapat mendukung usaha pelebagaan Norma Keluarga Kecil bahagia, dan Sejahtera (Sibagariang, 2023).

2.5.4 Kebijakan Program KB

Menurut Sibagariang (2023), pola dasar kebijakan program Keluarga Berencana (KB) saat ini adalah :

1. Menunda perkawinan dan kehamilan sekurang-kurangnya sampai berusia

20 tahun

2. Menjarangkan kelahiran dengan berpedoman pada catur warga, yaitu keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan 2 orang anak
3. Hendaknya besarnya keluarga dicapai selama dalam usia reproduksi sehat, yaitu sewaktu ibu dan 20-30 tahun
4. Mengakhiri kesuburan pada usia 30-35 tahun.

2.5.5 Kontraindikasi dan indikasi pemakaian kontrasepsi

Menurut Sibagariang (2024) Kontraindikasi dan indikasi pemakaian kontrasepsi sebagai berikut:

5. Fase Menunda Kehamilan

Pasangan Usia Subur (PUS) dengan usia kurang dari 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilannya karena:

- Usia di bawah 20 tahun adalah usia yang sebaiknya tidak mempunyai anak dulu karena berbagai alasan.
- Prioritas penggunaan kontrasepsi pil oral, karena peserta masih muda
- Penggunaan kondom kurang menguntungkan, karena pada pasangan muda frekuensi bersinggamanya relatif tinggi, sehingga keagalannya juga tinggi.
- Penggunaan IUD mini bagi yang belum mempunyai anak
- pada masa ini dapat dianjurkan, terlebih bagi calon peserta dengan kontra indikasi terhadap pil oral.

6. Fase Menjarangkan Kehamilan

Pada fase ini usia isteri antara 20-30/35 tahun, merupakan pe- riode

usia yang paling baik untuk hamil dan melahirkan dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antar kelahiran 2-4 tahun yang dikenal sebagai catur warga.

Alasan menjarangkan kehamilan adalah:

- Usia antara 20-30 tahun merupakan usia yang terbaik untuk hamil dan melahirkan
- Segera setelah anak pertama lahir, maka dianjurkan untuk memakai IUD sebagai pilihan utama.
- Kegagalan yang menyebabkan kehamilan cukup tinggi namun disini tidak/ kurang berbahaya karena yang bersangkutan berada pada usia hamil dan melahirkan yang baik.
- Kegagalan kontrasepsi disini bukan merupakan kegagalan program.

7. Fase Menghentikan/Mengakhiri Kehamilan/Kesuburan

Usia isteri di atas 30 tahun, terutama di atas 35 tahun, sebaiknya mengakhiri kesuburan setelah memiliki 2 orang anak. Alasan mengakhiri kesuburan adalah:

- Karena alasan medis dan alasan lainnya, ibu-ibu dengan usia diatas 30 tahun dianjurkan untuk tidak hamil/ tidak punya anak lagi.
- Pilihan utama adalah kontrasepsi mantap
- Pil oral kurang dianjurkan karena usia ibu relatif tua dan mempunyai resiko kemungkinan timbulnya akibat sampingan dan komplikasi

2.5.6 Metode Kontrasepsi

Metode kontrasepsi dibedakan menjadi metode sederhana, metode modern dan metode operasi (Manaubu, 2022).

8. Metode sederhana

9. Tanpa alat

- Metode Kalender/pantang berkala (*ogino - nkaus*)

Metode kalender menggunakan prinsip pantang berkala, yaitu tidak melakukan persetubuhan pada masa subur istri. Untuk menentukan masa subur istri digunakan tiga patokan, (1) ovulasi terjadi 14 ± 2 hari sebelum hamil yang akan datang, (2) sperma dapat hidup dan membuahi selama 48 jam setelah ejakulasi, dan

- ovum dapat hidup 24 jam setelah ovulasi. Jadi apabila konsepsi ingin dicegah, koitus harus dihindari sekurang-kurangnya selama tiga hari (72 jam), yaitu 48 jam sebelum ovulasi dan 24 jam sesudah ovulasi.

- Metode suhu basal badan (*Termal*)

Menjelang ovulasi, suhu basal akan turun dan kurang lebih 24 jam setelah ovulasi suhu basal akan naik lagi sampai lebih tinggi daripada suhu sebelum ovulasi. Suhu basal diukur waktu pagi segera setelah bangun tidur dan sebelum melakukan aktivitas

- Metode lendir serviks

Perubahan lendir serviks dan pola sensasi di vulva (kebasahan perasaan banyak cairan atau kering) selama siklus

- Metode simptomtermal

Metode simptomtermal adalah mendapat instruksi untuk metode lendir serviks dan suhu basal dapat menentukan masa subur dengan mengamati suhu tubuh dan lendir serviks.

- Senggama terputus (*coitus interruptus*)

Alat kelamin (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina dan kehamilan dapat dicegah

- Metode emnorea laktasi (MAL)

Metode kontrasepsi yang digunakan dengan pemberian ASI yang merangsang hormon progesterin dalam menghambatn kerhamilan.

- Dengan alat

1) Mekanis *barier*

a) Kondom pria dalam bentuk sarung karet yang tipis daribahan karet dan plastik pada penis untuk menghalangi masuknya sperma ke dalam vagia, sehingga pembuahan dapat dicegah

b) Kondom wanita terbuat dari lapisan poliuretan tipis dengan cincin dalam yang fleksibel dan dapat digerakkan pada ujung yang tertutup yang dimasukkan ke dalam vagina dan cincin kaku yang lebih besar pada ujung terbuka di bagian depan yang tetap berada di luar vagina dan terlindungi introitus (Sulistyawati, 2011).

2) Kimiawi

Spermisidas adalah bahan kimia (biasanya non oksinol) digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma dikemas dalam bentuk aerosolo (busa), tabtelt vaginal, supositoria atau dissolvable film dan krim (Sulistyawati, 2011).

3) Metode Modern / hormonal

a) Pil KB

Pil KB (kontrasepsi oral) menghambat atau menahan terjadinya ovulasi untuk mencegah Implanasi, lendir serviks mengental dan mengganggu pergerakan tuba, sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula. Jenis pil kb adalah sebagai berikut :

(a) Monofasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dalam dosis yang sama dengan 7 tablet hormon aktif.

(b) Bifasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dalam dosis yang berbeda dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

(c) Trifasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dalam 3 dosis yang berbeda dengan tablet tanpa hormon aktif (Pinem, 2014).

4) Metode Mekanis

IUD (*Intra Uterine Device*) diletakan dalam *uterus* untuk mencegah Implanasi (penempelan) pada dinding rahim, kini alat kontrasepsi dalam rahim adalah generasi ketiga seperti copper T, Copper 7, Ypsilon-y, progestasert dan copper T3800A (Manuaba, 2017).

5) Metode Operasi

a). Tubektomi metode operasi wanita (MOW) Tubektomi

dapat dibagi atas beberapa bagian antara lain cara mencapai tuba (laparotomi) dan menutup tuba

b). Vasektomi (metode operasi pria (MOP) dilakukan dengan cara (cara pomerooy, kroener, irving, pemasangan cincin falope, klip filshe dan elektro koagulasi disertai pemutusan tuba (Manuaba, 2017).

2.5.7 Efek samping/masalah yang sering dijumpai

1. Amenore (tidak terjadi perdarahan/*spotting*).

Penanganan:

- Bila tidak hamil, pengobatan apapun tidak perlu. Jelaskan, bahwa darah haid tidak terkumpul dalam rahim. Nasihati untuk kembali ke klinik.
- Bila telah terjadi kehamilan, rujuk klien. Hentikan.
- Bila terjadi kehamilan ektopik, rujuk klien.
- Jangan berikan terapi hormonal untuk menimbulkan perdarahan karena tidak akan berhasil. Tunggu 3-6 bulan kemudian, bila tidak terjadi perdarahan juga, rujuk ke klinik

2. Perdarahan/perdarahan bercak (*spotting*)

- Perdarahan ringan atau *spotting* sering dijumpai, tetapi tidak berbahaya
- Bila perdarahan banyak dan memanjang (lebih dari 8 hari) atau 2 kali lebih banyak dari perdarahan yang biasanya dialami pada siklus haid normal, jelaskan bahwa hal tersebut biasa terjadi pada bulan pertama
- Bila gangguan tersebut menetap, perlu dicari penyebabnya dan bila

ditemukan kelainan ginekologik, klien perlu diobati atau dirujuk.

- Bila perdarahan yang terjadi mengancam kesehatan klien atau klien tidak dapat menerima hal tersebut, jangan dilanjutkan. Pilihlah jenis kontrasepsi yang lain. Untuk mencegah anemia perlu diberi preparat besi dan anjurkan mengonsumsi makanan yang banyak mengandung zat besi.

3. Meningkatnya/menurunnya berat badan.

Informasikan bahwa kenaikan/penurunan berat badan sebanyak 1-2 kg dapat saja terjadi. Perhatikan diet klien bila perubahan berat badan terlalu mencolok. Bila berat badan berlebihan, hentikan suntikan dan anjurkan metode kontrasepsi lain. (Affandi, 2025).

2.5.8 Konseling KB

Menurut Walyani (2020), kata kunci SATU TUJUH adalah sebagai berikut:

1. SA: Sapa dan Salam

Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan. Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara ditempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinkan klien untuk membangun rasa percaya diri, tanyakan kepada klien apa yang perlu dibantu serta jelaskan pelayanan apa yang dapat diperolehnya.

2. T: Tanya

Tanyakan kepada klien informasi tentang dirinya. Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman keluarga berencana dan kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan, harapan serta keadaan kesehatan dan

kehidupan keluarganya. Tanyakan kontrasepsi yang diinginkan oleh klien.

3. U: Uraikan

Uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa kontrasepsi. Bantulah klien pada jenis kontrasepsi yang paling ia ingini serta jelaskan pula jenis - jenis lain yang ada. Jelaskan alternative kontrasepsi lain yang mungkin diinginkan oleh klien. Uraikan juga mengenai resiko penularan HIV/ AIDS dan pilihan metode ganda

4. TU: Bantu

Bantulah klien menentukan pilihannya. Bantulah klien berfikir mengenai apa yang paling sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya, doronglah klien untuk menunjukkan keinginannya dan mengajukan pertanyaan. Tanggapi secara terbuka, petugas membantu klien mempertimbangkan kriteria dan keinginan klien terhadap setiap jenis kontrasepsi. Tanyakan juga apakah pasangannya akan memberikan dukungan dengan pilihan tersebut.

5. J : Jelaskan

Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya setelah klien memilih jenis kontrasepsinya, jika diperlukan perlihatkan alat/obat kontrasepsinya. Jelaskan bagaimana alat/obat kontrasepsi tersebut digunakan dan bagaimana cara penggunaannya.

6. U : Kunjungan Ulang

Perlunya dilakukan kunjungan ulang. Bicarakan dan buatlah perjanjian, kapan klien akan kembali untuk melakukan pemeriksaan atau permintaan kontrasepsi jika dibutuhkan. Perlu juga selalu mengingatkan klien untuk kembali apabila terjadi suatu masalah.

2.6 Manajemen Asuhan Kebidanan

2.6.1 Pengertian

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, ketrampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien (Pusat Pendidikan Dan Pelatihan Tenaga Kesehatan, 2024).

Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah di bidang kesehatan ibu pada masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana (Nurwiandani, 2022).

2.6.2 Tujuan

Memberikan asuhan kebidanan yang adekuat, komprehensif dan terstandar pada ibu intranatal dengan memperhatikan riwayat ibu selama kehamilan, kebutuhan dan respon ibu serta mengantisipasi resiko-resiko yang terjadi selama proses persalinan (Nurwiandani, 2023) sedangkan menurut Zulvady (2024) agar pelayanan kebidanan yang diberikan dapat diberikan secara komprehensif dan aman dapat tercapai.

2.6.3 Prinsip Proses Manajemen Kebidanan

Proses manajemen kebidanan sesuai dengan standar yang dikeluarkan oleh *American College of Nurse Midwife* terdiri dari :

1. Secara sistematis mengumpulkan dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan.
2. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosis berdasarkan interpretasi data dasar.
3. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
4. Memberikan informasi dan support sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggung jawab terhadap kesehatannya.
5. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien
6. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individual.
7. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi dan merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.
8. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal.
9. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan (Zulvady, 2024).

2.6.4 Proses Manajemen Kebidanan Menurut Helen Varney

Proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat dan bidan pada awal tahun 1970 an. Proses ini memperkenalkan sebuah metode dengan pengorganisasian, pemikiran dan tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan (Nurwiandani, 2023).

1. Langkah 1 : Pengumpulan data dasar

Pada langkah ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, yaitu :

- a. Riwayat Kesehatan.
- b. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhannya.
- c. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya.
- d. Meninjau data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi.

2. Langkah 2 : Interpretasi data dasar

Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik. Diagnosis kebidanan, yaitu diagnosis yang ditegakkan oleh profesi (bidan) dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur (tata nama) diagnosis kebidanan. Standar *nomenklatur* diagnosis kebidanan tersebut adalah :

- 1) Diakui dan telah disahkan oleh profesi.

- 2) Berhubungan langsung dengan praktis kebidanan.
 - 3) Memiliki ciri khas kebidanan.
 - 4) Didukung oleh Dinical Judgement dalam praktik kebidanan.
 - 5) Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan.
3. Langkah 3 : Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien.

4. Langkah 4 : Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan *prenatal* saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus, misalnya pada waktu nifas dengan perdarahan.

5. Langkah 5 : Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial

ekonomi, kultural atau masalah psikologis.

6. Langkah 6 : Melaksanakan perencanaan

Pada langkah ini, rencana asuhan yang menyeluruh di langkah kelima harus dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya.

7. Langkah 7 : Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam masalah dan diagnosis. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya (Muslihatun dkk, 2024).

2.6.5 Manajemen Kebidanan dengan Metode SOAP

Dokumentasi adalah catatan tentang interaksi antara tenaga kesehatan, pasien, keluarga pasien dan kesehatan tentang hasil pemeriksaan, prosedur tindakan, pengobatan pada pasien, pendidikan pasien, dan respon pasien terhadap semua asuhan yang telah diberikan. Pendokumentasian yang benar adalah pendokumentasian mengenai asuhan yang telah dan akan dilakukan pada seorang pasien, di dalamnya tersirat proses berfikir bidan yang sistematis dalam menghadapi seorang pasien sesuai langkah-langkah manajemen kebidanan (Zulvady, 2024).

1. S (Data Subjektif)

Data Subjektif (S), merupakan manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui *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 Subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun. Pada pasien yang bisu, di bagian data di belakang huruf "S", diberi tanda huruf "O" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa pasien adalah penderita tuna wicara.

2. O (Data Objektif)

Data Objektif (O) merupakan manajemen kebidanan menurut Helen Varney pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh 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.

3. A (*Assessment*)

Merupakan hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Dalam pendokumentasian manajemen kebidanan, Karena keadaan pasien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi

sangat dinamis.

4. P : *Planning*

Planning/perencanaan, adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data yang bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu pasien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter.

Meskipun secara istilah, P adalah *Planning*/perencanaan saja, namun P dalam metode SOAP ini juga merupakan gambaran pendokumentasian Implementasi dan Evaluasi. Dengan kata lain, P dalam SOAP meliputi pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah kelima, keenam dan ketujuh (Zulvady, 2024).

