

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Asuhan Pada Masa Kehamilan

2.1.1 Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah merupakan suatu proses berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi pelepasan sel telur, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Andera, 2023)

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi menjadi 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Chaurullisa & Kumalasari, 2022)

2.1.2 Perubahan Fisiologis pada Kehamilan

Pada usia kehamilan 39-40 minggu, seorang ibu mungkin mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya yang akan timbul pada waktu melahirkan dan merasa khawatir akan keselamatannya. Rasa ketidaknyamanan muncul kembali, dan banyak ibu merasa dirinya aneh,

jelek, berantakan sehingga memerlukan perhatian lebih besar dari pasangan (Irianti, dkk. 2014). Perubahan Fisiologi Pada Ibu Hamil Trimester III antara lain:

a. Uterus

Pembesaran uterus merupakan perubahan anatomi yang paling nyata pada ibu hamil. Uterus bertambah besar dari yang beratnya 30 gr menjadi 1000 gr saat akhir kehamilan. Otot rahim mengalami hiperplasia dan hipertrofi menjadi lebih besar, lunak, dan dapat mengikuti pembesaran rahim karena pertumbuhan janin (Lusiana Gultom et al., 2018).

Tinggi Fundus Uteri dalam cm, yang normal harus sama dengan umur kehamilan dalam minggu yang ditentukan berdasarkan hari pertama haid terakhir.

Tabel 2.1
Tinggi Fundus Berdasarkan Usia Kehamilan

Usia kehamilan (minggu)	Tinggi Fundus Uteri (TFU)	
	Pertiga Jarian	Mc Donald
12	3 jari di atas simpisis	
16	Pertengahan antara pusat-simpisis	
20	3 jari dibawah pusat	20 cm
24	Setinggi pusat	23 cm
28	3 jari di atas pusat	26 cm
32	Pertengahan antara pusat-px	30 cm
36	3 jari dibawah px	33 cm
40	Pertengahan antara pusat-px	

Sumber : Kemenkes, 2020

b. Vagina dan Vulva

Vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh dari hormon estrogen sehingga tampak berwarna merah dan kebiru- biruan yang disebut juga sebagai tanda Chadwicks (Maiti & Bidinger, 2020).

c. Payudara

Perubahan payudara tidak dapat dilepaskan dari pengaruh hormon saat kehamilan, yaitu estrogen, progesteron, dan somatomamotrofin. Pada awal kehamilan, ibu hamil akan merasa payudaranya menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua, payudara akan bertambah besar dan vena-vena dibawah kulit akan lebih terlihat, puting payudara akan lebih besar dan tegak. Akan terjadi peningkatan suplai darah didalam tubuh yang akan membuat pembuluh darah dibawah kulit terlihat mengalami pelebaran. (Asiva Noor Rachmayani, 2022)

d. Berat Badan dan Tinggi Badan

Penimbangan berat badan dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan ibu dikategorikan adanya resiko apabila hasil pengukuran < 145 cm meningkatkan risiko terjadinya *Cephalo Pelvic Disproportion (CPD)*.

Berikut adalah persamaan yang dapat digunakan untuk menghitung IMT :

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{TB (m}^2\text{)}}$$

Tabel 2.2

**Rekomendasi Penambahan Berat Badan Selama Kehamilan
Berdasarkan IMT**

Kategori	IMT	Rekomendasi (kg)
Rendah	<18,5	12,71-18,16
Normal	18,5-24,9	11,35-15,89
Tinggi	25,0-29,9	6,81-11,35
Obesitas	>30	4,99-9,08

Sumber : Kemenkes, 2020

e. Sistem Perkemihan

Pada bulan pertama kehamilan, kandung kemih akan tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga sering merasa ingin buang air kecil. Keadaan ini akan hilang seiring bertambahnya usia kehamilan, namun keluhan sering buang air kecil akan muncul kembali pada akhir kehamilan karena kepala janin mulai turun kebawah pintu atas panggul sehingga menekan kandung kemih (Kemenkes, 2018)

1) Sistem Gastrointestinal (perencanaan)

Pada saluran gastrointestinal, hormone estrogen membuat pengeluaran asam lambung meningkat, yang dapat menyebabkan pengeluaran air liur yang berlebihan (hipersalivasi), daerah lambung terasa panas, terjadi mual dan pusing terutama pada pagi hari. Pada keadaan patologik tertentu, terjadi mual dan muntah yang berlebihan sampai lebih dari 10 kali per hari (hiperemesis gravidarum).

Pada trimester II dan III sering terjadi konstipasi karena pengaruh hormone progesteron yang meningkat yang menimbulkan gerakan usus berkurang sehingga makanan lebih lama berada didalam lambung (Kemenkes RI, 2018).

f. Sistem Musculoskeletal

Pengaruh dan peningkatan hormon eterogen dan progesteron dalam kehamilan menyebabkan kelemahan jaringan ikat serta ketidakseimbangan persendian, hal ini terjadi maksimal pada satu minggu terakhir kehamilan. Postur tubuh ibu hamil secara bertahap mengalami perubahan karena janin membesar dalam abdomen, sehingga bahu lebih tertarik kebelakang dan tulang lebih melengkung, sendi tulang belakang lebih lentur, dan dapat menyebabkan nyeri punggung (Kemenkes RI, 2018).

g. Sistem Integumen

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh Melanophore Stimulating Hormon lobus hipofisis anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis. Hiperpigmentasi ini biasanya terjadi di bagian kulit perut yang warnanya berubah menjadi kemerahan dan kusam yang disebut dengan striae gravidarum, terbentuknya garis di pertengahan perut berwarna hitam kecoklatan yang disebut dengan linea nigra, terkadang juga muncul dibagian wajah yang disebut dengan chloasma gravidarum (Lusiana Gultom et al., 2018).

h. Sistem Pernafasan

Abdomen yang membesar oleh karena meningkatnya ruang rahim dan spembentukan hormone progesterone menyebabkan paru-paru berfungsi

sedikit berbeda dari biasanya. Wanita hamil bernapas lebih cepat dan lebih dalam karena kadar estrogen yang meningkat didalam tubuh akan mengakibatkan bagian ligamen yang berada pada kerangka iga relaksasi sehingga mengakibatkan pengembangan pada rongga dada meningkat. Berkurangnya panjang paru-paru dikarenakan pembesaran uterus yang semakin membesar. Proses vaskularisasi yang meningkat juga terjadi pada saluran pernafasan atas karena adanya peningkatan kadar hormone estrogen. Sepanjang masa kehamilan, terjadi perubahan pada pusat pernafasan yang akan mengakibatkan terjadinya penurunan tingkat karbon dioksida. Hormone progesteron dan estrogen menjadi penyebab terjadinya peningkatan sensitivitas pusat pernafasan terhadap reaksi karbon dioksida (Fitriani, 2020)

2.1.3 Perubahan Psikologis Pada Ibu Hamil Trimester III

Pada masa kehamilan, ibu hamil akan mengalami peningkatan hormon yang cukup signifikan, seperti progesteron dan juga hormone estrogen berfungsi untuk membantu perkembangan bayi didalam rahim. Tetapi, memang hal ini juga mempengaruhi sistem saraf ibu hamil. Sehingga ibu hamil menjadi mudah lelah, mudah kesal, mudah marah, dan bahkan bisa sampai merasa tertekan dan memiliki banyak emosi yang negatif lainnya di masa kehamilannya (Asiva Noor Rachmayani, 2022)

Pada fase trimester ketiga perubahan psikologis pada ibu hamil semakin kompleks, antara lain:

a. Rasa tidak nyaman

Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ketiga dan pada kebanyakan ibu merasa bentuk tubuhnya semakin jelek, selain itu, perasaan tidak nyaman juga berkaitan dengan adanya perasaan sedih karna akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus selama hamil sehingga ibu membutuhkan dukungan dari suami, keluarga, dan tenaga kesehatan.

b. Perubahan Emosional

Perubahan emosional ibu semakin berubah-ubah menjelang persalinan dan terkadang menjadi tidak terkontrol. Perubahan emosi ini bermuara dari adanya perasaan khawatir, rasa takut, bimbang dan ragu jangan-jangan kondisi kehamilannya saat ini lebih buruk lagi saat menjelang persalinan atau kekhawatiran akibat ketidakmampuannya dalam menjalankan tugas-tugas sebagai ibu pasca kelahiran bayinya. (Asiva Noor Rachmayani, 2022)

2.1.4 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil Trimester III

a. Kebutuhan Fisik Ibu Hamil

1) Oksigen

Seorang ibu hamil sering mengeluh tentang rasa sesak dan pendek nafas. Hal ini disebabkan karena diafragma tertekan akibat membesarnya rahim. Kebutuhan oksigen meningkat 20 %. Ibu hamil sebaiknya tidak berada di tempat- tempat yang terlalu ramai dan penuh sesak, karena akan mengurangi masukan oksigen (Romauli, 2015).

2) Nutrisi

Wanita hamil harus betul-betul mendapatkan perhatian susunan

dietnya, terutama mengenai jumlah kalori, protein, yang berguna untuk pertumbuhan janin dan kesehatan ibu. Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan anemia, abortus, partus prematurus, dan lain-lain. Sedangkan makanan berlebihan dapat menyebabkan komplikasi seperti gemuk, pre eklampsia, janin besar dan sebagainya. Zat-zat yang diperlukan antara lain yaitu protein, karbohidrat, lemak, mineral atau bermacam-macam garam terutama kalsium, fosfor, dan zat besi, vitamin dan air (Asiva Noor Rachmayani, 2022).

3) Protein

Jumlah kalori yang dibutuhkan untuk setiap harinya adalah 2.500 kalori. Jumlah kalori yang berlebihan dapat menyebabkan obesitas dan hal ini merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya preeklampsia sedangkan jumlah protein diperlukan oleh ibu adalah 85 gram per hari. Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran prematur, anemia, dan edema .(Ummah, 2019)

4) Mineral

Semua mineral dapat terpenuhi dengan makan-makanan sehari-hari yaitu buah-buahan, sayur-sayuran dan susu. Untuk memenuhi kebutuhan ini dibutuhkan suplemen besi 30 mg sebagai ferrous, ferofumarat atau feroglukonat perhari. Kebutuhan kalsium umumnya terpenuhi dengan minum susu. Satu liter susu sapi mengandung kira-kira 0,9 gram kalsium. (Asiva Noor Rachmayani, 2022)

5) Vitamin

Vitamin sebenarnya telah terpenuhi dengan makanan sayur dan buah-buahan, tetapi dapat pula diberikan ekstra vitamin. Pemberian asam folat terbukti mencegah kecacatan pada bayi (Asiva Noor Rachmayani, 2022)

b. Kebutuhan Personal Hygiene

Selama kehamilan, pH vagina menjadi asam berubah dari 4-3 menjadi 5-6, akibatnya vagina mudah terkena infeksi. Stimulus estrogen menyebabkan adanya keputihan, peningkatan vaskularisasi di perifer mengakibatkan wanita hamil sering berkeringat, uterus yang membesar menekan kandung kemih mengakibatkan keinginan wanita hamil untuk sering berkemih. Mandi teratur dapat mencegah iritasi vagina, teknik mencuci vagina dari depan ke belakang, kebersihan gigi juga harus diperhatikan dan wanita hamil juga harus memeriksakan giginya secara teratur sewaktu hamil (Ummah, 2019)

c. Kebutuhan Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering buang air kecil. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengkonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih, terutama ketika lambung dalam keadaan kosong (Romauli, 2015).

d. Kebutuhan Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat sebaiknya tidak lagi

berhubungan seks selama 14 hari menjelang kelahiran. Koitus tidak diperkenankan bila terdapat perdararahan pervaginam, riwayat abortus berulang, abortus/partus prematurus imminens, ketuban pecah sebelumnya waktunya (Romaui, 2015).

e. Kebutuhan Mobilisasi dan *Body Mechanics*

Ibu hamil boleh melakukan aktivitas fisik selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dapat dianjurkan untuk melakukan pekerjaan rumah dengan menghindari gerakan menyentak, sehingga mengurangi ketegangan pada tubuh dan menghindari kelelahan (Romaui, 2015).

f. Istirahat

Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan istirahat yang teratur karena dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin. Tidur pada malam hari selama kurang lebih 8 jam dan istirahat dalam keadaan rileks pada siang hari selama 1 jam (Rustikayanti et al., 2020).

g. Senam Hamil

Senam hamil adalah program kebugaran yang diperuntukkan bagi ibu hamil. Senam hamil memiliki tujuan, yaitu:

- 1) Persalinan yang fisiologis (alami) dengan ibu dari bayi sehat
- 2) Persiapan mental dan fisik untuk ibu hamil
- 3) Memberikan efek penenang
- 4) Memperbaiki ventilasi udara
- 5) Meningkatkan dan mengalihkan konsentrasi

- 6) Membantu proses kelahiran konsentrasi
- 7) Membantu proses kelahiran tanpa rasa lelah
- 8) Melancarkan sirkulasi peredaran darah
- 9) Memperoleh O₂ banyak untuk tumbuh kembang janin dan juga untuk ibu

h. Perawatan Payudara

Payudara merupakan asset yang sangat penting sebagai persiapan menyambut kelahiran sang bayi dalam proses menyusui. Beberapa hal perlu diperhatikan dalam perawatan payudara adalah, sebagai berikut :

- 1) Hindari pemakaian bra dengan ukuran yang terlalu ketat dan yang menggunakan busa, karena akan mengganggu penyerapan keringat payudara.
- 2) Gunakan bra dengan bentuk yang menyangga payudara
- 3) Hindari membersihkan puting dengan sabun karena akan menyebabkan iritasi.
- 4) Bersihkan puting susu dengan minyak kelapa lalu bilas dengan air

2.1.5 Ketidaknyamanan Kehamilan Trimester III

Akibat semakin bertambahnya usia kehamilan dan membesarnya janin, perubahan yang menyebabkan ketidaknyamanan pada trimester III, yaitu:

a. Nyeri Perut Bagian Bawah

Nyeri perut bawah dikeluhkan oleh sebagian besar ibu hamil. Keluhan ini bersifat fisiologis dan beberapa lainnya merupakan tanda adanya bahaya

dalam kehamilan. Nyeri ligamentum, torsi uterus yang parah dan adanya kontraksi *Braxton-Hicks* juga mempengaruhi keluhan ibu terkait dengan nyeri pada perut bagian bawah. Keluhan ini dapat diatasi dengan tirah baring, mengubah posisi ibu agar uterus yang mengalami torsi dapat kembali kekeadaan semula (Triana & Wulandari, 2023)

b. Kontraksi *Braxton Hicks* atau Kontraksi Palsu

Pada saat trimester akhir, kontraksi dapat sering terjadi setiap 10-20 menit dan juga sedikit banyak, mungkin berirama. Pada akhir kehamilan, kontraksi- kontraksi ini menyebabkan ketidaknyamanan dan menjadi penyebab persalinan palsu (Fitriani, 2020)

Asuhan yang dapat diberikan adalah menganjurkan ibu menarik nafas panjang dari hidung dan mengeluarkan dari mulut sebagai teknik relaksasi, sering mengganti posisi, mandi atau berendam menggunakan air hangat. Kontraksi persalinan bersifat teratur, interval makin pendek, dan kekuatan hicks makin besar serta diiringi dengan nyeri pinggang menjalar ke arah depan dan berpengaruh terhadap pembukaan dan pendataran serviks (Fitriani, 2020)

c. Nyeri Punggung

Pembesaran uterus yang terjadi akan memaksa ligament, otot-otot, serabut saraf dan punggung teregangkan, sehingga beban tarikan tulang punggung kearah depan akan bertambah dan menyebabkan lordosis fisiologis. Hal ini akan menyebabkan nyeri punggung pada ibu hamil (Annelie, dkk dalam Husein, 2014). Rasa nyeri fisiologis ini dapat dikurangi

bahkan dicegah dengan melakukan latihan- latihan tubuh selama hamil, yaitu dengan senam hamil (Roselin et al., 2024)

d. Kram pada Kaki

Kram kaki adalah kejang otot yang bersifat mendadak dan terasa sangat sakit. Daerah yang paling sering kram adalah otot betis dibawah dan belakang lutut. Nyeri kram dapat berlangsung beberapa detik hingga menit dengan keparahan bervariasi, sebagian besar kram kaki terjadi di malam hari atau ketika bangun tidur. (Nurchasanah, 2015).

Etiologi kram kaki menurut Syaifudi dkk, (2011): kram kaki adalah hal yang umum terjadi selama kehamilan dan dapat mengganggu kemampuan wanita untuk tidur. Kram kaki lebih sering terjadi pada malam hari. Kram mungkin berhubungan dengan ketidakseimbangan metabolisme kalsium dan fosfor atau mungkin terjadi akibat tekanan pembesaran uterus pada pembuluh darah panggul atau saraf yang menyerupai tungkai bawah. (Rukiah AY dkk. 2016).

Penatalaksanaan kram kaki menurut Syafrudin dkk, (2011) mencegah kram kaki yaitu :

- 1) Hindari pekerjaan berdiri dalam waktu lama
- 2) Lakukan olahraga ringan, peregangan pada otot betis dan latihan bersila dapat mengurangi kejadian kram pada kaki
- 3) Posisi tidur dengan kaki lurus
- 4) Mengurangi makanan yang mengandung sodium (garam)
- 5) Meninggikan posisi kaki, termasuk menganjal kaki dengan bantal saat tidur

- 6) Mengurut kaki secara teratur dari jari-jari hingga paha (Hemawati et al.,2023)

e. Peningkatan Frekuensi Berkemih

Frekuensi kemih meningkat pada trimester III karena terjadi efek *lightening*. *Lightening* yaitu bagian presentasi akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. Peningkatan frekuensi berkemih disebabkan oleh tekanan uterus karena turunnya bagian bawah janin sehingga kandung kemih tertekan, kapasitas kandung kemih berkurang dan mengakibatkan frekuensi berkemih meningkat (Ardiansyah, 2016).

2.1.6 Deteksi Dini Komplikasi dalam Kehamilan

a. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Berikut tanda bahaya kehamilan menurut Dartiwen (2019) adalah:

- 1) Perdarahan pervaginam
- 2) Sakit kepala hebat yang menetap
- 3) Pandangan kabur
- 4) Nyeri abdomen yang hebat
- 5) Bengkak pada muka dan tangan
- 6) Kejang
- 7) Suhu tubuh tinggi
- 8) Janin kurang bergerak (dalam 12 jam, gerakan kurang dari 10x)
- 9) Muntah terus menerus dan tidak dapat makan

b. Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR)

Kartu Skor Poedji Rochjati adalah untuk mengenal masalah yang perlu diwaspadai dan menemukan secara dini adanya tanda bahaya dan faktor risiko pada kehamilan sehingga dapat ditemukan faktor risiko yang berkembang pada umur kehamilan lebih lanjut. Deteksi dini gejala dan tanda bahaya selama kehamilan merupakan upaya terbaik untuk mencegah terjadinya gangguan yang serius terhadap kehamilan ataupun keselamatan ibu hamil (Susilawati & Yanti, 2023).

KSPR tersebut dikategorikan tiga faktor resiko yaitu:

1) Risiko I(Ada Potensi Gawat Obstetrik/APGO)

- a) Primi Muda terlalu Muda hamil pertama umur 16 tahun atau kurang
- b) Primi Tua Primer, terlalu tua, hamil pertama umur 35 tahun atau lebih dan terlalu lambat hamil Setelah kawin 4 tahun lebih.
- c) Primi Tua Sekunder, terlalu lama punya anak lagi (terkecil 10 tahun lebih), terlalu cepat punya anak lagi, anak terkecil usia kurang 2 tahun
- d) *Grande multi* terlalu banyak punya anak 4 atau lebih
- e) Terlalu Tua (Umur ≥ 35 tahun)
- f) Terlalu Pendek (Tinggi Badan ≤ 145 cm)
- g) Pada hamil pertama, kedua atau lebih belum pernah melahirkan normal
- h) Pernah gagal pada kehamilan lalu
- i) Pernah melahirkan dengan: tarikan, uri dikeluarkan oleh penolong, pernah diinfus atau transfuse pada pendarahan postpartum.
- j) Bekas operasi sesar (Susanti and Zaniyah, 2020).

2) Kelompok Faktor Risiko II (Ada Gawat Obstetri/AGO)

- a) Ibu Hamil Dengan Penyakit: Anemia, Malaria, TBC, Payah Jantung, Penyakit lain HIV-AIDS, Penyakit Menular Seksual
- b) Pre Eklampsia Ringan, Hamil Kembar/Gemeli, Hidramnion, Bayi mati dalam kandungan, hamil lebih bulan (serotinus), letak sungsang, letak lintang.

3) Kelompok Faktor Risiko III (Ada Gawat Darurat/AGDO)

- a) Perdarahan sebelum bayi lahir mengeluarkan darah pada waktu hamil.
- b) Preeklamsia Berat dan atau Eklampsi

4) Hasil skor penghitungan KSPR

- a) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2
- b) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10
- c) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12 (Rochjati Poedji, 2015).

c. Memperhitungkan masuknya kepala ke PAP terutama primigravida.

Pada primigravida, kepala masuk pintu atas panggul (PAP) pada minggu terakhir (minggu ke-36). Jika belum masuk PAP, ingat kemungkinan terjadi CPD (Cephalodisproporsi panggul), plasenta previa, atau hidramnion. Pada multigravida, kepala masuk PAP pada permulaan inpartu (Saminem, 2016).

2.1.7 Antenatal Care (ANC)

a. Pengertian *Antenatal Care*

Pemeriksaan *Antenatal Care* adalah pemeriksaan dan pengawasan kehamilan yang dilakukan oleh tenaga profesional pada ibu hamil untuk

mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil, sehingga mampu menghadapi persalinan, nifas, dan persiapan pemberian ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar (Ryan et al., 2018).

b. Tujuan *Antenatal Care*

Tujuan dari *Antenatal Care* adalah ibu hamil mendapatkan asuhan selama kehamilan meliputi pemeriksaan kehamilan edukasi dan deteksi risiko tinggi sehingga apabila ada temuan bisa segera dilakukan upaya preventif dan kuratif guna mencegah morbiditas dan mortalitas (Lestari, 2020). Tujuan pelayanan *Antenatal Care* menurut Kementerian Kesehatan adalah:

- 1) Memantau kemajuan proses kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin di dalamnya.
- 2) Mengetahui adanya komplikasi kehamilan yang mungkin terjadi selama kehamilan sejak usia dini, termasuk riwayat penyakit dan pembedahan
- 3) Meningkatkan dan memelihara kesehatan ibu dan bayi.
- 4) Mempersiapkan proses persalinan agar bayi dapat dilahirkan dengan selamat dan meminimalkan trauma yang mungkin terjadi selama persalinan.
- 5) Menurunkan angka kematian dan kesakitan ibu.
- 6) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga untuk menerima kelahiran anak agar mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang normal. Mempersiapkan ibu untuk melewati masa nifas dengan baik dan dapat memberikan ASI eksklusif kepada bayinya

c. Jadwal Asuhan *Antenatal Care*

Pelayanan kesehatan ibu hamil atau antenatal harus memenuhi frekuensi minimal enam kali pemeriksaan kehamilan dan dua kali pemeriksaan oleh dokter. Pemeriksaan kesehatan ibu hamil dilakukan minimal satu kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), dua kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan tiga kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24 minggu sampai menjelang persalinan), serta minimal dua kali diperiksa oleh dokter saat kunjungan pertama di trimester satu dan saat kunjungan ke lima di trimester tiga. Standar waktu pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan janin berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan (Kemenkes RI, 2022).

d. Standar Asuhan *Antenatal Care*

Pastikan ibu hamil mendapatkan pelayanan pemeriksaan kehamilan yang meliputi 10T :

1) Timbang Berat Badan Dan Ukur Tinggi Badan

Bila tinggi badan < 145 cm, maka faktor resiko panggul sempit, kemungkinan sulit melahirkan secara normal. Sejak bulan ke-4 pertambahan BB paling sedikit 1 kg/bulan (Kemenkes,2016). Penambahan berat badan selama kehamilan ditentukan dengan menggunakan rumus indeks masa tubuh (IMT). Dimana IMT dihitung menggunakan rumus:

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{TB (m}^2\text{)}}$$

Keterangan :

IMT = Indeks Masa Tubuh

BB = Berat badan sebelum hamil (kg) TB = Tinggi badan dalam meter

2) Pengukuran Tekanan Darah

Tekanan darah normal 120/80 mmHg. Tekanan darah ibu dalam batas normal yaitu tidak lebih dari 140/90 mmHg, sistole normal mulai dari 100-140 sedangkan diastole mulai dari 60-90. Apabila tekanan darah ibu lebih maka dikatakan tekanan darah tinggi (Astuti, 2017).

3) Nilai Status Gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas/LILA)

Pengukuran LILA dilakukan hanya pemeriksaan pertama oleh tenaga kesehatan untuk menentukan gizi ibu, LILA normal ibu hamil 23,5 cm. LILA ibu hamil < 23,5 cm atau dibagian merah pita LILA menandakan kurang gizi. $\geq 23,5$ menandakan gizi ibu hamil baik (Kemenkes RI, 2016).

4) Ukur tinggi fundus uterus

Pengukuran tinggi fundus uteri untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan usia kehamilan. Berikut rumus untuk menentukan taksiran berat janin adalah :

Johnson dan Tausack menggunakan suatu metode untuk menaksirkan berat badan janin dengan pengukuran tinggi fundus uteri (TFU), yaitu dengan mengukur jarak antara tepi atas simfisis pubis sampai puncak fundus uteri dengan mengikuti lengkungan uterus, memakai pita pengukur dalam centimeter dikurangi 11, 12, atau 13 hasilnya dikalikan 155, didapatkan berat

badan bayi dalam gram (Varney, 2012). Rumus Johnson adalah sebagai berikut:

$$\text{TBJ} = (\text{TFU} - \text{N}) \times 155$$

Keterangan :

TBJ = Taksiran Berat Janin

TFU = Tinggi Fundus Uteri

N = 13 bila kepala belum masuk PAP

12 bila kepala masih berada di atas spina ischiadika 11 bila

kepala berada di bawah spina ischiadika

Kecukupan gizi ibu hamil ditentukan oleh kenaikan berat badan ibu yang juga akan mendukung kenaikan berat badan janin serta kecepatan janin mensintesis jaringan. Pencatatan hasil berat badan pada setiap kunjungan ibu hamil bermanfaat untuk mengetahui kesejahteraan janin yang ada di dalam kandungan ibu. Pengukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU) menjadi titik awal evaluasi pertumbuhan janin. Taksiran berat janin berguna untuk memantau pertumbuhan janin dalam rahim, sehingga diharapkan dapat mendeteksi dini kemungkinan terjadinya pertumbuhan janin yang abnormal.

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

Pemeriksaan ini dilakukan letak janin dan DJJ, normalnya 14 DJJ 120- 160x/menit. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester satu untuk mendeteksi kegawatan janin bila DJJ kurang dari 120x/menit atau lebih dari 160x/menit. Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini

dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika, pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain. Sedangkan penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ kurang dari 120x/menit atau DJJ cepat lebih dari 160x/menit menunjukkan adanya gawat janin.

6) Skrining pemberian imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskriminasi status imunisasi TT-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil disesuaikan dengan status imunisasi TT ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi T2 agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan status imunisasi T5 tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi.

Tabel 2. 3
Tabel Imunisasi pada wanita usia subur

Antigen	Selang Waktu Minimal	Lama Perlindungan
TT 1	Pada kunjungan antenatal Pertama	-
TT 2	4 minggu setelah TT1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT2	5 tahun
TT 4	1 tahun setelah TT3	10 tahun
TT 5	1 tahun setelah TT4	25 tahun/seumur hidup

Sumber : Sulistyawati, 2011

7) Pemberian tablet tambah darah

Ibu hamil sejak awal kehamilan minum 1 tablet tambah darah setiap

hari minimal selama 90 hari. Tablet tambah darah diminum pada malam hari untuk mengurangi rasa mual.

8) Tes laboratorium

- a) Tes golongan darah, untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil bila diperlukan.
- b) Tes hemoglobin, untuk mengetahui apakah ibu kekurangan darah (Anemia). Hb normal ibu hamil 11-16 gr/dl.
- c) Tes pemeriksaan urine (air kencing).
- d) Tes pemeriksaan darah lainnya, HIV dan Sifilis, sementara pemeriksaan malaria dilakukan di daerah endemis (Prawirohardjo, 2016).

9) Konseling atau penjelasan

Tenaga kesehatan memberi penjelasan mengenai perawatan kehamilan, pencegahan kelainan bawaan, persalinan dan inisiasi menyusui dini, nifas, perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, keluarga berencana dan imunisasi pada bayi. Penjelasan ini diberikan secara bertahap saat kunjungan ibu hamil (Kemenkes, 2016).

10) Tatalaksana atau Mendapatkan Pengobatan

Setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan bidan. Kasus-kasus yang tidak ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan. Jika ibu mempunyai kesehatan pada saat hamil (Kemenkes, 2016).

- e. Pada kehamilan cukup bulan, evaluasi terhadap masuknya kepala janin ke pintu atas panggul (PAP) merupakan bagian penting dalam penilaian kesiapan persalinan. Pada primigravida, kepala janin umumnya mulai

masuk ke PAP pada minggu ke-36. Bila kepala janin belum masuk hingga usia kehamilan tersebut, perlu dicurigai adanya faktor penghambat, seperti cephalopelvic disproportion (CPD), plasenta previa, atau polihidramnion. Sebaliknya, pada multigravida, kepala janin biasanya baru memasuki PAP pada saat awal persalinan (inpartu) (Saminem, 2016).

f. CPD (*Cephalo Pelvik Disproportion*)

a) Pengertian

Panggul pada perempuan merupakan organ vital yang berperan penting dalam proses persalinan, karena janin harus melewati panggul untuk dapat dilahirkan. Tulang panggul memiliki bentuk corong, dengan bagian atas yang lebar disebut panggul besar, yang mendukung isi perut, sedangkan bagian bawahnya, yaitu panggul kecil, menjadi tempat alat kandungan dan menentukan bentuk jalan lahir. Pintu panggul dapat dikatakan sempit apabila diameternya lebih kecil 1-2 cm atau lebih. Kesempitan panggul bisa pada pintu atas panggul, ruang tengah panggul atau pintu bawah panggul, ataupun kombinasi dari ketiganya (Jones, 2011). *Cephalopelvi Disproportion (CPD)* merupakan kondisi di mana terdapat ketidaksesuaian antara ukuran kepala janin dengan kapasitas panggul ibu, sehingga menyebabkan kesulitan atau hambatan dalam proses persalinan secara normal melalui vagina (Garry, 2014). Diagnosis CPD yang paling dapat diandalkan adalah melalui pengamatan terhadap tanda-tanda klinis selama proses persalinan serta hasil pemeriksaan fisik. Meskipun terdapat pemeriksaan penunjang seperti pelvimetri, metode ini belum terbukti akurat

dalam memprediksi secara pasti kemungkinan terjadinya CPD maupun dalam menentukan metode persalinan yang paling sesuai. CPD sering kali menjadi salah satu alasan utama dilakukan tindakan persalinan melalui operasi caesar (sectio caesarea).

b) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik CPD dapat dilakukan saat antenatal atau melalui pemeriksaan panggul saat inpartu. Pemeriksaan panggul dapat dilakukan dengan cara pelvimetri klinis baik eksternal maupun internal.

1) Pemeriksaan Antropometri Antenatal

Selain ukuran panggul yang sempit, kriteria lain yang perlu dinilai pada antropometri adalah tinggi badan ≤ 145 cm, penambahan berat badan ibu > 15 kg (biasanya berhubungan dengan ukuran janin yang besar), dan BMI ibu > 30 (Nicholson, 2016).

2) Pelvimetri Eksternal

Pemeriksaan pelvimetri eksternal dilakukan menggunakan instrumen yang disebut Berisky pelvimeter. Pada pelvimetri eksternal dilakukan pengukuran jarak antara krista iliaka, jarak antara spina iliaka anterior-superior, jarak intertrokanter, jarak diagonal transversal area Michaelis-sakrum, dan intertuberositas (Mochtar, 2014).

3) Pelvimetri Internal

Pemeriksaan fisik lain untuk memprediksi CPD adalah melalui pelvimetri internal. Pelvimetri internal dilakukan dengan cara vaginal toucher (VT) /pemeriksaan dalam menggunakan jari telunjuk dan tengah untuk mengevaluasi kapasitas panggul, yakni bagian pintu atas panggul

(PAP), ruang tengah panggul (RTP), dan pintu bawah panggul (PBP). Pelvimetri internal berbeda dengan VT biasa yang rutin dikerjakan pada persalinan yang bertujuan mengevaluasi bukaan serviks, kantong amnion, penurunan, dan posisi janin.

2.1.9. Ibu Hamil dengan TFU Tidak Sesuai Usia Kehamilan

a. Pengertian TFU Tidak Sesuai Usia Kehamilan

Pengukuran tinggi fundus uteri mulai dari batas atas symphysis dan disesuaikan dengan hari pertama haid terakhir. Tinggi fundus uteri diukur pada kehamilan > 12 minggu karena pada usia kehamilan ini uterus dapat diraba dari dinding perut dan untuk kehamilan > 24 minggu dianjurkan mengukur dengan pita meter. Tinggi fundus uteri dapat menentukan ukuran kehamilan. Bila tinggi fundus kurang dari perhitungan umur kehamilan mungkin terdapat gangguan pertumbuhan janin, dan sebaliknya mungkin terdapat gemeli, hidramnion atau molahidatidosa (Depkes, 2017). Biasanya bila dilakukan pemeriksaan tinggi fundus uteri dengan cara Leopold I diteruskan dengan Leopold II, III, dan IV sekaligus perabaan gerakan janin dan pemeriksaan auskultasi untuk mendengarkan denyut jantung janin.

Tujuan utama dari pemeriksaan ini adalah untuk mengetahui pertumbuhan janin dengan menilai besarnya tinggi fundus uteri yang tidak sesuai dengan usia kehamilan, atau penilaian terhadap janin yang tumbuh terlalu besar sehingga tinggi fundus uteri yang terlalu besar seperti pada kehamilan ganda (Depkes, 2017).

b. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Dengan TFU Tidak Sesuai Usia Kehamilan

- 1) Memberikan penyuluhan dan melaksanakan nasehat atau anjuran
- 2) Menggali terlebih dahulu faktor apa yang menyebabkan pertumbuhan janin terhambat
- 3) Jika karena rendahnya asupan nutrisi, anjurkan ibu memperbaiki nutrisi dengan menambah 300 kal perhari dan meminum susu dan atau suplemen.
- 4) Jika karena ibu pemakai rokok dan minuman alkohol, maka ibu dianjurkan untuk berhenti merokok dan mengkonsumsi alkohol.
- 5) Anjurkan ibu untuk jangan sampai stress dan mengikuti senam hamil agar lebih rileks.

2.1.10. Evidence Based Asuhan Kehamilan Trimester III

Evidence based adalah praktik berdasarkan bukti yang merupakan proses sistematis untuk mencari, menilai, dan menggunakan hasil penelitian sebagai dasar untuk pengambilan keputusan klinis. *Evidence based practic* (EPB) merupakan prosedur yang dapat menunjang agar bisa mendapatkan fakta terbaru sehingga menjadikan bukti guna melakukan ketentuan klinis efektif dan efesien serta memberikan pasien perawatan yang paling baik. Salah satu aspek yang harus dipenuhi dalam memberikan asuhan kebidanan yang bertanggung jawab adalah dengan mengacu pada hasil penelitian yang paling *up to date*. Berdasarkan kajian riset yang dilakukan oleh ahli bidang kesehatan yang dijadikan sebagai acuan dalam memberikan pelayanan, WHO

merekomendasikan beberapa hal terkait pelayanan Antenatal Care pada ibu hamil, dikelompokkan dalam 5 jenis imtervensi, diantaranya intervensi untuk gejala fisiologis umum seperti kram pada kaki yang dapat diatasi dengan pemberian magnesium, kalsium, atau tatalaksana non farmakologi lainnya (Agustini, R. D., et al, 2023).

Tatalaksana non farmakologi yang dapat dilakukan berdasarkan penelitian Ernawati (2019) menyatakan bahwa salah satu solusi untuk mengatasi kram pada kaki adalah dengan melakukan senam hamil. Senam hamil dapat mengoptimalkan keseimbangan fisik, sikap serta gerak selama kehamilan, mengurangi keluhan- keluhan fisik seperti sakit pinggang dan kejang otot. Kram pada saat bangun tidur terjadi karena saat tidur dengan posisi dengkul setengah ditekuk, dan telapak kaki sedikit mengarah kebawah. Pada posisi ini otot betis agak tertekuk dan mudah terkena kram. Itulah mengapa gerakan pelenturan sebelum tidur atau senam hamil dapat mencegahnya. (Trii,2019)

Penelitian Tiffany Field, Miguel Diego, Jeannetta Delgado, (2016) menyatakan bahwa senam hamil yang dilakukan secara teratur selama kehamilan berdampak tidak mudah lelah selama kehamilan. Selain itu, ibu hamil yang rutin melakukan senam hamil sedikit mengalami ketidaknyamanan dan mereka lebih cepat sembuh dari pada ibu yang tidak melakukan senam hamil. (Brilliant et al., 2024)

Solusi selanjutnya dalam mengatasi kehamilan dengan keluhan nyeri kram kaki adalah luruskan kaki dan posisi telapak kaki tegak lurus dan biarkan sesaat, mengurangi aktivitas ibu yang membuat tubuh lelah,

banyak mengonsumsi air putih, serta menganjurkan untuk merendam kaki dengan air hangat pada sore hari (Handayani Et., 2020).

Terapi air hangat merupakan bagian dari penatalaksanaan nyeri secara nonfarmakologis. Merendam kaki dengan air hangat merupakan pemberian aplikasi panas pada tubuh untuk mengurangi gejala nyeri akut maupun kronis. Terapi ini efektif untuk mengurangi nyeri yang berhubungan dengan ketegangan otot walaupun dapat juga dipergunakan untuk mengatasi masalah hormonal dan kelancaran peredaran darah. Pengobatan tradisional Tiongkok menyebut kaki adalah jantung kedua tubuh manusia, barometer yang mencerminkan kondisi kesehatan badan. Ada banyak titik akupunktur di telapak kaki. Enam meridian (hati, empedu, kandung kemih, ginjal, limpa dan perut) ada di kaki (Nurin K, 2019).

Terapi air hangat didalam penatalaksanaan masalah nyeri bereaksi dengan cara menghambat reseptor nyeri dengan vasodilatasi pembuluh darah sekitar yang diterapi (Nurin K, 2019). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian (Yanti,2020) yang menyatakan pengaruh penerapan pijat dan rendam kaki dengan air hangat campuran dapat memberikan efek relaksasi yang mendalam, mengurangi kecemasan, mengurangi rasa sakit, ketidaknyamanan secara fisik, dan meningkatkan kualitas tidur.

2.2. Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan

2.2.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya

terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (JNPK- KR, 2016).

Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan, lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam produk konsepsi dikeluarkan sebagai akibat dari kontraksi uterus yang teratur, progresif, sering dan kuat yang nampaknya tidak berhubungan bekerja dalam keharmonisan untuk melahirkan bayi (Walyani dkk, 2016).

Adapun menurut (Yuni and Widy, 2018) proses berlangsungnya persalinan dibedakan sebagai berikut:

- a. Persalinan Spontan: bila persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri
Pengertian persalinan, melalui jalan lahir ibu tersebut.
- b. Persalinan Buatan: bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar misalnya ekstraksi forcep tau dilakukan operasi SC.

2.2.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Faktor yang mempengaruhi proses persalinan normal yang dikenal dengan istilah 5P, yaitu: Power, Passage, Passenger, Psikis ibu bersalin, dan Penolong persalinan yang dijelaskan dalam uraian berikut.

a. Power (tenaga)

Power (tenaga) merupakan kekuatan yang mendorong janin untuk lahir. Dalam proses kelahiran bayi terdiri dari 2 jenis tenaga, yaitu primer dan sekunder.

- 1) Primer: berasal dari kekuatan kontraksi uterus (his) yang berlangsung sejak muncul tanda-tanda persalinan hingga pembukaan lengkap.

2) Sekunder: usaha ibu untuk mengejan yang dibutuhkan setelah pembukaan lengkap.

b. Passenger (janin)

Faktor lain yang berpengaruh terhadap persalinan adalah faktor janin, yang meliputi berat janin, letak janin, posisi sikap janin (habilitus), serta jumlah janin. Pada persalinan normal yang berkaitan dengan passenger antara lain: janin bersikap fleksi dimana kepala, tulang punggung, dan kaki berada dalam keadaan fleksi, dan lengan bersilang di dada. Taksiran berat janin normal adalah 2500-3500 gram dan DJJ normal yaitu 120-160x/menit.

c. Passage (jalan lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yaitu bagian tulang padat, dasar panggul, vagina dan introitus vagina (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Oleh karena itu, ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai.

d. Psikis ibu bersalin

Persalinan dan kelahiran merupakan proses fisiologis yang menyertai kehidupan hampir setiap wanita. Pada umumnya persalinan dianggap hal yang menakutkan karena disertai nyeri hebat, bahkan terkadang menimbulkan kondisi fisik dan mental yang mengancam jiwa. Nyeri merupakan fenomena yang subjektif, sehingga keluhan nyeri persalinan setiap wanita tidak akan sama, bahkan pada wanita yang samapun tingkat nyeri

persalinannya tidak akan sama dengan nyeri persalinan yang sebelumnya. Sehingga persiapan psikologis sangat penting dalam menjalani persalinan. Jika seorang ibu sudah siap dan memahami proses persalinan maka ibu akan mudah bekerjasama dengan petugas kesehatan yang akan menolong persalinannya. Dalam proses persalinan normal, pemeran utamanya adalah ibu yang disertai dengan perjuangan dan upayanya. Sehingga ibu harus meyakini bahwa ia mampu menjalani proses persalinan dengan lancar. Karena jika ibu sudah mempunyai keyakinan positif maka keyakinan tersebut akan menjadi kekuatan yang sangat besar saat berjuang mengeluarkan bayi. Sebaliknya, jika ibu tidak semangat atau mengalami ketakutan yang berlebih maka akan membuat proses persalinan menjadi sulit.

e. Penolong persalinan

Orang yang berperan sebagai penolong persalinan adalah petugas kesehatan yang mempunyai legalitas dalam menolong persalinan, antara lain: dokter, bidan perawat maternitas dan petugas kesehatan yang mempunyai kompetensi dalam pertolongan persalinan, menangani kegawatdaruratan serta melakukan rujukan jika diperlukan. Petugas kesehatan yang memberi pertolongan persalinan dapat menggunakan alat pelindung diri, serta melakukan cuci tangan untuk mencegah terjadinya penularan infeksi dari pasien.

2.2.2. Tanda-tanda Persalinan

Tanda-tanda persalinan menurut (Parapat, Siregar and Haslin, 2022) adalah:

- a. *Ligthening/setting/dropping*, yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul.
- b. Perut keliatan lebih melebar dan fundus uteri menurun.
- c. Sering buang air kecil atau sulit berkemih (polisuria) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.

- d. Perasaan nyeri di perut dan di pinggang oleh adanya kontraksi – kontraksi lemah uterus –kadang- kadang disebut “false labor pains”.
- e. Serviks menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah mungkin tercampur darah (*Blood Show*).
- f. Rasa nyeri oleh adanya his yang datang lebih kuat , sering, dan teratur.
- g. Keluar lender bercampur darah yang lebih banyak karena robekan- robekan kecil pada serviks.
- h. Ketuban pecah dengan sendirinya.
- i. Padapemeriksaan dalam, serviks mendatar dan telah ada pembukaan.

2.2.3 Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan normal terbagi dalam beberapa tahap gerakan kepala janin di dasar panggul yang diikuti dengan lahirnya seluruh anggota badan bayi. Tahapannya adalah sebagai berikut:

a. Penurunan Kepala

Penurunan kepala janin yang disebabkan oleh his dimulai saat inpartu. Bentuk penurunan nya yaitu *sinklitismus* yang artinya sutura sagitalis berhimpitan dengan sumbu jalan lahir. *Asinklitismus anterior* adalah kepala janin masuk mengarah ke promontorium sehingga os parietalis lebih rendah dan teraba lebih banyak, kepala masuk secara asinklitismus lebih menguntungkan karena dapat masuk lebih dalam sebelum terjadi putaran paksi dalam. *Asinklitismus posterior* adalah kepala janin masuk lebih mengarah ke simfisis sehingga kepala akan lebih cepat tersentuh dan tertahan oleh simfisis pubis, akibatnya akan terjadi kepala miring kearah simfisis dan mengalami kegagalan untuk penurunan selanjutnya yang dapat menyebabkan kegagalan untuk melakukan putaran paksi dalam yang disebut dengan *deep tranverse arrest* (Manuaba, 2015).

b. Penguncian (*Engagement*)

Terjadi ketika diameter terbesar dari presentasi bagian janin (biasanya kepala) telah memasuki rongga panggul. Pada *nulipara*, *engagement* sering terjadi sebelum awal persalinan, namun pada *multipara* dan beberapa *nulipara*, *engagement* tidak terjadi sampai setelah persalinan dimulai (Sulistyawati dan Nugraheny, 2016).

c. Flexi

Fleksi menjadi hal yang sangat penting karena dengan fleksi diameter kepala janin terkecil dapat bergerak melalui panggul dan terus menuju dasar panggul. Pada saat kepala bertemu dengan dasar panggul, tahanannya akan meningkatkan fleksi menjadi bertambah besar yang sangat diperlukan agar saat sampai di dasar panggul kepala janin sudah dalam keadaan fleksi maksimal (Sulistyawati dan Nugraheny, 2016).

d. Rotasi Internal (Putar Paksi Dalam)

Menurut Oxorn (2016) terjadi putaran paksi dalam di dasar panggul menambahkan bahwa sumbu panjang kepala janin harus sesuai dengan panjang panggul ibu dikarenakan kepala janin yang masuk Pintu Atas Panggul (PAP) pada diameter atau *oblique* harus berputar ke diameter anteroposterior agar dapat segera lahir. Inilah yang dimaksud dengan putaran. paksi dalam dimana Ubun-Ubun Kecil (UUK) mendeteksi simpisis pubis dan *sinciput* mendekati *sacrum*.

e. Ekstensi

Proses ini terjadi karena gaya tahanan dari dasar panggul, dimana gaya tersebut membentuk lengkungan carus, yang mengarahkan kepala keatas menuju lorong vulva. Bagian leher belakang di bawah oksiput akan bergeser

ke bawah oksiput akan bergeser ke bawah simfisis pubis dan bekerja sebagai titik poros (*hipomoklion*). Uterus yang berkontraksi kemudian memberikan tekanan tambahan di kepala yang menyebabkannya ekstensi lebih lanjut saat lubang vulva vagina membuka lebar (Sulistyawati dan Nugraheny, 2016)

f. Rotasi Eksternal (Putar Paksi Luar)

Pada tahap ini terjadi putar paksi luar. Menurut Oxorn (2016) menambahkan pada waktu kepala mencapai dasar panggul, maka bahu memasuki panggul. Oleh karena itu, panggul tetap berada pada diameter *oblique* sedangkan kepala berputar kedepan. Setelah kepala dilahirkan dan bebas dari panggul maka leher berputar kembali dan kepala mengadakan restitusi kembali sehingga hubungannya dengan bahu dan kedudukannya dalam panggul menjadi normal kembali.

g. Lahirnya Bahu dan Seluruh Anggota Badan Bayi

Setelah kepala janin keluar selanjutnya kita melahirkan bahu janin bagian depan dengan cara kedua telapak tangan pada samping kiri dan kanan kepala janin. Kepala janin ditarik perlahan-lahan kearah anussehingga bahu depan lahir. Tidak dibenarkan untuk penarikan terlalu keras dan kasar karena dapat menimbulkan robekan pada *muskulus sternokledomastoidues*, kemudian kepala janin diangkat kearah simfisis untuk melahirkan bahu belakang (Rohani, dkk: 2015).

2.1.4 Tahapan Persalinan

Ada beberapa tahapan persalinan menurut (Kurniarum et al. 2016) yaitu sebagai berikut :

a. Kala I

Persalinan kala I dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10cm). klinis dapat dinyatakan pertus dimulai his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bercampur darah (*bloody show*). Dan kala I persalinan terdiri atas 2 fase, yaitu fase laten dan fase aktif .

1) Fase laten

Fase laten berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm. pada umumnya fase laten berlangsung 4 atau 8 jam.

2) Fase aktif

Dibagi dalam 3 fase yaitu :

- a) Fase akselerasi, yaitu pembukaan 3 cm menjadi 4 cm dalam waktu 2 jam pada primipara jika multipara 1 jam.
- b) Fase dilatasi maksimal, yaitu pembukaan berlangsung cepat dari 4cm menjadi 9cm dalam waktu 6 jam pada primipara dan 3 jam pada multipara.
- c) Fase deslarasi, yaitu pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap dalam 2 jam pada primipara dan 1 jam multipara

b. Kala II

Persalinan kala 2 dimulai dari adanya tanda dan gejala kala II dan berakhirnya dengan lahirnya bayi. Kala II disebut kala pengeluaran. Tanda dan gejala kala II persalinan:

- a) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit.
- b) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- c) Ibu merasakan meningkatnya tekanan pada rektum dan vagina.

- d) Vulva- vagina dan sfingter Ani membuka.
- e) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.
- f) Pembukaan serviks telah lengkap.
- g) Terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina (Siswanto, dkk. 2019).

c. Kala III

Kala III persalinan berlangsung sejak bayi lahir sampai dengan lahirnya plasenta. Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian, uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri). Pada tahap ini dilakukan tekanan ringan di atas puncak rahim dengan cara *Crede* untuk membantu pengeluaran plasenta. Plasenta diperhatikan kelengkapannya secara cermat, sehingga tidak menyebabkan gangguan kontraksi rahim atau terjadi perdarahan sekunder (Yulizawati, 2019).

d. Kala IV

Kala empat persalinan didefinisikan sebagai saat lahirnya plasenta sampai 2 jam postpartum yang bertujuan untuk mengobservasi persalinan terutama mengamati keadaan ibu terhadap bahaya perdarahan postpartum. Pada kondisi normal tidak terjadi perdarahan pada daerah vagina atau organ setelah melahirkan.

Pemantauan keadaan umum ibu selama 2 jam pasca persalinan :

- a. Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih dan darah yang keluar setiap 15 menit dalam 1 jam pertama dan setiap 30 menit selama 1

jam kedua kala empat.

- b. Masase uterus untuk membuat kontraksi uterus menjadi baik setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua kala empat
- c. Pantau temperature suhu tubuh setiap jam dalam 2 jam pertama pasca persalinan
- d. Nilai perdarahan, periksa perineum dan vagina setiap 15 menit setiap 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada satu jam kedua pada kala empat
- e. Ajarkan pada ibu dan keluarga bagaimana menilai kontraksi uterus dan jumlah darah yang keluar dan bagaimana melakukan massase uterus jika uterus menjadi lembek. Minta anggota keluarga untuk memeluk bayi (Qonitun and Novitasari, 2018).

2.1.5 Induksi Persalinan

a. Pengertian Induksi Persalinan

Induksi persalinan adalah suatu tindakan merangsang uterus untuk memulai terjadinya persalinan. Tindakan yang dilakukan adalah dengan memberi stimulasi atau hormon sehingga merangsang uterus berkontraksi dalam persalinan. Induksi persalinan dilakukan sebelum tanda dan gejala persalinan terjadi sebagai upaya untuk melakukan persalinan pervaginam. Sedangkan akselerasi persalinan adalah suatu tindakan terhadap ibu hamil inpartu untuk meningkatkan frekuensi, lama dan kekuatan kontraksi uterus dalam persalinan. Hal ini dilakukan sebagai upaya untuk dilakukannya persalinan pervaginam pada ibu (Nurlaela, 2018).

b. Indikasi Induksi Persalian

Induksi persalinan akan dilakukan jika manfaat bagi ibu dan janin lebih

menguntungkan dibandingkan dengan melanjutkan kehamilan. Beberapa indikasi dilakukannya induksi persalinan yaitu kehamilan postterm, kehamilan dengan penyakit, ketuban pecah dini dan kondisi yang membahayakan janin (Retnaningsih, 2018).

c. Kontraindikasi Induksi Persalinan

Menurut Retnaningsih (2018), beberapa kontraindikasi dilakukannya induksi persalinan dan terbagi menjadi 2 yaitu:

1) Absolut

- a) Kontraindikasi ibu : kondisi medis kronis serius.
- b) Kontraindikasi janin : malpresentasi, gawat janin.
- c) Kontraindikasi uteroplasenta : prolaps tali pusat, plasenta previa, vasa previa.

2) Relatif

- a) Kontraindikasi ibu : karsinoma serviks, kelainan bentuk panggul.
- b) Kontraindikasi janin : makrosomia yang berat.

d. Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Induksi Persalinan Beberapa

keberhasilan induksi dapat ditentukan oleh faktor-faktor

berikut (Retnaningsih, 2018):

1) Kedudukan bagian terendah

Semakin rendah kedudukan bagian terendah janin, kemungkinan keberhasilan induksi akan semakin besar karena adanya penambahan frekuensi dan kuat kontraksi sehingga menyebabkan penekanan pada perineum dan menyebabkan pembukaan membesar dan porsio melunak.

2) Penempatan (presentasi)

Pada letak/presentsai kepala, keberhasilan induksi lebih besar dibandingkan dengan presentasi bokong. Hal ini disebabkan oleh kepala yang membantu pembukaan dengan adanya dorongan yang efektif sehingga pembukaan akan semakin bertambah dengan adanya bantuan induksi.

3) Kondisi Serviks

Pada kondisi serviks yang kaku dan menjurus kebelakang memiliki keberhasilan yang rendah. Sehingga selama proses induksi dilakukan penilaian serviks menggunakan bishop score. Nilai bishop score < 5 keberhasilan induksi rendah, sementara nilai bishop score > 5 memiliki keberhasilan induksi yang lebih tinggi

Tabel 2.4
Penilaian *Bishop Score*

Score	0	1	2	
Pembukaan serviks (cm)	0	1 – 2	3 – 4	5 – 6
Pendataran serviks %	0 - 30%	40 - 50%	60 - 70%	
Penurunan kepala	-3	-2	-1 atau 0	
Konsistensi serviks	kaku	sedang	lunak	
Posisi ostium serviks	posterior	tengah	anterior	anterior

Sumber : Retnaningsih, 2018

Keberhasilan Induksi Persalinan :

- Skor bishop 0 – 4 = angka keberhasilan induksi persalinan 50 – 60%
- Skor bishop 5 – 9 = angka keberhasilan induksi persalinan 80 – 90 %

- c) Skor bishop > 9 = angka keberhasilan induksi persalinan mendekati 100%

4) Paritas

Induksi yang dilakukan pada multipara akan lebih berhasil karena sudah ada pendataran serviks. Namun pada primigravida, terdapat keberhasilan namun terdapat pula kegagalan pada induksi.

5) Umur ibu dan umur anak terkecil

Ibu dengan umur < 20 tahun atau > 35 tahun dan umur anak terakhir yang lebih dari 5 tahun memiliki kemungkinan induksi tidak berhasil karena sudah terjadi kekakuan pada serviks sehingga menghalangi pembukaan dan lebih banyak dikerjakan dengan tindakan operasi.

e. Risiko Induksi Persalinan

Induksi persalinan juga dapat menyebabkan ancaman baru pada ibu dan janin. Namun adanya risiko dapat diminimalkan dengan pengawasan ketat pada ibu dan janin selama proses induksi. Adanya peningkatan risiko dari induksi menurut Retnaningsih (2018) adalah:

- 1) Pada ibu : infeksi, inersia uteri, hiperstimulasi uterus, ruptur uteri, induksi gagal yang berakhir dengan tindakan pembedahan
- 2) Pada janin : gawat janin (fetal distress), intrauterine fetal death (IUFD) akibat hiperstimulasi uterus.

2.2.6. Persalinan *Sectio Cesarea* (SC)

Persalinan *sectio caesarea* (SC) merupakan proses pembedahan untuk melahirkan janin membuat sayatan/robekan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Persalinan sc dilakukan atas dasar indikasi medis,

seperti plasenta previa, presentasi abnormal pada janin, serta indikasi lain yang dapat membahayakan nyawa ibu dan janin (Sihombing, dkk, 2017).

a. Indikasi *Sectio Caesarea* (SC)

Dalam persalinan ada beberapa faktor yang menentukan keberhasilan suatu persalinan, yaitu *passage* (jalan lahir), *passenger* (janin), *power* (kekuatan ibu), psikologi ibu dan penolong. Apabila terdapat gangguan pada salah satu faktor tersebut akan mengakibatkan persalinan tidak berjalan dengan lancar bahkan dapat menimbulkan komplikasi yang dapat membahayakan ibu dan janin jika keadaan tersebut berlanjut. Indikasi menurut (Aprina and Puri, 2016) untuk *sectio caesarea* antara lain meliputi:

- 1) Indikasi Medis : *power, passenger, passage*
- 2) Indikasi Ibu : usia, tulang panggul, persalinan sebelumnya dengan section caesarea, faktor hambatan jalan lahir, Kelainan kontraksi rahim, Ketuban pecah dini dan rasa takut kesakitan.
- 3) Indikasi Janin Ancaman gawat janin (fetal distress) : bayi besar (makrosemia), letak sungsang, plasenta previa, solution plasenta, plasenta accrete, kelainan tali pusat, prolapsus tali pusat, terlilit tali pusat.

b. Mengatasi Nyeri Pada Luka Operasi

Masalah yang muncul pada tindakan setelah SC akibat insisi oleh robekan jaringan dinding perut dan dinding uterus dapat menyebabkan terjadinya perubahan kontinuitas sehingga ibu merasa nyeri karena adanya pembedahan. Pasien post SC akan mengeluh nyeri pada daerah insisi yang disebabkan oleh robeknya jaringan pada dinding perut dan dindinguterus. Nyeri punggung atau nyeri pada bagian tengkuk juga merupakan keluhan

yang biasa dirasakan oleh ibu post SC, hal itu dikarenakan efek dari penggunaan anastesi epidural saat operasi. Rasa nyeri yang dirasakan ibu post SC akan menimbulkan berbagai masalah, diantaranya adalah masalah mobilisasi dini dan laktasi. Rasa nyeri tersebut akan menyebabkan pasien menunda melakukan mobilisasi dini dan pemberian ASI sejak awal pada bayinya, karena rasa tidak nyaman atau peningkatan intensitas nyeri setelah operasi (Putri, 2015).

Asuhan yang dapat mengurangi nyeri luka bekas operasi adalah memberikan *analgesic* atas kolaborasi dengan dokter, memberikan pendidikan kesehatan mengenai gizi yang cukup, istirahat yang cukup, meningkatkan pemahaman tentang perawatan luka operasi, mengajari teknik relaksasi nafas panjang untuk menurunkan intensitas nyeri. Hasil asuhan kebidanan ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Amita et al 2018) yang menyebutkan bahwa terdapat hubungan antara pengaruh teknik relaksasi nafas panjang dengan penurunan intensitas nyeri pada masa nifas. Teknik relaksasi nafas panjang merupakan salah satu metode yang bertujuan untuk merelaksasikan ketegangan otot pada tubuh akibat peningkatan hormone prostaglandin. Ketika terjadi mekanisme relaksasi tersebut, maka terjadi proses vasodilatasi pada pembuluh darah sehingga akan mampu menurunkan ketegangan pada otot yang mengalami spasme dan iskemik. Kondisi ini akhirnya mampu menyebabkan frekuensi nyeri pada pasien operasi *sectio caesarea* dapat berkurang.

2.2.7. Ketuban Pecah Dini

a. Definisi Ketuban Pecah Dini

Ketuban Pecah Dini atau ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW) atau *premature reapture of the membrane* (PROM) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya melahirkan. Pecahnya ketuban sebelum persalinan atau pembukaan pada primipara < 3 cm dan multipara < 5 cm (Purwaningtyas, dkk. 2017).

Ketuban Pecah Dini (KPD) didefinisikan sebagai pecahnya selaput ketuban sebelum terjadinya persalinan. Ketuban pecah dini dapat terjadi setelah usia gestasi 37 minggu dan disebut KPD *aterm* atau *premature rupture of membranes* (PROM) dan sebelum usia gestasi 37 minggu atau KPD *preterm* atau *preterm premature rupture of membranes* (PPROM) (JNPK, 2016).

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan/sebelum inpartu, pada pembukaan < 4 cm (fase laten) (Cunningham, 2018).

b. Mekanisme Ketuban Pecah Dini

Mekanisme yang terjadi yaitu selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu mengalami perubahan biokimia yang menyebabkan selaput ketuban mengalami selaput ketuban mudah pecah karena melemahnya kekuatan selaput ketuban yang berhubungan dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim serta gerakan janin. Pada trimester akhir ini terjadi perubahan biokimia pada selaput ketuban. Jika ketuban pecah pada kehamilan *aterm* adalah hal fisiologis. Namun, jika terjadi pada kehamilan *premature* dapat disebabkan oleh faktor eksternal,

misalnya infeksi yang menjalar dari vagina. KPD pada *premature* sering terjadi pada *polihidramnion*, inkompeten *serviks*, dan *solusio plasenta* (Prawirohardjo, 2016)

c. Anatomi Fisiologi Ketuban

Anatomi fisiologi ketuban menurut (Negara et al, 2017):

1) Air Ketuban (Liquar Amnio) atau Tiris

Dalam amnio yang diliputi oleh sebagian selaput janin yang terdiri dari lapisan selaput ketuban (amnio) dan selaput pembungkus (chorion) terdapat air ketuban (liquor amnio).

2) Fungsi Air Ketuban

- a) Melindungi janin terhadap trauma luar
- b) Memungkinkan janin bergerak dengan bebas
- c) Melindungi suhu tubuh janin
- d) Meratakan tekanan didalam uterus pada saat partus, sehingga servik membuka.
- e) Membersihkan jalan lahir jika ketuban pecah dengan cairan steril dan akan mempengaruhi keadaan di dalam vagina, sehingga bayi tidak mengalami infeksi.
- f) Untuk menambah suplai cairan janin dengan cara ditelan atau diminum yang kemudian dikeluarkan melalui kencing.

d. Etiologi Ketuban Pecah Dini

Menurut (Aspiani & Reny 2017) faktor yang menyebabkan kejadian ketuban pecah dini antara lain:

- 1) Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban yang bisa menyebabkan terjadinya KPD.

- 2) Servik yang *inkompetensia*, *kanalis servikalis* yang selalu terbuka karena kelainan pada servik uteri akibat persalinan atau *curettage*.
- 3) Tekanan *intra uterine* yang meningkat secara berlebihan Tekanan *intra uterine* yang meningkat secara berlebihan dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini, misalnya:
 - a) Pada kehamilan Gemelli terjadinya distensi uterus yang berlebihan sehingga menimbulkan adanya ketegangan rahi secara berlebihan, hal ini terjadi karena jumlahnya berlebih, isi rahim yang lebih besar dan kantung (selaput ketuban) relative kecil sedangkan dibagian bawah tidak ada yang menahan sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah.
 - b) Hasil penelitian yang dilakukan (Rahayu & Sari, 2017) mengenai penyebab kejadian ketuban pecah dini pada ibu bersalin bahwa kejadian KPD mayoritas pada ibu multipara, usia ibu 20-35 tahun, umur kehamilan ≥ 37 minggu, pembesaran uterus normal dan letak janin presentasi kepala.
 - c) Kelainan Letak
 Hubungan kelainan letak adalah lebih dominan pada kelainan letak sungsang karena pada letak sungsang posisi janin berbalik, kepala berada dalam ruangan yang besar yaitu di fundus uteri, sedangkan bokong dengan kedua tungkai yang terlipat lebih besar di paksa untuk menempati ruang yang kecil yaitu di segmen bawah rahim, sehingga dapat membuat ketuban bagian terendah langsung menerima tekanan intrauteri dan ketegangan rahim meningkat, sedangkan letak lintang bagian terendah adalah bahu sehingga tidak dapat menutupi pintu

atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah maupun pembukaan servik (Arif & Kurnia, 2021).

d) Faktor Golongan Darah

Inkompatibilitas rhesus dapat terjadi jika ibu yang bergolongan darah rhesus negatif mengandung janin yang bergolongan darah rhesus positif, perbedaan golongan darah ini terjadi akibat ayah memiliki golongan darah rhesus positif. *Inkompatibilitas rhesus* jarang terjadi pada kehamilan pertama. Hal ini karena ibu hamil dengan rhesus negatif baru membentuk antibodi terhadap rhesus positif setelah kehamilan pertama. Oleh karena itu, anak pertama dengan kondisi ini umumnya terlahir normal. Sedangkan pada kehamilan kedua dan seterusnya, antibodi yang sudah terbentuk dalam tubuh ibu akan menyerang darah bayi dengan golongan rhesus positif, hal ini menyebabkan sel-sel darah bayi hancur (Kids Health, 2018).

e) Infeksi lokal pada saluran kelamin: infeksi saluran kemih (Arif & Kurnia, 2021).

f) Faktor sosial seperti: peminum minuman keras dan keadaan sosial ekonomi rendah (Arif & Kurnia, 2021).

g) Terdapat *sefalopelvik disproporsi* yaitu kepala janin belum masuk pintu atas panggul dan kelainan letak janin, sehingga ketuban bagian terendah langsung menerima tekanan intrauteri yang dominan (Arif & Kurnia, 2021).

h) Anemia

Menurut hasil penelitian Puspitasari (2021) bahwa mayoritas responden tidak mengalami anemia pada kelompok kasus 53orang (47,3%) dan pada kelompok kasus ada 28 orang (25%) disimpulkan ada hubungan anemia dengan kejadian KPD. Sejalan dengan

penelitian Irsam (2014) bahwa anemia pada kehamilan menyebabkan berkurangnya massa hemoglobin di dalam jaringan sehingga tidak mampu memenuhi fungsinya sebagai pembawa oksigen keseluruhan tubuh. Kurangnya oksigen terutama jaringan ketuban akibatnya menimbulkan kerapuhan pada selaput ketuban.

e. Tanda dan Gejala Ketuban Pecah Dini

Tanda dan gejala ketuban pecah dini menurut (Sunarti, 2017):

1) Keluarnya cairan yang berisi meconium

Cairan dapat keluar saat tidur, duduk, berdiri, atau saat berjalan.

Cairan berwarna putih, keruh, jernih dan hijau.

2) Demam

Apabila ketuban telah lama pecah dan terjadi infeksi, maka pasien akan demam.

3) Bercak darah yang banyak

Plasenta previa: kondisi ini terjadi apabila plasenta berada di bagian bawah saluran vagina dan menyebabkan jalan lahir bayi terhalang
pelepasan plasenta: kondisi ini terjadi apabila plasenta terlepas dari dinding uterus sebelum atau pada saat melahirkan dan darah mengumpul diantara plasenta dan uterus.

4) Nyeri perut

Ketuban pecah dini menyebabkan kontraksi yang mengakibatkan nyeri atau kram pada perut.

5) Denyut jantung janin bertambah cepat DJJ bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi.

f. Klasifikasi Ketuban Pecah Dini

Klasifikasi ketuban pecah dini menurut (Ernawati, 2020) dibagi atas usia kehamilan yaitu:

- 1) Ketuban pecah dini atau disebut juga *premature pupture of membrane* atau *prelabour rupture of membrane* (PROM) adalah pecahnya selaput ketuban pada saat usia kehamilan aterm.
- 2) Ketuban pecah *prematum* yaitu pecahnya membran korioamniotik sebelum usia kehamilan yaitu kurang dari 37 minggu disebut juga *preterm premature rupture of membrane* atau *preterm prelabour rupture of membrane* (PPROM).

g. Komplikasi Ketuban Pecah Dini

Menurut (Sunarti, 2017) komplikasi ketuban pecah dini terhadap ibu dan janin yaitu:

1) Prognosis Ibu

Komplikasi yang dapat disebabkan KPD pada ibu yaitu infeksi saat persalinan, cairan ketuban sedikit atau kering, persalinan lama, perdarahan postpartum, meningkatnya tindakan operatif obstetric (khususnya section caesarea), meningkatnya angka kematian pada ibu.

2) Prognosis janin

Komplikasi yang dapat disebabkan KPD pada janin itu yaitu prematuritas (sindrom distes pernapasan, hipotermia, masalah pemberian makanan neonatal), retinopati prematur, perdarahan intraventrikular, enterocolitis necroticing, gangguan otak, dan risiko cerebral palsy, hiperbilirubinemia, anemia, sepsis, prolapse funiculli atau penurunan tali

pusat, hipoksia dan asfiksia sekunder pusat, prolaps uteri, persalinan lama, skor APGAR rendah, ensefalopati, perdarahan intrakranial, gagal ginjal, distress pernapasan, oligohidromnion (sindrom deformitas janin, hypoplasia paru, deformitas ekstremitas dan pertumbuhan janin terhambat), serta meningkatkan angka kematian janin.

h. Diagnosa Ketuban Pecah Dini

Untuk menegakkan diagnosis terhadap KPD, tentunya perlu dilakukan anamnesis secara menyeluruh, pemeriksaan fisis dan juga pemeriksaan penunjang.

1) Anamnesa

Keluarnya cairan dengan volume yang banyak secara tiba-tiba dari vagina atau jalan lahir dengan ciri berbau khas. Hal lain yang perlu diperhatikan adalah warna dari cairan tersebut, his teratur atau tidak teratur, dan apakah ada pengeluaran lendir darah, perlu diketahui waktu dan kuantitas dari cairan yang keluar, usia gestasi dan taksiran persalinan, riwayat KPD aterm sebelumnya, dan faktor risiko lainnya (Prawirohardjo, 2016)

2) Inspeksi

Pengamatan dengan mata biasa akan tampak keluarnya cairan dari vagina, apabila ketuban baru pecah dan jumlah air ketuban masih banyak, pemeriksaan ini akan lebih jelas.

3) Tes valsava

Dilakukan dengan cara melakukan ekspirasi paksa dengan menutup mulut dan hidung yang akan menambah tekanan pada telinga dan tekanan

pada bagian fundus, sehingga jika terjadi KPD, maka air ketuban akan keluar.

4) Pemeriksaan dengan Spekulum

Pada pemeriksaan dengan menggunakan spekulum, maka akan tampak cairan bening yang mengalir dari ostium uteri eksternum (OUE) dan apabila dilakukan penekanan pada fundus uteri atau pasien diminta untuk manuver valsava misalnya dengan batuk dan mengejan, maka cairan tersebut akan terkumpul di forniks posterior. Pada pemeriksaan dalam vagina (PDV) saat proses persalinan, maka didapatkan hasil tidak ditemukannya selaput ketuban (Prawirohardjo, 2016).

5) Pemeriksaan Dalam

Pemeriksaan dalam didapat cairan di dalam vagina dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi. Mengenai pemeriksaan dalam vagina dengan toucher perlu dipertimbangkan, pada kehamilan yang kurang bulan yang belum dalam persalinan tidak perlu diadakan pemeriksaan dalam karena pada waktu pemeriksaan dalam, jari pemeriksa akan mengakumulasi segmen bawah rahim dengan flora vagina yang normal. Mikroorganisme tersebut dapat dengan cepat menjadi patogen. Pemeriksaan dalam vagina dilakukan bila dalam persalinan atau yang dilakukan induksi persalinan dan dibatasi sedikit mungkin (Norma dan Dwi, 2013).

i. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan Darah Lengkap

Pada kasus KPD *leukosit* darah $> 15.000/\text{mm}^3$, *Hemoglobin* normal 12 gram%. Janin yang mengalami takikardi mungkin mengalami infeksi

intrauterine.

2) Tes Lakmus/Tes Nitrazin

Salah satu tes untuk mendiagnosis ketuban pecah dini adalah tes nitrazin (lakmus test). Secara normal pH cairan vagina adalah berkisar antara 4,5- 6,0 dan cairan amnion berkisar antara 7,1-7,3. Akan terjadi perubahan warna pada kertas lakmus yakni menjadi warna biru jika cairan vagina tersebut memiliki pH basa. Namun, jika kertas lakmus tersebut tetap berwarna merah, hal tersebut menandakan jika selaput ketuban masih utuh. Penyebab tes pH positif palsu bisa dikarenakan adanya darah atau air mani, antiseptic alkali, atau vaginosis bakteri. Namun, juga dapat terjadi negative palsu apabila ketuban pecah dini sudah berlangsung lama. Oleh karena itu, perlu dikonfirmasi dengan pemeriksaan ultrasonografi (Dayal S et al, 2020).

3) Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan USG berfungsi untuk menilai indeks cairan amnion. Jika volumenya berkurang tanpa adanya abnormalitas ginjal janin dan tidak ada pertumbuhan janin terhambat, maka dapat di diagnosis ketuban pecah (POGI, 2016).

4) Pemeriksaan Cardiotocography (CTG)

Cardiotocography (CTG) adalah alat khusus yang digunakan untuk memantau denyut jantung janin dan kontraksi rahim. Tindakan ini dapat melihat adanya gangguan perkembangan janin sebelum atau selama persalinan. Hasil dari pemeriksaan CTG adalah Non Stress Test (NST) yaitu untuk menilai gambaran denyut jantung janin dalam hubunngannya dengan

gerakan/aktivitas janin. Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini Penanganan Ketuban Pecah Dini memerlukan pertimbangan usia gestasi, adanya infeksi pada kehamilan ibu dan janin, serta adanya tanda-tanda persalinan (Prawirohardjo, 2016).

a) Ketuban Pecah Dini dengan Kehamilan *Aterm*

- (a) Diberikan antibiotika profilaksis, Ampicillin 4 x 500 mg selama 7 hari.
- (b) Observasi temperature setiap 3 jam, bila ada kecenderungan meningkat lebih atau sama dengan 37,6 C, segera dilakukan terminasi.
- (c) Bila *temperature* tidak meningkat, dilakukan observasi selama 12 jam. Setelah 12 jam bila belum ada tanda-tanda inpartu dilakukan terminasi.
- (d) Batasi pemeriksaan dalam, dilakukan hanya berdasarkan indikasi obstetrik.
- (e) Bila dilakukan terminasi, lakukan evaluasi *Pelvic Score* (PS)
 - (1) Bila $PS \geq 5$, dilakukan induksi dengan oksitosin drip
 - (2) Bila $PS > 5$, dilakukan pematangan serviks dengan Misoprostol 50 μ gr tiap 6 jam per oral maksimal 4 kali pemberian.

b) Ketuban Pecah Dini dengan Kehamilan *Preterm*

(a) Penanganan dirawat di Rumah Sakit

- (1) Diberikan antibiotika : Ampicillin 4 x 500 mg selama 7 hari.
- (2) Untuk merangsang maturase paru diberikan kortikosteroid (untuk UK < 35 minggu) : Deksametason 5 mg setiap 6 jam.
- (3) Observasi di kamar bersalin :

- (a) Tirah baring selama 24 jam, selanjutnya dirawat di ruang obstetrik.
 - (b) Dilakukan observasi temperature tiap 3 jam, bila ada kecenderungan meningkat lebih atau sama dengan 37,60C, segera dilakukan terminasi.
- (4) Di Ruang Obstetri :
- (a) Temperatur diperiksa tiap 6 jam.
 - (b) Dilakukan pemeriksaan laboratorium: leukosit dan laju endap darah (LED) setiap 3 hari.
- (5) Tata cara perawatan konservatif:
- (a) Dilakukan sampai janin viable.
 - (b) Selama perawatan konservatif, tidak dianjurkan melakukan pemeriksaan dalam. Dalam observasi 1 minggu, dilakukan pemeriksaan USG untuk menilai air ketuban, bila air ketuban cukup, kehamilan diteruskan, dan bila air ketuban kurang (*oligohidramnion*) dipertimbangkan untuk terminasi kehamilan.
 - (c) Pada perawatan konservatif, pasien dipulangkan hari ke 7 dengan saran tidak boleh koitus, tidak boleh melakukan manipulasi vagina, dan segera kembali ke Rumah Sakit bila ada keluar air ketuban lagi.
 - (d) Bila masih keluar air, perawatan konservatif di pertimbangkan dengan melihat pemeriksaan laboratorium.
 - (e) Bila terdapat leukositosis dan peningkatan LED, lakukan terminasi.

c) Terminasi kehamilan

(a) Induksi persalinan dengan drip oksitosin.

(b) *Sectio caesarea* bila prasyarat drip oksitosin tidak terpenuhi atau bila drip oksitosin gagal.

(c) Bila skor pelvik jelek, dilakukan pematangan dan induksi persalinan dengan Misoprostol 50 µg tiap 6 jam per oral, maksimal 4 kali pemberian.

2.3 Asuhan Masa Nifas

2.3.1 Pengertian Masa Nifas

Masa nifas merupakan masa yang dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir setelah organ reproduksi kembali seperti semula sebelum hamil dengan rentang waktu selama 6 minggu atau 42 hari (Kemenkes RI, 2018).

Masa nifas berasal dari bahasa latin dari kata puer yang artinya bayi, dan paros artinya melahirkan yang berarti masa pulihnya kembali, mulai dari persalinan sampai organ-organ reproduksi kembali seperti sebelum kehamilan (Azizah & Rosyidah, 2019).

2.3.2 Tahapan Masa Nifas

Beberapa tahapan masa nifas adalah sebagai berikut (Azizah & Rosyidah, 2019):

- a. Puerperium dini merupakan kepulihan, dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan, serta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal lainnya.
- b. Puerperium Intermediate merupakan masa kepulihan menyeluruh alat- alat genitalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

- c. Puerperium Remote yakni masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan.

2.3.3 Perubahan Fisiologis pada Masa Nifas

a. Perubahan Sistem Reproduksi

Selama masa nifas, alat-alat *interna* maupun *eksterna* berangsur-angsur kembali ke keadaan sebelum hamil. Perubahan keseluruhan alat genitalia ini disebut involusi. Perubahan tersebut adalah:

1) Involusi Uterus

Dalam keadaan normal, uterus mencapai ukuran terbesar pada masa sebelum hamil sampai dengan kurang dari 4 minggu. Berat uterus setelah kelahiran kurang dari 1 kg. sebagai akibat dari involusi, satu minggu setelah melahirkan beratnya menjadi kurang lebih 500 gram. Pada akhir minggu kedua setelah melahirkan menjadi kurang lebih 300 gram. Setelah itu menjadi 100 gram atau kurang. Otot-otot uterus segera berkontraksi setelah postpartum (Sutanto, 2019).

Tabel 2.5
Berat uterus menurut masa involusi

No.	Involusi	TFU	Berat Uterus
1.	Bayi Lahir	Setinggi pusat/2 jari dibawah pusat	1.000 gr
2.	1 minggu	Pertengahan pusat-simfisis	750 gr
3.	2 minggu	Tidak teraba diatas simfisis	500 gr
4.	6 minggu	Normal	50 gr
Normal seperti sebelumhamil			

Sumber : Sutanto, 2018

2) Involusi Tempat Plasenta

Setelah persalinan tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata dan kira-kira besarnya setapak tangan. Dengan cepat luka ini mengecil, pada akhir minggu kedua sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. Pada pemulihan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh trombus. Pada luka bekas plasenta, endometrium tumbuh dari pinggir luka dan juga sisa-sisa kelenjar pada dasar luka sehingga bekas luka plasenta tidak meninggalkan luka parut (Sutanto, 2019).

3) Lokhea

Lokhea adalah cairan sekret yang berasal dari cavum uteri dan vagina selama masa nifas. Lokhea terbagi menjadi empat jenis, yaitu: Lokhea rubra, lokhea sanguilenta, lochea serosa dan lokhea alba. Berikut ini adalah beberapa jenis lokhea yang terdapat pada ibu nifas menurut Wahyuningsih (2018):

Tabel 2.6

Pengeluaran Lochea selama Nifas

No	Lochea	Waktu	Muncul	Warna Ciri-ciri
1	Rubra/merah	1-4 hari	Merah	Berisi darah segar, jaringan sisa- sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo dan meconium.
2	Sanguinolenta	4-7 hari	Merah kecoklatan	Berlendir
3	Serosa	7-14 hari	Kuning	Mengandung serum, leukosit dan robekan atau laserasi plasenta
4	Alba/putih	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati

Sumber: Wahyuningsih, 2018

6) Serviks dan Vagina

Beberapa hari setelah persalinan, Osteonum eksternum dapat dilalui oleh 2 jari. Pinggir-pinggirnya tidak rata tetapi retak-retak karena robekan dalam persalinan. Selain itu, disebabkan hiperplasia ini dan retraksi serta robekan serviks menjadi sembuh. Namun, setelah involusi selesai osteonum eksternum tidak dapat serupa seperti sebelum hamil. Vagina yang sangat diregangkan waktu persalinan lambat laun mencapai ukuran-ukurannya yang normal pada minggu ke 3 postpartum rugae mulai nampak kembali. Vagina dan lubang vagina pada permukaan puerperium merupakan suatu saluran yang luas yang berdinding tipis. Secara berangsur-angsur luasnya berkurang, tetapi jarang sekali dapat kembali seperti ukuran seorang nulipara. Rugae timbul kembali pada minggu ketiga. Hymen tampak sebagai tonjolan jaringan kecil (A'yun, 2022).

7) Payudara

Setelah plasenta lahir dengan lengkap, konsentrasi estrogen dan progesteron akan menurun sehingga pada saat itulah prolaktin dilepaskan untuk mulai memproduksi air susu ibu (ASI). Suplai darah ke payudara akan meningkat sehingga menyebabkan pembengkakan sementara pada vascular. ASI yang telah diproduksi akan disimpan di alveoli dan harus dikeluarkan secara efektif dengan menyusui bayi. ASI yang pertama muncul setelah persalinan biasanya berwarna kekuningan atau bisa disebut dengan kolostrum. Kolostrum sudah terbentuk dalam tubuh ibu pada usia kehamilan +/- 12 minggu sehingga setelah persalinan ibu sudah dapat memberi bayinya ASI. Payudara melewati beberapa tahapan perubahan

yang meliputi :

- 8) Penurunan kadar progesteron secara tepat dan peningkatan hormon prolaktin setelah persalinan.
- 9) Kolostrum sudah ada saat persalinan sehingga produksi ASI akan mulai terjadi pada hari ke 2 – 3 setelah persalinan.
- 10) Payudara akan membesar dan mengeras sebagai tanda mulainya proses laktasi.

b. Perubahan Sistem Pencernaan

Kurangnya makanan berserat selama persalinan dapat menyebabkan ibu postpartum mengalami konstipasi. Faktor lainnya yang menyebabkan adalah karena rasa takut ibu ketika buang air besar, jika terdapat luka pada perineum. Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain pengaturan diet yang mengandung serat buah dan sayur, cairan yang cukup, serta pemberian informasi tentang perubahan eliminasi dan penatalaksanaannya pada ibu (Dwi, 2022; Sulfianti et al., 2021)

c. Perubahan Sistem Perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama. Kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urine dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta lahir, kadar hormon esterogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu (Walyani, 2015).

d. Sistem Musculoskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus. Pembuluh-pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan pendarahan setelah plasenta dilahirkan. Ligament-ligament, diafragma pelvis, serta fascia yang meregang sewaktu kehamilan dan persalinan berangsur-angsur kembali seperti sediakala. Tidak jarang ligament mengendur, sehingga uterus jatuh ke belakang. Fascia jaringan penunjang alat genitalia yang mengendur dapat diatasi dengan latihan-latihan tertentu. Mobilitas sendi berkurang dan posisi lordosis kembali secara perlahan-lahan (Selvianti, 2019).

e. Sistem Endokrin

a) Hormon Plasenta

Selama periode postpartum terjadi perubahan hormon yang besar. Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan signifikan hormon-hormon yang diproduksi oleh plasenta. Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan (Sutanto 2019).

b) Hormon Pituitary

Prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke-3 dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi (Wahyuningsih, 2018).

c) Hormon Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan dari kelenjar bawah otak bagian belakang (posterior), bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama

tahap ketiga persalinan, oksitosin menyebabkan pemisah plasenta. Kemudian seterusnya bertindak atas otot yang menahan kontraksi, mengurangi tempat plasenta dan mencegah perdarahan (Sutanto, 2019)

d) Hipotalamik Pituitary

Ovarium Bagi wanita yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ia mendapatkan menstruasi, seringkali menstruasi pertama itu bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar estrogen dan progesterone (A'yun dan Qomariyah, 2022).

f. Perubahan Tanda- tanda Vital

a) Suhu

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2°C. Sesudah partus dapat naik kurang lebih 0,5°C dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi 8°C. Sesudah dua jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal. Bila suhu lebih dari 38°C mungkin terjadi infeksi terhadap ibu (Saleha, 2015).

b) Nadi dan Pernafasan

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Pasca melahirkan, denyut nadi dapat menjadi bradikardi maupun lebih cepat. Bila terjadi takikardia dan suhu tubuh tidak panas mungkin ada perdarahan berlebihan pada penderita. Pada masa nifas umumnya denyut nadi labil dibandingkan dengan suhu tubuh, sedangkan pernafasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula (Saleha, 2015).

c) Tekanan Darah

Tekanan darah adalah tekanan yang dialami darah pada pembuluh arteri ketika darah dipompa oleh jantung ke seluruh anggota tubuh manusia. Tekanan darah normal manusia adalah sistolik antara 90-120 mmHg dan diastolik 60-80 mmHg. Pasca melahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah. Perubahan tekanan darah menjadi lebih rendah pasca melahirkan dapat diakibatkan oleh perdarahan. Sedangkan tekanan darah tinggi pada postpartum merupakan tanda terjadinya preeklamsia postpartum (Saleha, 2015).

2.3.4 Adaptasi Psikologis Pada Masa Nifas

Berikut ini 3 tahap penyesuaian psikologi ibu dalam masa postpartum (Susanto, 2018):

- a. Periode “*Taking In*” (Setelah melahirkan sampai hari ke dua) Fase ini merupakan periode ketergantungan, dan ibu mengharapkan pemenuhan kebutuhan dirinya dapat dipenuhi oleh orang lain dalam hal ini suami, keluarga atau tenaga kesehatan dalam seperti bidan yang menolongnya. Kondisi ini terjadi pada 1-2 hari setelah persalinan, ibu masih pasif dan sangat bergantung pada orang lain, fokus perhatian terhadap tubuhnya, ibu lebih mengingat pengalaman melahirkan dan persalinan yang dialami, kekhawatiran ibu tertuju pada perubahan tubuhnya.
- b. Periode “*Taking Hold*” (Hari ke-3 sampai hari ke-10) Periode ini berlangsung 3-10 hari postpartum, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan merawat bayi, muncul perasaan sedih (baby blues), ibu memperhatikan kemampuan menjadi orangtua dan meningkatkan

tanggung jawabnya menjaga bayinya, ibu memfokuskan perhatian pada pengontrolan fungsi tubuh, BAK, BAB dan daya tahan tubuh, pada fase ini kemungkinan ibu mengalami depresi postpartum karena merasa tidak mampu merawat bayinya ada, wanita pada masa ini sangat sensitif akan ketidakmampuannya, cepat tersinggung. Dianjurkan untuk berhati-hati dalam berkomunikasi dengan wanita ini dan memberi support.

- c. Periode “*Letting Go*” (Hari ke-10 sampai akhir masa nifas) Fase ini terjadi pada hari ke 10 sampai akhir masa nifas. Fase ini merupakan fase yang dapat menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya, serta kepercayaan dirinya sudah meningkat. Pendidikan kesehatan yang kita berikan pada fase sebelumnya akan sangat berguna bagi ibu. Ibu lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri dan bayinya.

2.3.5 Kebutuhan Dasar pada Masa Nifas

Pada masa nifas, pemenuhan kebutuhan dasar perlu mendapatkan perhatian yang serius. Kebutuhan – kebutuhan dasar ini harus dipenuhi oleh seorang bidan sehingga masa nifas yang dialami oleh ibu dapat berlangsung secara normal. Kebutuhan dasar ibu pada masa nifas meliputi :

- a. Nutrisi dan Cairan

Kebutuhan gizi pada masa nifas terutama bila menyusui akan meningkat 25%, karena berguna untuk memproduksi air susu yang cukup untuk menyehatkan bayi (walyani, 2015). Ibu nifas dan menyusui memerlukan makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung

karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, dan buah-buahan dengan porsi cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengandung alkohol, nikotin serta bahan pengawet atau pewarna. Di samping itu, makanan yang dikonsumsi ibu nifas juga harus mengandung:

- 1) Sumber tenaga (energi) terdiri dari karbohidrat dan lemak. Sumber energi ini berguna untuk pembakaran tubuh, pembentukan jaringan baru.
- 2) Sumber pembangun (protein), diperlukan untuk pertumbuhan dan mengganti sel-sel yang rusak atau mati.
- 3) Sumber pengatur dan pelindung (air, mineral dan vitamin), sumber ini digunakan untuk melindungi tubuh dari serangan penyakit dan pengatur kelancaran metabolisme dalam tubuh.

Ibu nifas sebaiknya mengonsumsi:

- 1) Mengonsumsi tambahan makanan 500 kalori tiap hari, (ibu harus mengonsumsi 3 sampai 4 porsi setiap hari)
- 2) Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui)
- 3) Pil zat besi harus diminum, untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin - Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI-nya.

b. Ambulasi

Ambulasi dini adalah latihan aktifitas ringan membimbing ibu untuk segera pulih dari trauma persalinan, dengan cara membimbing ibu mulai dari miring kanan miring kiri, latihan duduk, berdiri bangun dari tempat tidur, kemudian dilanjutkan latihan berjalan. Menurut penelitian ambulasi

dini tidak mempunyai pengaruh buruk bagi ibu postpartum, perdarahan abnormal, luka episiotomy, dan tidak menyebabkan terjadinya prolapse uteri atau terjadinya retrofleksi. Mobilisasi pada persalinan normal biasa dilakukan 2 jam setelah persalinan, sedangkan pada persalinan dengan sectio caesaria mobilisasi dilakukan 24-36 jam setelah operasi. Menurut Azizah & Rosyidah (2019) perawatan mobilisasi dini mempunyai keuntungan, yaitu :

- 1) Melancarkan pengeluaran lokia, mengurangi infeksi puerperium
- 2) Mempercepat involusi uterus
- 3) Melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan alat kelamin
- 4) Meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme

c. Eliminasi

Eliminasi merupakan proses pengeluaran hasil metabolisme tubuh dengan urine atau feses. Eliminasi setelah melahirkan sangat penting karena memiliki hubungan pada proses involusi uterus dan akan menyebabkan infeksi hingga atonia uteri.

d. Buang Air Kecil (BAK)

Buang air kecil (BAK) normal pada ibu nifas biasanya dilakukan 3-4 jam setelah persalinan dan diwajibkan bagi ibu nifas untuk buang air kecil 6-8 jam setelah persalinannya. Ibu diusahakan mampu buang air kecil sendiri, bila tidak maka dilakukan tindakan berikut ini :

- 1) Dirangsang dengan mengalirkan air keran di dekat klien.

- 2) Mengompres air hangat diatas simfisis
- 3) Saat site bath (berendam air hangat) klien disuruh BAK.

e. Buang Air Besar (BAB)

Defekasi atau BAB normalnya harus terjadi dalam 3 hari postpartum. Jika hari ketiga belum juga BAB, maka perlu diberi obat pencahar preoral atau prerektal. Jika setelah pemberian obat pencahar masih belum bisa BAB, maka dilakukan klisma atau huknah (Susanto, 2018).

f. Kebersihan Diri (*Personal Hygiene*)

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada ibu. Perawatan luka perineum bertujuan untuk mencegah infeksi, meningkatkan rasa nyaman dan mempercepat penyembuhan. Perawatan luka perineum dapat dilakukan dengan cara mencuci daerah genital dengan air dan sabun setiap kali habis BAK/BAB yang dimulai dengan mencuci bagian depan, baru kemudian daerah anus. Pembalut hendaknya diganti minimal 2 kali sehari. (Azizah & Rosyidah, 2019).

REEDA adalah singkatan yang sering digunakan untuk menilai kondisi luka perineum. REEDA singkatan (*Redness*/kemerahan, *Edema*/bengkak, *Ecchymosis*/kebiruan, *Discharge*/nanah dan *Approximation*/penyatuan). Kemerahan dianggap normal pada luka perineum, edema berlebih dapat memperlambat penyembuhan luka, discharge harus tidak ada pada luka dan tepi luka jahitan harus rapat.

g. 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 energy menyusui bayinya nanti. Umumnya wanita sangat lelah setelah melahirkan, akan terasa lebih lelah bila proses persalinan berlangsung lama. Seorang ibu baru akan merasa cemas apakah ia mampu merawat anaknya atau tidak setelah melahirkan.

Hal ini menyebabkan susah tidur, alasan lainnya adalah terjadi gangguan pola tidur karena beban kerja bertambah, ibu harus bangun malam untuk menetek, untuk mengganti popok yang sebelumnya tidak pernah dilakukan. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu postpartum dalam beberapa hal diantaranya adalah sebagai berikut:

- 5) Mengurangi jumlah produksi ASI.
- 6) Memperlambat proses involusi uterus, sehingga beresiko memperbanyak pendarahan
- 7) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri

h. Aktivitas Seksual

Sebaiknya hubungan seksual dapat ditunda sedapat mungkin sampai 40 hari setelah persalinan karena pada saat itu diharapkan organ-organ tubuh telah pulih kembali. Berhubungan seksual pada masa nifas akan menimbulkan bahaya karena adanya beberapa pembuluh darah yang masih terbuka sehingga dapat mengakibatkan terjadinya emboli atau adanya

gelembung udara yang masuk ke dalam tubuh dan mengarah ke jantung atau otak dan dapat mengakibatkan kematian bagi ibu yang disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah dan organ kekurangan oksigen. Risiko adanya infeksi pada rahim juga akan meningkat jika memaksakan hubungan seksual pada masa nifas.

i. Kompres payudara dan pijat payudara

Penurunan produksi ASI hari-hari pertama setelah melahirkan dapat disebabkan kurangnya rangsangan hormon prolaktin dan oksitosin yang sangat berperan dalam produksi ASI. Manfaat pijat payudara pada masa nifas dan menyusui karena ASI mengandung banyak endorphine sehingga bayi lebih tenang dan merasa nyaman dan kompres air hangat mampu membuat pembuluh darah dan kelenjar pada payudara mengalami pelebaran atau vasodilatasi, sehingga ASI lebih mudah untuk keluar (Maharani et al., 2022).

j. Keluarga Berencana

Keluarga Berencana (KB) adalah gerakan untuk membentuk keluarga yang sehat dan sejahtera dengan membatasi kelahiran. Jumlah anak dalam sebuah keluarga yang dianggap ideal adalah dua (Nurdianti, 2014). Tujuan program KB adalah mengatur jarak dan jumlah kelahiran untuk peningkatan kesejahteraan ibu, anak, dan keluarga dalam rangka mencapai keluarga yang sejahtera. Program KB bertujuan menurunkan angka kematian ibu dengan mencegah 4T (Terlalu muda, terlalu tua, terlalu banyak, dan terlalu dekat) sehingga ibu dapat terhindar dari resiko

komplikasi saat kehamilan, persalinan dan nifas. Jenis-jenis kontrasepsi :

a. Metode alamiah

1) Metode kalender/ pantang berkala

Pantang berkala atau lebih dikenal dengan sistem kalender merupakan salah satu cara atau metode kontrasepsi sederhana yang dapat dikerjakan sendiri oleh pasangan suami istri dengan tidak melakukan senggama pada masa subur. Metode ini efektif bila dilakukan secara baik dan benar. Dengan penggunaan sistem kalender setiap pasangan dimungkinkan dapat merencanakan kehamilan.

2) Metode Amenorrhea Laktasi (MAL)

Selama menyusui, isapan puting susu oleh bayi akan menekan pengeluaran hormon LH dan menghambat ovulasi. Bila ovulasi tidak terjadi maka tidak ada ovum yang dilepaskan sehingga tidak akan terjadi fertilisasi (Prawirohardjo, 2016).

3) Metode Penghalang

Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karat yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan (Prawirohardjo, 2016).

b. Metode Kontrasepsi Hormonal

1) KB Suntik

a) Suntik 3 bulan (progestin) Suntik 3 bulan menggunakan Depo

Medroksi Progesteron Asetat (DMPA) yang mengandung 150 mg

DMPA yang diberikan tiap 3 bulan dengan cara disuntik Intro Muskuler. KB suntik 3 bulan ini cocok untuk ibu menyusui.

- b) Suntik 1 bulan Kontrasepsi suntik adalah kontrasepsi sementara, macam macam suntikan tersebut telah dibuktikan sangat baik, dengan angka kegagalan kurang dari 0,1 % per 100 wanita selama tahun pertama penggunaan.

2) Pil progestin

Alat kontrasepsi ini berbentuk pil yang berisi sintesis hormon progesterone. Pil KB bekerja dengan dua cara. Pertama, menghentikan ovulasi (mencegah ovarium mengeluarkan sel telur). Kedua, mengentalkan cairan serviks sehingga menghambat pergerakan sperma ke rahim (Sutanto, 2018). Adapun keuntungan dari kontrasepsi pil progestin ini adalah sangat efektif jika dilakukan dengan benar, tidak mengganggu seksual, tidak memengaruhi produksi ASI, kesuburan cepat kembali apabila dihentikan, dan tidak memberikan efek samping esterogen dan tidak mengganggu esterogen.

c. Metode Kontrasepsi Jangka Panjang

- 1) AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)/ IUD Metode ini merupakan metode kontrasepsi yang non hormonal. Adapun keuntungan dari metode kontrasepsi IUD atau AKDR ini adalah merupakan metode kontrasepsi jangka panjang, efektifitasnya tinggi, tidak memengaruhi seksual, serta tidak memengaruhi produksi ASI. (Sutanto, 2018).

- 2) Implant merupakan metode kontrasepsi jangka panjang yang mengandung hormone progesterone, berbentuk batang, yang dipasang dibawah kulit. Hormone tersebut akan dilepaskan secara perlahan dan terus-menerus ke dalam aliran darah.

d. Metode Kontrasepsi Mantap

1) Tubektomi

Menutup tuba fallopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin) sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum (Prawirohardjo, 2016)

2) Vasektomi

Menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa deferensia sehingga jalur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi tidak terjadi. (Prawirohardjo, 2016)

2.3.6 Deteksi Dini Komplikasi pada Masa Nifas

a. Tanda Bahaya Nifas

Adapun tanda-tanda bahaya nifas yang perlu diperhatikan pada ibu adalah sebagai berikut.

- 1) Demam lebih dari 2 hari
- 2) Perdarahan vagina yang luar biasa atau tiba-tiba bertambah banyak (lebih dari perdarahan haid bisa atau bila memerlukan pergantian pembalut 2 kali dalam setengah jam), disertai gumpalan darah yang besar-besar dan berbau busuk
- 3) Keluar cairan berbau dari jalan lahir

- 4) Nyeri perut hebat/rasa sakit dibagian bawah perut (abdomen)
- 5) Pembengkakan pada wajah, jari-jari atau tangan
- 6) Ibu terlihat sedih, murung dan menangis tanpa sebab (depresi)\
- 7) Payudara membengkak, kemerahan, lunak disertai demam (KIA, 2023)

2.3.7 Teknik Menyusui Terhadap Ibu Post SC

a. Posisi menggendong atau *cradle position*

Letakkan kepala bayi di lekuk lengan. Pegang badan dan bokong bayi dengan tangan dan lengan anda. Bayi berbaring menghadap anda. Payudara berada di depan muka bayi. Letakkan tangan bayi yang satu dibelakang tubuh anda seperti posisi merangkul.

b. Posisi memegang kepala atau *football position*

Dengan cara meletakkan (menyelipkan bayi pada lengan bawah seperti memegang bola football dengan kepala bayi berada pada tangan anda. Ini adalah posisi yang baik untuk ibu dengan operasi Caesar atau bayi yang kecil. Posisi ini akan mengurangi tekanan pada bagian perut.

c. Posisi miring atau *lie on your side*

Posisi tubuh ibu miring ke satu sisi dengan bayi menghadap ibu(berhadapan).Anda dapat menggunakan beberapa bantal untukmenyokong kepala dan pundak anda.Posisi ini baik untuk ibu dengan operasi Caesar atau yang masih sulit untuk duduk.Jadi memberikan ASI yang benar adalah dengan menggerakan badanbayi kearah payudara dengan posisi yang nyaman buat anda berduabukan dengan menggerakan

payudara ke arah tubuh bayi sehingga menyebabkan pundak dan punggung anda sakit (Suririnah, 2016).

2.3.8 *Edinburg Posnatal Depression Scale (EPDS)*

Edinburgh Post-natal Depression Scale (EPDS) adalah salah satu instrumen yang banyak dikenal dan digunakan untuk skrining depresi pada ibu yang telah melahirkan, untuk melihat apakah dapat memiliki gejala depresi atau tidak, dan mengukur besarnya tingkat risiko terjadinya depresi post-partum atau post-partum depression (PPD). Strategi untuk mengidentifikasi tingkat terjadinya PPD ada beberapa cara, salah satunya dengan mengidentifikasi menggunakan instrumen kuisioner yang dikembangkan secara khusus untuk post-natal salah satu diantaranya adalah *Edinburgh post-natal depression scale (EPDS)* yang berisi 10 pertanyaan singkat yang diberikan kepada ibu tentang bagaimana perasaan yang dialami selama satu minggu kebelakang (Adli, 2022).

Tabel 2. 7**Interpretasi dan Penatalaksanaan skor EPDS**

Skor EPDS	Interpretasi	Penatalaksanaan
<8	Tidak depresi	Lanjutkan pemberian dukungan pada klien
9-11	Kemungkinan depresi	Beri dukungan, skrining ulang 2-4 minggu, pertimbangkan rujukan ke fasilitas kesehatan
12-13	Kemungkinan depresi cukup tinggi	Observasi, beri dukungan dan edukasi, rujuk ke fasilitas kesehatan
>14	Depresi sangat mungkin terjadi	Perlu penilaian dan perawatan
Skor Positif (1,2,3) pada pertanyaan ke 10		Diskusi segera, rujuk ke fasyankes dan spesialis kesehatan mental (psikiater) untuk pemeriksaan dan intervensi lanjut. Urgensi rujukan tergantung pada beberapa faktor, seperti: adanya ide bunuh diri yang disertai perencanaan melakukannya, adanya riwayat percobaan bunuh diri, adanya percobaan untuk mencederai bayinya.

Sumber: Sutanto (2018)

Beberapa keuntungan menggunakan EPDS untuk deteksi dini depresi postpartum adalah:

- Mudah dihitung (oleh perawat, bidan, petugas kesehatan lai
- Sederhana
- Cepat dikerjakan (membutuhkan waktu 5-10 menit bagi ibu untuk menyelesaikan EPDS)
- Mendeteksi dini terhadap adanya depresi pasca persalinan
- Lebih diterima oleh pasien

Kekurangan EPDS antara

lain:

- a. Tidak bisa mendiagnosis depresi pasca persalinan
- b. Tidak bisa mengetahui penyebab dari depresi pasca persalinan (Lailiyana dan Septi, 2021).

2.3.9 Standar Kunjungan

Paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah- masalah yang terjadi (Prawirohardjo, 2016).

Tabel 2. 8
Asuhan Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
I	6-8 jam setelah persalinan	a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri b. Pemantau keadaan umum ibu c. Melakukan hubungan anantara bayi dan ibu (bounding attachment) d. ASI eksklusif
II	6 hari setelah persalinan	a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal. b. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup dan mendapat makanan yang bergizi c. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
III	2 minggu setelah persalinan	a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus dan tidak ada tanda – tanda perdarahan abnormal. b. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup dan mendapat makanan yang bergizi c. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
IV	6 minggu setelah persalinan	a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia alami. b. Memberi konseling untuk KB secara dini, imunisasi, senam nifas, dan tanda-tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi.

Sumber: Prawirohardjo (2016)

2.4 Asuhan Neonatus

2.4.1 Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir atau neonatus adalah masa kehidupan (0–28 hari),

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

2.4.2 Ciri – ciri Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir dengan kondisi normal memiliki ciri-ciri sebagai berikut (Raufaindah et al., 2022) :

- a. Antropometri : Berat badan 2500-4000 gram, panjang badan lahir 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar kepala 33- 35 cm.
- b. Frekuensi jantung 180 denyut/menit dan akan mengalami penurunan denyut/menit sampai 120-140.
- c. Respirasi pada beberapa menit pertama kurang lebih 80 x/menit dan akan mengalami penurunan seiring bertambahnya usia bayi sampai 40 x/menit.
- d. Warna kulit kemerahan dan licin karena jaringan subkutan terbentuk serta terlihat adanya lanugo.
- e. Kuku terlihat panjang dan lemas.
- f. Genitalia: pada bayi perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora sedangkan bayi laki-laki testis sudah turun.
- g. Reflek hisap dan menelan pada bayi sudah terbentuk dengan baik.
- h. Reflek moro terlihat baik, apabila bayi terkejut maka bayi akan memperlihatkan.

- i. Eliminasi baik urine dan mekonium akan keluar dalam waktu 24 jam pertama.

2.4.3 Asuhan pada Bayi Baru Lahir

Asuhan segera bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi selama satu jam pertama pada kelahiran, yaitu: pencegahan infeksi, penilaian pada bayi baru lahir, pencegahan hipotermi, mengeringkan bayi, menutup bagian kepala bayi, anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya atau IMD, memandikan bayi setelah 6 jam persalinan, saat memandikan, mandikan bayi dengan cepat dengan air yang bersih dan hangat (Afriani, 2019).

a. Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

Inisiasi Menyusu Dini (IMD) adalah *early initiation* atau permulaan menyusui dini, bayi menyusu sendiri segera setelah lahir dengan dibiarkan kontak kulit bayi dengan kulit ibunya, kurang lebih selama satu jam setelah bayi lahir. Menurut Prawirohardjo (2016) manfaat IMD bagi bayi adalah untuk membantu stabilisasi pernapasan, mengendalikan suhu tubuh bayi lebih baik dari inkubator, menjaga kolonisasi kuman yang aman untuk bayi dan mencegah infeksi nasokomia. Manfaat IMD bagi ibu yaitu mengoptimalkan pengeluaran hormone oksitosin, prolactin, dan secara psikolog dapat menguatkan ikatan batin antara ibu dan bayi. Tahapannya yaitu :

- 1) Bayi harus mendapatkan kontak kulit dengan kulit ibunya segera setelah lahir selama paling sedikit 1 jam. Dianjurkan agar tetap melakukan kontak kulit ibu-bayi selama 1 jam pertama kelahirannya walaupun bayi telah berhasil menghisap puting susu ibu dalam waktu kurang dari 1 jam.

- 2) Bayi harus menggunakan naluri alamiahnya untuk melakukan IMD dan ibu dapat mengenali bayinya siap untuk menyusui serta memberi bantuan jika diperlukan
 - 3) Keberhasilan IMD sangat berhubungan erat dengan keberhasilan bayi mendapatkan ASI Eksklusif.
- b. Pemotongan Tali Pusat Setelah penilaian sepintas dan tidak ada tanda asfiksia pada bayi, dilakukan manajemen bayi baru lahir normal dengan mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, kemudian bayi diletakkan di atas dada atau perut ibu. Setelah pemberian oksitosin pada ibu, lakukan pemotongan tali pusat dengan satu tangan melindungi perut bayi.
 - c. Mencegah kehilangan Panas Menjaga agar bayi tetap hangat dan terjadi kontak antara kulit bayi dengan kulit ibu. Hal ini dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut :
 - 1) Keringkan tubuh bayi tanpa membersihkan verniks.
 - 2) Selimuti ibu dan bayi dan pakailah topi di kepala bayi.
 - 3) Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya
 - 4) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir.
 - 5) Lakukan penimbangan setelah satu jam kontak kulit ibu ke kulit bayi dan bayi selesai menyusui.
 - d. Pencegahan infeksi pada mata dan pemberian Vitamin K Semua BBL harus diberikan vitamin K 1 injeksi 1 mg intramuskuler di paha kiri sesegera mungkin untuk mencegah perdarahan bayi baru lahir akibat

defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian BBL. Dalam 1 jam setelah bayi lahir, berikan salep obat tetes mata untuk mencegah oftalmia neonatorum (Tetrasklin 1%, Eritrosmin 0,5% atau Nitras Argensi 1%). Biarkan obat tetap pada mata bayi dan jangan dibersihkan. (Afriani, 2019).

- e. Pemberian Imunisasi Hepatitis B (HB 0) Dosis tunggal dipaha kanan Imunisasi Hepatitis B di paha kanan setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan Hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati (Kemenkes RI, 2022).

- f. Pemeriksaan Fisik

- 1) Saat bayi berada di klinik.
- 2) Saat kunjungan Tindak Lanjut (KN), yaitu 1 kali pada umur 1-3 hari, 1 kali pada umur 4-7 hari dan 1 kali padaa umur 8-28 hari

- g. Berat Badan Menurut teori (Prawirohardjo, 2016) mengatakan bahwa pada minggu pertama kehidupan berat badan bayi baru lahir akan mengalami penurunan sekitar 5-10%, hal ini disebabkan oleh pemasukan cairan dan pengeluaran dari tubuh bayi belum seimbang dan akan kembali berat badan bayi semulah setelah 2-3 minggu setelah kelahirannya.

2.4.4 Kunjungan Bayi Baru Lahir

Kunjungan neonatus adalah pelayanan kesehatan pada neonatus sedikitnya selama 3 kali kunjungan dengan asuhan yang diberikan, yaitu (Solehah et al., 2021):

- a) Kunjungan Neonatus 1 (KN1) yang dilakukan pada 6 jam – 48 jam setelah

kelahiran dengan asuhan yang diberikan adalah:

- a. Asuhan bayi baru lahir segera setelah lahir dan dilakukan perawatan pada ruangan yang sama (rooming in) jika memungkinkan.
 - b. Pencegahan infeksi.
 - c. Pemotongan dan perawatan tali pusat.
 - d. Pencegahan kehilangan panas dengan memandikan bayi setelah 6 jam kelahiran.
 - e. Menimbang berat badan bayi dan mengukur panjang badan.
 - f. Memberikan informasi terkait imunisasi kepada ibu.
 - g. Perawatan bayi baru lahir.
- b) Kunjungan Neonatus 2 (KN2) yang dilakukan pada hari ke 3 sampai hari ke 7 setelah kelahiran dengan asuhan yang diberikan yaitu:
- a. Perawatan tali pusat.
 - b. Pemeriksaan tanda bahaya infeksi dan edukasi tanda bahaya pada bayi baru lahir.
 - c. Pemberian ASI eksklusif.
 - d. Menimbang berat badan bayi untuk melakukan pemantauan berat badan.
 - e. Pencegahan kehilangan panas bayi.
- c) Kunjungan Neonatus 3 (KN3) yang dilakukan pada hari ke 8 sampai hari ke 28 setelah kelahiran dengan asuhan yang diberikan yaitu:
- a. Pemeriksaan tanda bahaya dan kemungkinan infeksi.
 - b. Pemeriksaan dan perawatan tali pusat.
 - c. Konseling pada ibu dan keluarga mengenai pemberian ASI eksklusif.
 - d. Pijat bayi

Pijat bayi atau *baby massage* adalah stimulasi taktil yang dapat memberikan banyak manfaat pada bayi diantaranya yaitu melancarkan sistem peredaran darah, menstimulasi saraf otak dan melatih respon saraf, meningkatkan daya tahan tubuh dan sistem imun, meningkatkan nafsu makan dan berat badan, mengurangi nyeri, memperbaiki gangguan tidur, memperbaiki pencernaan dan meningkatkan massa otot dan kemampuan sensoris bayi. Selain itu pijat bayi memiliki manfaat seperti komunikasi verbal/non verbal, menumbuhkan rasa cinta, kepekaan, bonding, perhatian penuh, serta kontak awal dengan kedua orang tua (Fitri et al., 2023).

Waktu dilakukannya pijat bayi biasanya pada pagi hari sebelum mandi, sehingga sisa-sisa minyak pijat yang menempel pada kulit bayi akan lebih mudah dibersihkan saat mandi pagi atau malam hari sebelum tidur untuk membantu tidur menjadi berkualitas (Fitri et al., 2023).

Adapun tahapan pada pijat bayi adalah (Fitri et al., 2023):

1) Kaki

- c) Perahan cara india, yaitu membasahi tangan dengan minyak kemudian memegang kaki bayi pada pangkal paha seperti memegang tongkat softball dan tangan yang lain memegang pergelangan bayi. Lakukan secara bergantian pada kedua kaki seperti memerah susu.
- d) Mengurut telapak kaki dengan kedua ibu jari secara bergantian dimulai dari tumit menuju jari. Lakukan pada kedua kaki bayi.

2) Perut

a) Gerakan mengayuh pedal sepeda, yaitu dengan memijat bagian perut dengan gerakan seperti mengayuh pedal sepeda, dari atas ke bawah perut secara bergantian dengan tangan kanan dan kiri.

b) Gerakan *I Love You* yaitu:

“I” yaitu gerakan memijat perut bayi mulai dari bagian kiri atas ke bawah dengan menggunakan jari-jari yang seolah membentuk huruf “I”.

“LOVE” adalah gerakan memijat dari perut kanan bawah ke arah atas dan berhenti di bagian kiri atas seperti huruf “L” terbalik.

“YOU” adalah gerakan berbentuk “U” terbalik yang dimulai dari bagian kanan bawah kemudian keatas dan menuju bagian atas kanan lalu berakhir pada bagian kiri bawah.

3) Dada

a) Gerakan kupu-kupu, merupakan gerakan yang dimulai dengan tangan kanan membuat gerakan memijat menyilang dari bawah *putting* susu ke arah bahu kiri dan kembali lagi ke bawah *putting*. Lakukan pada bagian kanan sehingga membentuk seperti kupu-kupu

4) Tangan

a) Cara India yaitu gerakan yang sama seperti gerakan pada kaki. Tangan kiri memegang pergelangan tangan bayi dan tangan kanan memegang pundak bayi, lakukan gerakan seperti memerah susu sapi secara bergantian pada kedua tangan bayi.

- b) Membuka tangan dengan mengurut telapak tangan dengan kedua ibu jari, dari telapak tangan bawah menuju jari-jari atas sambil membuka genggaman bayi

5) Muka

- a) Gerakan menyetrika dahi dilakukan dengan meletakkan jari-jari kedua tangan pada pertengahan dahi, lakukan tekanan lembut mulai dari tengah hingga dahi bayi.
- b) Gerakan menyetrika alis dilakukan seperti melakukan pijatan pada dahi, gunakan kedua ibu jari untuk memijat secara lembut pada alis mata dan diatas kelopak mata.

6) Punggung

- a) Gerakan maju mundur dilakuakn pada punggung dengan posisi bayi tengkurap. Lakukan pijatan maju mundur dengan kedua telapak tangan disepanjang punggung bayi dari bawah leher hingga pantat bayi.

2.4.5 Perawatan Tali Pusat

Alasan dari pada merawat tali pusat dengan baik dan sesuai standar yaitu menggunakan kassa kering steril adalah untuk menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. Merawat tali pusat menggunakan kassa kering steril dapat menjadikan tali pusat tetap kering dan bersih, sehingga dapat mengurangi resiko terjadinya infeksi yang dapat berpengaruh pada lama pelepasan tali pusat pada bayi baru lahir (Sembiring, 2019).

Tujuan dari perawatan tali pusat adalah untuk mencegah terjadinya infeksi pada bayi baru lahir, agar tali pusat tetap bersih, kuman-kuman dan bakteri tidak masuk sehingga infeksi tali pusat pada bayi dapat dicegah. Infeksi tali pusat tergolong jenis infeksi ringan akan tetapi jika tidak ditangani dengan baik maka dapat berkembang menjadi infeksi yang membahayakan dan bahkan dapat menjadi salah satu penyebab kematian Bayi Baru Lahir (Sembiring, 2019).

Penyebab utama terjadinya infeksi pada bayi adalah sisa potong tali pusat yang tidak dilakukan perawatan. Kondisi ini dapat dicegah dengan membiarkan tali pusat kering dan bersih. Tali pusat akan puput umumnya satu minggu kehidupan bayi, namun lebih lambat hingga 10-14 hari setelah bayi lahir (Sembiring, 2019).

2.5 Konsep Continuity of Maternity Care (CoMC)

2.5.1 Pengertian Continuity of Maternity Care (CoMC)

Continuity of Maternity Care (CoMC) atau kesinambungan asuhan kebidanan merupakan pelayanan kebidanan yang diberikan secara berkelanjutan mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, hingga keluarga berencana (KB). Pelayanan ini bertujuan agar ibu mendapatkan asuhan yang menyeluruh dan sesuai dengan kebutuhannya.

Menurut World Health Organization (2016), pelayanan maternitas yang berkesinambungan dapat meningkatkan kualitas pelayanan serta membantu menciptakan pengalaman kehamilan dan persalinan yang positif bagi ibu. Selain itu, menurut International Confederation of Midwives (2021), continuity of care adalah pelayanan yang dilakukan secara terus-menerus oleh bidan atau tim yang

sama sehingga terjalin hubungan saling percaya antara ibu dan tenaga kesehatan.

Berdasarkan pendapat tersebut, dapat disimpulkan bahwa CoMC merupakan pelayanan kebidanan komprehensif yang dilakukan secara terus-menerus untuk menjaga kesehatan ibu dan bayi.

2.5.2 Tujuan Continuity of Maternity Care (CoMC)

Tujuan CoMC yaitu:

- a. Memberikan pelayanan kebidanan secara berkesinambungan.
- b. Melakukan deteksi dini terhadap komplikasi ibu dan bayi.
- c. Meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan.
- d. Mendukung kesehatan ibu dan bayi selama masa reproduksi

2.5.3 Komponen Continuity Of Maternity Care (CoMC)

Komponen CoMC meliputi:

- a. Asuhan kehamilan (ANC), yaitu pemantauan kesehatan ibu dan janin selama kehamilan.
- b. Asuhan persalinan (INC), yaitu pelayanan selama proses persalinan agar berlangsung aman.
- c. Asuhan nifas (PNC), yaitu pemantauan kesehatan ibu setelah melahirkan.
- d. Asuhan bayi baru lahir (BBL), yaitu pelayanan untuk menjaga kesehatan neonatus.
- e. Pelayanan keluarga berencana (KB), yaitu pelayanan untuk membantu ibu merencanakan kehamilan berikutnya.

2.6 Pendokumentasian Asuhan Kebidanan

Metode pendokumentasian yang dilakukan dalam asuhan kebidanan adalah SOAP, yang merupakan salah satu pendokumentasian yang ada. SOAP adalah catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan tertulis. Seorang bidan hendaknya menggunakan SOAP setiap kali bertemu dengan kliennya dalam masa antenatal. Seorang bidan dapat menuliskan satu catatan SOAP untuk setiap

kali kunjungan.

a. *S (Subjektif)*

Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang menderita tuna wicara, dibagian data dibagian data dibelakang huruf “S”, diberi tanda huruf “O” atau “X”. Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderita tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun. (Surtinah et al., 2019)

b. *O (Objektif)*

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis. (Surtinah et al., 2019)

c. *A (Assesment)*

Langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien 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. Saudara-saudara, di dalam analisis menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan klien. Analisis yang tepat dan akurat

mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan intepretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan. (Surtinah et al., 2019).

d. P (*Plan*)

Penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Tujuan penatalaksanaan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya.