

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Teori Kehamilan

2.1.1 Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah masa dimana mulainya konsepsi, hingga lahirnya janin. Lamanya kehamilan normal biasanya terjadi selama 40 minggu yang dibagi menjadi 3 trimester yaitu trimester I (1-12 minggu) trimester II (13-24 minggu) dan trimester III (25-40 minggu) (Retnaningtyas dkk., 2022)

2.1.2 Proses Terjadinya Kehamilan

Proses terjadinya kehamilan yaitu ketika sel sperma dan sel telur bertemu dan melewati proses pembuahan. Setelah itu sel sperma dan sel telur membentuk zigot dan menempel pada dinding rahim dan pada proses inilah pembuahan berlanjut menjadi kehamilan (Handayani dkk., 2025)

2.1.3 Tanda-tanda Kehamilan

Menurut Marjati (2015) tanda-tanda kehamilan sebagai berikut :

1. Tanda dugaan kehamilan

- a. Amenorea (terlambat datang bulan)

Konsepsi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel de Grafdan ovulasi, maka dari itu tidak terjadinya haid.

- b. Mual dan Muntah (emesis)

Peningkatan hormon estrogen dan progesterone menyebabkan asam lambung meningkat. Mual dan muntah

biasanya terjadi pada pagi hari yang biasa dikatakan dengan morning sickness.

c. Payudara tegang

Pengaruh hormon estrogen dan progesterone dan somatomamotropin menimbulkan deposit lemak, air, garam pada payudara.

d. Sering BAK (buang air kecil)

Pembesaran rahim kedepan menyebabkan kandung kemih terdesak dan cepat terasa penuh, sehingga menyebabkan sering BAK.

e. Pigmentasi kulit

Pigmentasi disekitar pipi (kloasma gravidarum), pada dinding perut (striae lividae, striae nigra, linea albamakin hitam), dan sekitar payudara (hiperpigmentasi aerola mammae, putting susu makin menonjol, kelenjar Montgomery menonjol, pembuluh darah manifest sekitar payudara).

2. Tanda tidak pasti kehamilan

- a. Rahim membesar, sesuai dengan tuanya hamil Pada pemeriksaan dalam dijumpai tanda Hegar, tanda Chadwicks, tanda Piscaseck, Kontaksi Braxton Hicks, dan teraba ballottement.

- b. Pemeriksaan tes biologis kehamilan positif. Tetapi sebagian kemungkinan positif palsu.

3. Tanda pasti kehamilan

- a. Terdapat Detak Jantung Janin
- b. Teraba gerakan janin
- c. Teraba bagian-bagian janin

2.1.4 Perubahan Fisiologi Kehamilan

Kehamilan merupakan proses yang alamiah, namun akan memberikan beberapa perubahan bagi seorang perempuan yang meliputi aspek fisik, sosial, psikologis, budaya dan spiritual. Dukungan menjadi salah satu hal penting untuk membangun mekanisme coping ibu hamil.

1. Sistem reproduksi

a. Uterus

Pembesara uterus adalah perubahan anatomi yang paling nyata pada ibu hamil. Peningkatan hormon estrogen dan progesterone menyebabkan hipertofi mimoetrium. Hipertrofi miometrium juga disertai dengan peningkatan vaskularisasi dan pembuluh limfatik. Berat uterus meningkat dari yang beratnya 30gr menjadi 1000gr saat akhir kehamilan (40 minggu). Pembesaran ini disebabkan perkembangan desidua dan pertumbuhan janin. Pada Trimester III dinding uterus mulai menipis dan lebih lembut. Pergerakan janin dapat

diobservasi dan badannya dapat diraba untuk mengetahui posisi dan ukurannya, korpus berkembang menjadi segmen bawah rahim. Pada minggu ke-36 kehamilan terjadi penurunan janin ke bagian bawah rahim, hal ini disebabkan melunaknya jaringan-jaringan dasar panggul bersamaan dengan gerakan yang baik dari otot rahim dan kedudukan bagian bawah rahim.

- b. Serviks akan berubah menjadi lunak pada kehamilan. Sebab pelunakan ini adalah pembuluh darah dalam serviks bertambah dan karena timbulnya oedema dari serviks dan hiperplasia serviks. Pada akhir kehamilan serviks menjadi sangat lunak dan portio menjadi pendek dan dapat dimasuki dengan mudah oleh satu jari.
- c. Vagina Pada Trimester III, estrogen menyebabkan perubahan pada lapisan otot dan epitelium. Lapisan otot membesar, vagina lebih elastis yang memungkinkan turunnya bagian bawah janin.
- d. Ovarium

Pada masa kehamilan pembentukan folikel baru tidak terjadi dan hanya terlihat perkembangan dari korpus luteum.

- e. Perubahan hormon estrogen dan progesteron yang dihasilkan oleh plasenta menimbulkan perubahan pada payudara (tegang dan membesar). Adanya chorionic somatotropin (Human Placental Lactogen/HPL) dengan muatan laktogenik akan

merangsang pertumbuhan kelenjar susu di dalam payudara dan berbagai perubahan metabolismik yang mengiringinya.

2. Sistem pencernaan

- a. Mulut dan gusi peningkatan hormon estrogen dan progesteron membuat meningkatnya aliran darah ke rongga mulut menyebabkan hipersaliva pada mulut.
- b. Lambung estrogen dan HCG yang meningkat menyebabkan mual muntah. Perubahan peristaltik dengan gejala kembung, konstipasi, lebih sering lapar atau menginginkan sesuatu makanan (ngidam), juga akibat peningkatan asam lambung.
- c. Usus Halus dan Usus Besar Tonus otot-otot saluran pencernaan melemah sehingga motilitas dan makanan akan lebih lama berada dalam saluran makanan. Reabsorpsi makanan baik, namun akan menimbulkan konstipasi.
- d. Sistem perkemihan juga menurun akibat pengaruh estrogen dan progesteron, maka dari itu biasanya lebih sering buang air kecil dikarenakan dinding saluran kemih tertekan oleh pembesaran uterus hingga menyebabkan hidroureter namun hal ini dianggap hal yang normal.

3. Sistem kardiovaskuler

Meningkatnya beban kerja pada kehamilan menyebabkan otot jantung bekerja lebih sering. Kecepatan darah meningkat (jumlah darah yang dialirkan oleh jantung dalam setiap denyutnya) sebagai

hasil dari peningkatan curah jantung. Ini meningkatkan volume darah dan oksigen ke seluruh organ dan jaringan ibu untuk pertumbuhan janin.

4. Sistem Integumen

Perubahan kulit pada ibu hamil terjadi karena pengaruh beberapa hormon pada kehamilan. Perubahan kulit pada ibu atau bisa disebut dengan hiperpigmentasi ini terjadi seperti strie gravidarum, linea alba dan linea nigra, aerola mamae, chloasma gravidarum. Hiperpigmentasi biasanya menghilang setelah persalinan.

5. Sistem pernafasan

Kebutuhan O₂ pada ibu hamil akan meningkat sekitar 20-25 % dari biasanya. Selain itu terjadi desakan diafragma akibat dorongan uterus yang semakin membesar menyebabkan kebutuhan oksigen meningkat.

6. Sistem metabolisme

Basal naik sebesar 15% sampai 20% dari semula, terutama pada trimester ketiga. Kesimbangan asam basa mengalami penurunan dari 155 mEq per liter menjadi 145mEq per liter disebabkan adanya hemodilusi darah dan kebutuhan mineral yang dibutuhkan janin.

7. Sistem muskulokeletal

Perubahan bentuk tubuh ibu hamil secara bertahap menyesuaikan penambahan berat badan ibu hamil dan semakin besarnya janin, perubahan yang terjadi pada ibu menyebabkan postur dan cara

berjalan ibu hamil berubah. Postur tubuh hiperlordosis bisa terjadi dikarenakan ibu membawa beban yang condong kedepan, maka sebaiknya ibu hamil tidak menggunakan sepatu yang terlalu tinggi. Otot dinding perut meregang menyebabkan tonus otot berkurang. Setelah melahirkan tonus otot secara bertahap kembali tetapi pemisahan otot rekti abdominalis tetap.

8. Perubahan psikologis

Perubahan psikologis pada ibu hamil umumnya terjadi pada beberapa ibu hamil, seperti perubahan suasana hati. Perubahan hormon ini menyebabkan perubahan suasana hati, naik turunnya emosi, meningkatnya rasa mudah tersinggung, dan sering marah.

2.1.5 Standar Asuhan Kehamilan

1. Tujuan Antenatal Care

Pelayanan Antenatal Care bertujuan untuk memenuhi hak setiap ibu hamil untuk mendapatkan pelayanan kesehatan pada saat hamil yang berkualitas sehingga mampu menjalani kehamilannya dengan sehat, bersalin dengan selamat, dan melahirkan bayi yang berkualitas.(Onny Anggraini, 2025)

2. Kunjungan Antenatal Care

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2021), pelayanan kesehatan pada masa hamil dilakukan paling sedikit 6 kali selama masa kehamilan yang di bagi pada ketiga trimester yaitu 1 kali pada trimester I, 2 kali pada trimester II, dan 3 kali pada trimester III serta

melakukan pemeriksaan oleh dokter spesialis kebidanan paling sedikitnya 2 kali pada trimester I dan trimester III.

Tabel 2. 1 Jadwal Kunjungan Antenatal

| Trimester | Jadwal Kunjungan Minimal | Waktu Kunjungan yang Dianjurkan |
|-----------|--------------------------|--|
| I | 1kali | 1-12 minggu kehamilan |
| II | 2kali | 13-24 minggu |
| III | 3kali | kehamilan 25-40 minggu kehamilan |

Sumber : (Kementerian Kesehatan RI, 2021)

3. Pelayana Pemeriksaan Kehamilan (ANC)

Menurut Kemenkes RI (2015), standar minimal pelayanan antenatal meliputi 10 T yaitu:

1. Penimbangan berat badan dan ukur tinggi badan

Mengukur tinggi badan ibu untuk menetukan status gizi dan resiko persalinan, seperti panggul sempit, kemungkinan sulit untuk melahirkan secara normal. Selain itu juga memantau kenaikan berat badan ibu sesuai dengan grafik peningkatan berat badan.

2. Ukur tekanan darah

Mendeteksi adanya hipertensi pada ibu hamil jika tekanan darah $> 140/90\text{mmHg}$ maka beresiko mengalami preeklamsi

pada kehamilan. Tekanan darah juga bisa di ukur melalui MAP jika hasil MAP > 90mmHg maka segera lakukan skrining pada ibu hamil.

3. Pengukuran LILA (lingkar lengan atas)

Bila LILA pada ibu hamil >23,5 maka beresiko mengalami Kekurangan Energi Kronis (KEK) dan dapat beresiko melahirkan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR).

4. Ukur tinggi fundus uteri/tinggi rahim

Pengukuran TFU dilakukan untuk memantau perkembangan dan pertumbuhan janin sesuai dengan usia kehamilannya. TFU sesuai dengan usia kehamilan yaitu :

Tabel 2. 2 Tinggi Fundus Uteri (TFU)

| Usia kehamilan dalam minggu | Tinggi Fundus Uteri |
|------------------------------------|----------------------------|
| 12 minggu | 3 jari di atas simpisis |
| 16 minggu | Pertengahan pusat-simpisis |
| 20 minggu | 3 jari di bawah pusat |
| 24 minggu | Setinggi pusat |
| 28 minggu | 3 jari di atas pusat |
| 32 minggu | Pertengahan pusat-px |
| 36 minggu | 3 jari di bawah px |
| 40 minggu | Pertengahan pusat-px |

Sumber Kemenkes RI 2015

5. Pemeriksaan presentasi janin dan denyut jantung bayi

Mendeteksi kelainan letak janin atau masalah lain pada trimester III, selain itu menentukan denyut jantung janin bila DJJ kurang dari 120x/menit atau lebih dari 160x/menit menandakan adanya gawat janin dan harus segera dirujuk.

6. Skirining status imunisasi tetanus

Ibu hamil diperlukan mendapatkan imunisasi tetanus toksoid sesuai dengan anjuran tenaga kesehatan untuk mencegah tetanus pada ibu dan bayi.

Tabel 2. 3 Interval Minimal Pemberian Imunisasi TT dan Masa Perlindungan

| Status T | Interval minimal pemberian | Masa perlindungan |
|-----------------|-----------------------------------|--|
| T 1 | 1 bulan setelah T 1 | Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit |
| T 2 | 6 bulan setelah T 2 | |
| T 3 | 12 bulan setelah T 3 | Tetanus |
| T 4 | 12 bulan setelah T 4 | |
| T 5 | | 3 tahun 5 tahun 10 tahun Lebih dari 25 tahun |

7. Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD)

Tablet tambah darah berguna untuk mencegah ibu hamil dari anemia. Ibu hamil dianjurkan untuk minum 90 tablet pada masa kehamilannya 1 x sehari diminum di malam hari untuk mengurangi rasa mual.

8. Pemeriksaan laboratorium dan USG

- 1) Tes golongan darah untuk mempersiapkan pendonor darah jika diperlukan
- 2) Tes Hb untuk mengetahui apakah ibu mengalami anemia.
- 3) Tes pemeriksaan urin (protein urin dan urin reduksi)
- 4) Tes triple eliminasi yaitu meliputi tes HIV, Sifilis, Hepatitis B

9. Tata laksana

Apabila ditemukan masalah ibu segera di tangani atau dirujuk untuk mendapatkan pelayanan yang optimal.

10. Temu wicara/konseling

Tenaga kesehatan memberi tahu hasil pemeriksaan janinnya dan memberikan konseling tentang 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 bertahap pada saat kunjungan ibu hamil.

2.2 Konsep Dasar Anemia

2.2.1 Pengertian Anemia

Anemia adalah kekurangan sel darah merah yang menyebabkan kadar hemoglobin di dalam tubuh rendah maka dari itu tidak memiliki cukup sel darah merah yang sehat untuk membawa oksigen ke seluruh tubuh. Dalam kehamilan dikatakan ibu hamil mengalami anemia yaitu jika kadar Hb kurang dari 11g/dL. Kadar hemoglobin yang rendah dapat menyebabkan terjadinya angiogenesis pada plasenta sehingga bayi akan mengalami hipoksia.(Chalista Amelia dkk., 2025)

2.2.2 Etiologi

Menurut penelitian Mutiasari (2019) anemia terjadi dikarenakan terhambatnya penyerapan zat besi akibat kurangnya protein di dalam tubuh wanita hamil, oleh karena itu kebutuhan protein sangat diperlukan agar kebutuhan hemoglobin dalam tubuh tercukupi. Asupan protein dan vitamin C yang dikonsumsi oleh wanita hamil berperan sangat penting dalam proses ini, selain itu zat besi juga berperan membantu proses metabolisme dan menjadi komponen dalam beberapa enzim penting dalam tubuh, sedangkan protein dan vitamin C hanya berperan dalam penyerapan zat besi tersebut.

2.2.3 Patofisiologi Anemia pada Ibu Hamil

Perubahan fisiologis selama kehamilan salah satunya adalah penurunan kadar hemoglobin akibat hemodilusi. Proses hemodilusi

(pengenceran darah) mencapai puncak pada 32-36 minggu kehamilan.
(Putri Hasna Annabila, 2025)

Menurut Amini (2019) anemia ibu hamil adalah suatu kondisi ketika kadar hemoglobin atau jumlah eritrosit kurang dari normal. Secara fisiologis anemia dapat disebakan karena proses hemodelusi yang terjadi dimana kondisi tersebut presentase peningkatan volume plasma lebih besar dibandingkan dengan presentase peningkatan jumlah eritrosit. Proses terjadinya anemia juga bisa terjadi apabila tubuh mengalami kekurangan oksigen, berkurangnya kadar oksigen dalam tubuh maka menyebabkan hormon eritroprotein tidak bekerja dengan baik sehingga menghambat produksi sel darah merah.

2.2.4 Derajat Anemia

- Klasifikasi kadar Hb bisa di golongkan menjadi beberapa bagian yaitu :
1. Normal : Hb >11g/dL
 2. Anemia ringan : Hb 9-10,9g/dL
 3. Anemia sedang : Hb 7-8,9g/dL
 4. Anemia berat : Hb <7g/Dl

2.2.5 Klasifikasi Anemia dalam Kehamilan

- Berikut mengenai klasifikasi anemia menurut (Pratami, 2018), yaitu:
- a. Anemia defisiensi zat besi
Anemia defisiensi zat besi merupakan anemia yang lazim dijumpai. Biasanya, sel darah individu yang mengalami anemia ini memiliki

karakteristik normositik dan hipokromik. Anemia defisiensi zat besi ditangani dengan cara pemberian asupan zat besi yang adekuat.

b. Anemia megaloblastic

Dapat terjadi karena kekurangan asam folat, malnutrisi, infeksi kronis, atau kekurangan vitamin B12. Anemia dapat ditangani dengan pemberian asam folat 15–30 mg setiap hari, vitamin B12 3 kali 1 tablet, atau besi 3 kali 1 tablet setiap hari.

c. Anemia hipoplastik

Hipfungsi sumsum tulang belakang dalam pembentukan sel darah merah baru adalah penyebabnya. Anemia hipoplastik biasanya ringan ketika transfusi darah diberikan, tetapi prosedur ini perlu dilakukan berulang kali.

d. Anemia hemolitik

Terjadi karena sel darah merah hancur lebih cepat daripada baru dibentuk.

2.2.6 Gejala Anemia

Gejala anemia kadang tidak di sadar oleh penderita, namun gejala anemia akan semakin terasa dengan bertambah beratnya kondisi anemia. Dampak yang di timbulkan dari anemia antara lain lemah, lusu, letih, lelah, dan lalai. biasnya ibu hamil yang mengalami anemia akan lebih terlihat lemas dikarenakan ibu hamil membutuhkan kadar oksigen yang lebih tinggi. Selain itu penderita terkadang sering merasa pusing, mata berkunang-kunang, sering kali ibu hamil yang mengalami anemia

mengeluhkan rasa berkunang-kunang terutama saat berdiri terlalu lama karena penyebabran oksigen ke seluruh tubuh yang tidak maksimal. Gejala lainnya yang biasa terjadi pada ibu hamil yaitu pucat pada bibir, konjungtiva mata, dan pucat pada daerah ekstermitas.(Tuti Suparyati, 2025)

2.2.7 Pengaruh Anemia Pada Kehamilan

a. Pada ibu

Anemia yang terjadi selama kehamilan dapat menyebabkan :

- a) Abortus : Anemia dapat mengurangi suplai oksigen pada metabolisme ibu karena kekurangan kadar hemoglobin untuk mengikat oksigen yang dapat mengakibatkan efek tidak langsung pada ibu dan janin antara lain terjadinya abortus (Aryanti Wardiyah, 2016)
- b) Perdarahan : Anemia mempengaruhi kerja setiap organ tubuh manusia karena jumlah oksigen yang terikat di dalam darah lebih sedikit, jika terjadi pada ibu hamil maka akan semakin mempengaruhi kerja otot rahim(Salsabila Aneisca, 2023)
- c) Ketuban Pecah Dini : Hemoglobin mempengaruhi kekuatan membran kolagen serta mengakibatkan abnormalitas struktur kolagen. Sehingga hemoglobin sangat berpengaruh terhadap kekuatan lapisan amnion maupun korion, karena lapisan tersebut mengandung banyak serat kolagen berfungsi mempertahankan daya regang selama kehamilan(PRASTINA, 2023)

d) Persalinan lama/ partus macet : Anemia pada ibu hamil dapat menyebabkan gangguan pada kontraksi rahim sehingga proses persalinan akan lebih lama dan beresiko.

b. Pada janin

Ancaman yang ditimbulkan anemia pada janin adalah :

- a) Berat Bayi Lahir Rendah : anemia akan mengakibatkan kekurangan suplai darah pada tubuh sehingga distribusi nutrisi ibu ke janin menjadi terganggu yang akan mengakibatkan terganggunya pertumbuhan dan perkembangan janin dan melahirkan BBLR
- b) Asfiksia : Anemia dalam kehamilan akan menyebabkan hambatan aliran darah pada uterus, sehingga sirkulasi oksigen ke janin berkurang. Gangguan ini dapat menyebabkan hipoksia pada janin sehingga pada saat persalinan dapat menyebabkan asfiksia neonatorum.
- c) Gangguan tumbuh kembang : Anemia pada ibu hamil menyebabkan suplai oksigen dan nutrisi pada janin terhambat, sehingga menyebabkan pertumbuhan janin yang kurang maksimal.

2.2.8 Penatalaksanaan Anemia

Penatalaksanaan anemia yaitu dengan cara mengkonsumsi makanan tinggi protein, selain itu ibu hamil di anjurkan untuk mengkonsumsi gizi seimbang dengan asupan zat besi yang cukup untuk

memenuhi kebutuhan tubuh. Zat besi bisa di peroleh dari berbagai makanan, seperti mengkonsumsi daging (terutama daging yang berwarna merah). Selain itu zat besi juga bisa di dapatkan dari sayuran berwarna hijau seperti bayam, kangkung, buncis, serta kacang-kacangan. Selain dari pola makan ibu hamil juga harus mengkonsumsi vitamin serta suplemen zat besi untuk mendapatkan hasil yang optimal.

2.2.9 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Jitowiyono (2018), pemeriksaan penunjang untuk anemia adalah sebagai berikut:

1. Jumlah Hb lebih rendah dari normal ($> 11\text{g/dL}$)
2. Kadar Hb menurun (normal 37-41%)
3. Peningkatan bilirubin total (pada anemia hemolitik)
4. Terlihat retikulositosis dan sferositosis pada asupan darah
5. Panositopenia dan lemak menggantikan sumsum tulang kosong (pada anemia aplastik).

2.3 Konsep Dasar Kekurangan Energi Kronik (KEK)

2.3.1 Pengertian KEK

Kekurangan Energi Kronik (KEK) menjadi salah satu masalah gizi yang sering terjadi pada ibu hamil. KEK yaitu keadaan dimana wanita hamil mengalami kekurangan gizi (kalori dan protein) dalam waktu yang berlangsung lama biasanya di tandai dengan proporsi LILA $<23,5\text{cm}$, umum nya terjadi pada wanita usia subur sehingga bisa berdampak melahirkan bayi BBLR yang akhirnya menghambat

pertumbuhan dan perkembangan pada anak usia balita.(Fati Hatussaadah dkk., 2025)

2.3.2 Tanda dan Gejala KEK

Menurut Dewi (2025), ibu hamil mengalami KEK jika ada garis berwarna merah di lengan atas mereka atau lebih dari 23,5 cm saat mengukur dengan pita LILA.

Menurut Paramasanti (2019) ada beberapa tanda gejala KEK, yaitu:

1. Lingkar lengan atas (LILA) >23,5cm
2. Terlihat lemah, letih, lesu, lunglai
3. Tidak cekatan dalam bekerja
4. Pada ibu hamil cenderung melahirkan anak dengan berat badan bayi rendah (BBLR) atau berat bayi kurang dari 2500gr

2.3.3 Akibat KEK

Ibu hamil yang mengalami Kekurangan Energi Kronik (KEK) dapat berakibat pada ibu maupun bayinya. KEK pada ibu hamil dapat menyebabkan komplikasi seperti anemia, perdarahan, berat badan tidak bertambah secara normal, dan resiko infeksi. Sedangkan pada proses persalinan kemungkinan bisa terjadi perdarahan setelah persalinan, persalinan sulit dan lama, serta meningkatkan kemungkinan persalinan dengan operasi. KEK pada ibu hamil juga dapat mempengaruhi perkembangan dan pertumbuhan janin, termasuk pertumbuhan fisik yang terganggu (stunting), keguguran, bayi lahir

mati, cacat bawaan, asfiksia intrapartum, hingga berat bayi lahir rendah (BBLR) (Fauziah dkk., 2025)

2.3.4 Penatalaksanaan KEK

Menurut Kemenkes RI (2013), penerapan KEK berarti memberikan ibu makanan tambahan pemulihan, yaitu makanan bergizi yang dimaksudkan untuk ibu hamil sebagai makanan tambahan untuk pemulihan gizi, yang dapat diperoleh di puskesmas. Makanan tambahan pemulihan sebagian besar terbuat dari bahan makanan lokal atau lokal. Namun, jika bahan makanan lokal tidak tersedia, dapat digunakan makanan pabrikan lokal dengan memperhatikan label kemasan dan masa kedaluarsa untuk keamanan makanan. Makanan tambahan diberikan setiap hari selama 90 hari berturut-turut, target kenaikan berat badan ibu adalah 12,5-18 kg selama kehamilan. Upaya yang dilakukan berupa konsumsi makanan, pemantauan pertambahan berat badan, pemeriksaan kadar Hb dan pengukuran LILA sebelum atau saat hamil. Menjelaskan tentang pentingnya pemilihan makanan yang tepat selama kehamilan dengan cara mengajarkan ibu bagaimana mengganti bahan makanan dengan bahan makanan yang sjenis (contoh makanan sumber energi nasi, bisa diganti dengan singkong/mie/roti/jagung dengan menggunakan Bahan Makanan Penukar.

2.3.5 Status Gizi Ibu Hamil

Pada masa kehamilan kebutuhan nutrisi memiliki peran yang sangat penting karena akan mempengaruhi kondisi janin dan ibu. Kebutuhan nutrisi ibu hamil berbeda dengan ibu tidak hamil karena kehadiran janin dalam rahimnya. Kebutuhan nutrisiseseorang tidak hanya diukur dari porsi makanan, tetapi juga dari kualitas zat nutrisi yang terkandung dalam makanan tersebut..(Nurvembrianti dkk., 2021)

Ibu hamil yang memiliki tingkat kesehatan dan nutrisi yang baik akan melahirkan bayi yang sehat. Ibu hamil yang kekurangan gizi akan mengalami Kekurangan Energi Kronik (KEK), yang berpotensi menyebabkan risiko dan komplikasi kehamilan. KEK dapat menyebabkan gangguan kesehatan janin seperti cacat bawaan, memicu kelahiran prematur, dan gangguan gizi janin (IUGR) .(Nurvembrianti dkk., 2021)

2.3.6 Gizi Ibu Hamil

Pada masa kehamilan ibu hamil memerlukan tambahan energi sekitar 285-300 kkal/hari yaitu setara dengan (2 – 3 piring) terutama pada trimester kedua dan ketiga. Terdapat komposisi gizi seimbang yaitu karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral. Selain itu kebutuhan nutrisi ibu hamil dengan KEK terdapat perbedaan yaitu untuk ibu hamil KEK, dibutuhkan tambahan asupan energi sebesar 500 kkal/hari dari asupan energi harinya, dimana kurang dari 25% kandungan energi dalam makanan berasal dari protein.

Terdapat pedoman makan seimbang digambarkan dalam piramida makanan, dasar piramida adalah karbohidrat berupa nasi, kentang dan roti (3-5 porsi/hari), pada piramida selanjutnya terdapat sayur dan buah sebagai sumber vitamin dan mineral (2-4 porsi buah dan 3-5 porsi sayur/ hari), pada tingkat selanjutnya lauk sumber protein hewani nabati seperti ikan, ayam, daging, tahu, tempe, kacang-kacangan (2-3 porsi/hari), puncang piramida diduduki oleh minyak dan gula yang digunakan secukupnya.

| Waktu | Menu | Bahan Makanan | Berat (g) | Energi (kkal) |
|------------------|---------------|----------------------|----------------------|--------------------------|
| Pagi (07.00) | Nasi | Nasi 1 (1/4 gls) | 166 | 291 |
| | Opor Daging | Daging 1 potong | 35 | 50 |
| | | Minyak 1 sdt | 2,5 | 25 |
| | | Santan | 20 | 87,5 |
| | Tempe Goreng | Tempe 1 potong | 25 | 37,5 |
| | | Minyak 2 sdt | 5 | 50 |
| | Tumis sayuran | Buncis | 25 | 13 |
| | | Wortel | 25 | 13 |
| | | Putren | 25 | 13 |
| | | Minyak 1 sdt | 2,5 | 25 |
| | Susu | Susu | 200 | 125 |
| Selingan (10.00) | Snack pagi | Biskuit | 50 | 175 |

| | | | | |
|------------------|-------------|--------------------|-----|-----|
| | Minum | Air putih | - | - |
| | Nasi | Nasi 1 (1/4 gls) | 166 | 291 |
| | Ikan goreng | Ikan 1 potong | 40 | 50 |
| | | Minyak 2sdt | 5 | 50 |
| | Sop bakso | Bakso 5 biji | 85 | 38 |
| | | Wortel | 25 | 13 |
| | | Kentang 1 uk kecil | 52 | 44 |
| | | Air kaldu | - | - |
| | | Jamur kuping | - | - |
| | Tahu goreng | Tahu | 110 | 75 |
| | | Minyak 1 sdt | 5 | 50 |
| | Buah | Pisang 1 buah | 75 | 50 |
| | Minum | Air putih | - | - |
| Selingan (16.00) | Snack sore | Kacang hijau | 20 | 75 |
| | | Santan 1/3 gelas | 40 | 175 |
| | | Gula 2sdk | 26 | 100 |
| | | Air putih | - | - |
| Malam (19.00) | Nasi | Nasi 1 (1/4 gls) | 166 | 291 |
| | | Ayam 1 potong | 40 | 150 |
| | | Minyak 3 sdt | 10 | 100 |

| | | | | |
|---------------|--------------------------------|----------------|-----|------|
| | Tumis kacang panjang dan tempe | Kacang panjang | 50 | 12,5 |
| | | tempe | 50 | 12,5 |
| | | Minyak 3 sdt | 2,5 | 25 |
| | | Jeruk manis | 50 | 25 |
| | | Gula 1sdt | 13 | 50 |
| JUMLAH | | | | 2582 |

2.3.7 Kenaikan Berat Badan Pada Masa Hamil

Kenaikan berat badan pada masa kehamilan dapat digunakan untuk mengetahui perkembangan keamilannya. Ada beberapa yang perlu diperhatikan terhadap kenaikan berat badan ibu yaitu berat badan ibu sebelum hamil, usia kehamilan ibu, tinggi badan ibu.

Normalnya kenaikan berat badan sebanyak 10-12 kg selama hamil dan trimester 2-3 dianjurkan mengalami kenaikan sebanyak 0,75kg perminggu. Peningkatan berat badan ibu disebabkan karena meningkatnya jaringan, volume darah, cadangan lemak, pembesaran uterus dan payudara.

Indeks Massa Tubuh (IMT) atau Body Mass Index (BMI) merupakan alat atau cara yang sederhana untuk memantau status gizi orang dewasa, khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan

kelebihan berat badan. Indeks Massa Tubuh didefinisikan sebagai berat badan seseorang dalam kilogram dibagi dengan tinggi badan dalam meter (kg/m^2) (Irianto, 2017).

Menurut Kemenkes (2018) rumus menghitung Indeks Maasa Tubuh (IMT) adalah sebagai berikut :

$\text{IMT} = \text{Berat badan (kg)} / \text{Tinggi badan (m)}^2$. Hasil dari perhitungan Indeks Massa Tubuh (IMT) dapat diklasifikasikan berdasarkan klasifikasi menurut Kriteria Asia Pasifik menjadi underweight, normal dan overweight, dengan rentang angka sebagai berikut :

- 1) $19,8 - 26,6$: Normal
- 2) $<19,8$: Underweight
- 3) $26,6 - 29,0$: Overweight
- 4) $>29,0$: Obesitas

Terdapat penambahan berat badan ibu hamil yang diharapkan berdasarkan IMT sebelum hamil yaitu :

- 1) $19,8 - 26,6$ penambahan berat badan sekitar 11 -15 kg
- 2) $< 19,8$ penambahan berat badan sekitar 12-18 kg
- 3) $26,6 - 29,0$ penambahan berat badan sekitar 6-11 kg
- 4) $>29,0$ penambahan berat badan sekitar 5-9kg

2.4 Teori Persalinan

2.4.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup ke dunia luar dari rahim melalui jalan atau jalan lain. Dalam ilmu ada berbagai jenis persalinan diantaranya adalah persalinan spontan, persalinan buatan, dan persalinan anjuran.(Setiyowati dkk., 2025)

2.4.2 Macam-Macam Persalinan

1. Persalinan Spontan

Persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu.

2. Persalinan Buatan

Persalinan dibantu dengan tenaga dari luar misalnya, eksraksi forceps, atau dilakukan operasi Setio Caesaria.

3. Persalinan Anjuran atau Induksi

Induksi persalinan merupakan tindakan yang dilakukan pada ibu hamil dengan merangsang timbulnya kontraksi rahim, sehingga persalinan dapat berjalan dengan lancar.(Fitriyah & Isfaizah, 2024)

2.4.3 Persalinan Berdasarkan Umur Kehamilan

1. Abortus

Penghentian kehamilan sebelum janin dapat hidup di luar rahim yaitu usia kurang dari 22 minggu usia kehamilan dengan berat janin kurang dari 500 gram.

2. Partus Immaturus

Pengehtian buah kehamilan antara 22 minggu hingga 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500gram dan 999gram.

3. Partus Prematurus

Penghentian buah kehamilan antara 28 minggu hingga 37 minggu atau bayi dengan berat badan antara 1000 gram dan 2499 gram.

4. Partus Maturus atau Aterm

Penghentian buah kehamilan antara 37 minggu hingga 40 minggu atau bayi dengan berat badan di atas 2500 gram.

5. Partus Postmaturus atau Serotinus

Pengeluaran buah kehamilan setelah kehamilan lebih dari 40 minggu.

2.4.4 Sebab Mulainya Persalinan

Menurut (Kurniarum, 2016) sebab mulainya persalinan belum diketahui dengan jelas. Banyaknya faktor yang menjadi peranan dan bekerjasama sehingga terjadi persalinan. Ada beberapa teori yang dikemukakan adalah : penurunan kadar progesteron, teori oxitosin, keregangan otot-otot, pengaruh janin, dan teori prostaglandin. Beberapa teori yang menyebabkan mulainya persalinan adalah sebagai berikut

1. Penurunan Kadar Progesteron

Progesterone menimbulkan relaxasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his. Proses penuaan plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu.

2. Teori Oksitosin

Kelenjar hipofisis pars posterior mengeluarkan oksitosin. Di akhir kehamilan, kadar progesteron menurun, sehingga oxitocin bertambah dan meningkatkan aktivitas otot rahim, menyebabkan kontraksi Braxton Hicks. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone juga dapat mengubah sensitivitas otot rahim, menyebabkan kontraksi saat tanda-tanda persalinan muncul.

3. Keregangan Otot-otot.

Otot rahim dapat meregang dalam batas tertentu. Proses persalinan dimulai ketika kontraksi melewati batas tertentu. Jika

dindingnya teregang oleh isi yang bertambah, kontraksi terjadi untuk mengeluarkan isinya, seperti yang terjadi pada lambung dan uretra. Demikian pula dengan rahim, otot-ototnya menjadi lebih rentan seiring perkembangan kehamilan. Pada kehamilan ganda, misalnya, kontraksi sering terjadi setelah keregangan tertentu, yang menyebabkan persalinan.

4. Pengaruh Janin

Hipofise dan kelenjar suprarenal janin rupa-rupanya juga memegang peranan karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasa, karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturasi janin, dan induksi (mulainya) persalinan.

5. Teori Prostaglandin

Sejak umur kehamilan lima belas minggu, prostaglandin dikeluarkan oleh desidua, sehingga konsentrasinya meningkat. Diduga salah satu faktor yang menyebabkan persalinan adalah prostaglandin yang diproduksi oleh desidua. Hasil penelitian menunjukkan bahwa prostaglandin F2 atau E2 yang diberikan secara intravena, intra dan ekstra amnial memicu kontraksi miometrium pada setiap usia kehamilan. Saat hamil, prostaglandin dapat menyebabkan kontraksi otot rahim agar hasil konsepsi dapat keluar. Ada kemungkinan bahwa prostaglandin bertanggung jawab atas

proses persalinan. Kadar prostaglandin yang tinggi dalam air ketuban dan daerah perifer ibu hamil baik sebelum melahirkan maupun selama persalinan mendukung hal ini.

2.4.5 Tanda-tanda Persalinan

Tanda-tanda persalinan menurut (Kurniarum, 2016)

- a. Timbulnya kontraksi uterus Biasa juga disebut dengan his persalinan yaitu his pembukaan yang mempunyai sifat sebagai berikut :
 1. Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan.
 2. Pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan
 3. Sifatnya teratur, inerval makin lama makin pendek dan kekuatannya makin besar
 4. Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan servik.
 5. Makin beraktifitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada servik (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit). Kontraksi yang terjadi dapat menyebabkan pendataran, penipisan dan pembukaan servik.
- b. Penipisan dan pembukaan servik
Penipisan dan pembukaan servik ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula.

c. Bloody Show (lendir disertai darah dari jalan lahir)

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

d. Premature Rupture of Membrane

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

2.4.6 Tahapan Persalinan

6. Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan servik hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I berlangsung 18 – 24 jam dan terbagi menjadi dua fase yaitu fase laten dan fase aktif.

a. Fase laten persalinan

- 1) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan servik secara bertahap

- 2) Pembukaan servik kurang dari 4 cm
 - 3) Biasanya berlangsung di bawah hingga 8 jam
- b. Fase aktif persalinan

Fase ini terbagi menjadi 3 fase yaitu akselerasi, dilatasi maximal, dan deselerasi

 - 1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih)
 - 2) Servik membuka dari 4 ke 10 cm biasanya dengan kecepatan 1 jam atau lebih perjam hingga pembukaan lengkap (10 cm)
 - 3) Terjadi penurunan bagian terendah janin
Kontraksi uterus mulai dari fundus dan terus menyebar ke depan dan ke bawah abdomen. Kontraksi berakhir dengan masa yang terpanjang dan sangat kuat pada fundus. Selagi uterus kontraksi berkontraksi dan relaksasi memungkinkan kepala janin masuk ke rongga pelvik.(Kurniarum, 2016)
Kala I dimulai dengan kontraksi uterus dan dilatasi serviks, terbagi menjadi dua fase yaitu fase laten dan fase aktif. Fase laten adalah pembukaan serviks 1–3 cm dan berlangsung sekitar 8 jam, sedangkan fase aktif adalah pembukaan serviks 4–10 cm berlangsung sekitar 6 jam. Fase laten tidak boleh

melebihi 20 jam pada wanita primigravida atau 14 jam pada wanita multigravida.

Servik Sebelum onset persalinan, servik berubah menjadi lembut:

- Effacement (penipisan) serviks berhubungan dengan kemajuan pemendekan dan penipisan serviks. Panjang serviks pada akhir kehamilan normal berubah
- ubah (beberapa mm sampai 3 cm). Dengan mulainya persalinan panjangnya serviks berkurang secara teratur sampai menjadi pendek (hanya beberapa mm). Serviks yang sangat tipis ini disebut sebagai menipis penuh
- Dilatasi berhubungan dengan pembukaan progresif dari serviks. Untuk mengukur dilatasi/diameter serviks digunakan ukuran centimeter dengan menggunakan jari tangan saat peeriksaan dalam. Serviks dianggap membuka lengkap setelah mencapai diameter 10 cm
- Blood show (lendir show) pada umumnya ibu akan mengeluarkan darah sedikit atau sedang dari serviks

7. Kala II

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

Tanda dan gejala kala II. Tanda-tanda bahwa kala II persalinan sudah dekat adalah:

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

Tabel 2. 4 Pemantauan pada Saat Kala II

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

His menjadi lebih kuat, kontraksinya selama 50 -100

detik, datangnya tiap 2-3 menit

- d) Ketuban biasanya pecah pada kala ini ditandai dengan keluarnya cairan kekuningkuningan sekonyong-konyong dan banyak
- e) Pasien mulai mengejan
- f) Pada akhir kala II sebagai tanda bahwa kepala sudah sampai di dasar panggul, perineum menonjol, vulva menganga dan rectum terbuka
- g) Pada puncak his, bagian kecil kepala nampak di vulva dan hilang lagi waktu his berhenti, begitu terus hingga

nampak lebih besar. Kejadian ini disebut “Kepala membuka pintu”

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

8. Kala III

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Berlangsung tidak lebih dari 30 menit sehingga dalam kasus ini tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

2.4.7 Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan normal menurut (Kurniarum, 2016)

1. Engagement

Bila diameter biparental kepala melewati pintu atas panggul (PAP) , kepala dikatakan telat menancap (engagement) pada pintu atas panggul.

2. Penurunan

Penurunan terjadi karena kekuatan yaotu tekanan pada cairan ketuban, tekanan langsung dari kontraksi fundus pada janin, dan kontraksi diafragma serta otot-otot abdomen ibu ditahap kedua persalinan.

3. Fleksi

Fleksi kepala janin memasuki ruang panggul dengan ukuran yang paling kecil yaitu dengan diameter suboccipito bregmatikus (9,5 cm) menggantikan suboccipito frontalis (11 cm). Fleksi disebabkan karena janin didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir PAP, servik, dinding panggul atau dasar panggul.

4. Putaran Paksi Dalam

Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symphisis.

5. Ekstensi

Setelah putaran paksi dalam selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan di atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk dapat melewati pintu bawah panggul.

6. Putaran Paksi Luar

Di dalam rongga panggul bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya hingga di dasar panggul, apabila kepala telah dilahirkan bahu akan berada dalam posisi depan belakang.

7. Eksplusi

Setelah bahu keluar, kepala dan bahu di angkat keatas tulang ibu dan badan bayi dikeluarkan dengan fleksi lateral kearah simfisis pubis.

2.4.8 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

1. Passage

Passage dibagi menjadi dua bagian tulang panggul berbeda:

bagian keras (rangka panggul) dan bagian lunak (otot, jaringan, dan ligamen).

2. Power

Power adalah kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan adalah : his, kontraksi otot perut, kontraksi diafragma, dan ligamen.

3. Passanger

Faktor janin, yang meliputi sikap janin, letak janin, presentasi janin, bagian terbawah dan posisi janin.

2.4.9 Teori Benang Merah

Ada lima aspek dasar atau lima benang merah, yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologis.

1. Membuat Keputusan Klinik

Membuat keputusan klinik adalah proses pemecahan masalah yang akan digunakan untuk merencanakan arahan bagi ibu dan bayi baru lahir. Tujuh langkah dalam membuat keputusan klinik:

- a. Pengumpulan data utama dan relevan untuk membuat keputusan.
- b. Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah.
- c. Membuat diagnosis atau menentukan masalah yang terjadi.
- d. Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk mengatasi masalah.
- e. Menyusun rencana pemberian intervensi untuk solusi masalah.
- f. Memantau dan mengevaluasi efektivitas asuhan atau intervensi.

2. Asuhan Sayang Ibu dan Sayang Bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, Mepercayaan, dan keinginan sang ibu. Salah satu prinsip dasarnya adalah mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Perhatian dan dukungan kepada ibu selama proses persalinan akan mendapatkan rasa aman dan keluaran yang lebih baik. Juga mengurangi jumlah persalinan dengan tindakan (ekstraksi vakum, cunam, dan seksio sesar) dan persalinan akan berlangsung lebih cepat.

3. Pencegahan Infeksi

Prinsip-prinsip pencegahan infeksi:

- a. Setiap orang harus dianggap dapat menularkan penyakit.
- b. Setiap orang harus dianggap berisiko terkena infeksi.

- c. Permukaan ben di sekitar kita, peralatan atau benda- benda lainnya yang akan dan telah bersentuhan dengan permukaan kulit yang tak utuh, lecet selaput mukosa atau darah harus dianggap terkontaminasi, sehingga harus diproses secara benar.
 - d. Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatanatau benda lainnya telah diproses, maka semua itu harus dianggap masih terkontaminasi.
 - e. Risiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, tapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan mnerapkan tindakan-tindakan pencegahan infeksi secara benar dan konsisten.
4. Pencatatan (rekam medis) aspek-aspek penting dalam pencatatan:
- a. Tanggal dan waktu asuhan tersebut diberikan.
 - b. Identifikasi penolong persalinan.
 - c. Paraf atau tandatangan (dari penolong persalinan) pada semua catatan.
 - d. Mencakup informasi yang berkaitan secara tepat,dicatat dengan jelas, dan dapat dibaca.
 - e. Ketersediaan sistem penyimpanan catatan atau data pasien.
 - f. Kerahasiaan dokumen-dokumen medis.

5. Rujuk

Meskipun sebagian besar ibu menjalani persalinan normal, tetapi sekitar 10-15% diantaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran sehingga perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan. Sangat sulit untuk mengetahui kapan masalah akan muncul, jadi penting untuk mempersiapkan ibu dan bayinya untuk dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan secara efektif dan tepat waktu jika masalah muncul. Setiap tenaga penolong di fasilitas pelayanan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan terdekat yang dapat menangani kegawatdaruratan obstetri dan kelahiran bayi baru lahir. Faktor penting dalam menyiapkan rujukan ibu

Bidan : pastikan pasien didampingi oleh penolong yang kompeten

- a) Alat : membawa perlengkapan alat-alat untuk persalinan
- b) Keluarga : beritahu keluarga kondisi ibu harus di rujuk
- c) Surat : memberikan surat keterangan rujukan ke tempat rujukan
- d) Obat : membawa obat-obat esensial pada saat merujuk
- e) Kendaraan : menyiapkan kendaraan saat pada merujuk
- f) Uang : memberitahu keluarga untuk mempersiapkan uang dalam jumlah yang cukup untuk keperluan di fasilitas rujukan
- g) Darah : menyiapkan cadangan pendonor darah jika sewaktu-waktu di perlukan

2.4.10 Teori Penapisan

Penapisan persalinan adalah kegiatan untuk mengidentifikasi dini masalah atau penyulit yang mungkin terjadi pada ibu hamil dan bersalin. Penolong persalinan harus selalu waspada terhadap kemungkinan timbulnya masalah atau penyulit selama proses persalinan. Terdapat 19 penapisan persalinan :

1. Riwayat SC
2. Perdarahan per Vaginam
3. Persalinan kurang bulan (<37 minggu)
4. Ketuban Pecah disertai mekonium kental
5. Ketuban pecah lama (> 24 jam)
6. Ketuban pecah dini (< 37 minggu)
7. Ikterus
8. Anemia berat
9. Tanda gejala infeksi
10. Preeklamsia / Hipertensi dalam kehamilan
11. TFU > 40 cm
12. Gawat janin
13. Primipara dalam fase aktif kala 1 persalinan dan kepala janin masih 5/5
14. Presentasi bukan kepala
15. Presentasi majemuk (ganda)
16. Presentasi ganda (gemeli)

17. Tali pusat menumbung
18. Syok
19. Penyakit-penyakit yang menyertai

2.5 Ketuban Pecah Dini

2.5.1 Pengertian Ketuban Pecah Dini

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah kondisi dimana selaput ketuban pecah sebelum dimulainya proses persalinan. Kondisi ini menjadi salah satu komplikasi yang dapat menimbulkan resiko serius bagi ibu dan bayi. Komplikasi yang mungkin terjadi antara lain infeksi intrapartum, prematuritas, asfiksia, dan gangguan pernafasan pada bayi.(Lestari Puji Astuti, 2025)

2.5.2 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala dari ketuban pecah dini adalah keluarnya cairan dari vagina. Berbeda dengan urine, air ketuban biasanya tidak memiliki warna dan berbau khas, biasanya pecahnya air ketuban tidak bisa ditahan sehingga mengalir terus menerus, bisa secara perlahan maupun deras. Apabila pecahnya ketuban disertai dengan infeksi, maka timbul beberapa gejala lain seperti demam, nyeri perut, detak jantung janin meningkat.

2.5.3 Penatalaksanaan KPD

Prinsip utama penatalaksanaan KPD yaitu untuk mencegah mortalitas dan morbidilitas pada ibu dan bayi yang dapat meningkat karena infeksi atau akibat kelahiran preterm <37 minggu. Resiko infeksi

intra uteri akan semakin meningkat dengan durasi KPD yang lama. Selain itu perlu diperhatikan usia gestasi dari ibu karena hal ini berkaitan dengan proses kematangan organ janin. Ada 2 macam penatalaksanaan pada KPD, yaitu : (Marlina, 2020)

1. Penatalaksanaan Aktif

Merupakan manajemen yang melibatkan klinisi untuk lebih aktif mengintervensi persalinan. Pada kehamilan ≥ 37 minggu, lebih baik diinduksi lebih awal (terminasi). Namun, apabila pasien memilih manajemen eksperatif, perlu didiskusikan terlebih dahulu dengan pasien maupun keluarga pasien. Berdasarkan penelitian, penggunaan oksitosin lebih dipilih daripada prostaglandin, dikarenakan prostaglandin dapat meningkatkan risiko chorioamnionitis dan infeksi neonatal lebih tinggi daripada induksi persalinan dengan oksitosin Penggunaan kortikosteroid juga telah diuji dapat menurunkan risiko respiratory distress syndrome, perdarahan intraventrikular, enterokolitis nekrotikan, dan mungkin dapat menurunkan angka kematian neonatus (Departement of Health, Government of Western Australia , 2015)

2. Penatalaksanaan Eksperatif

Merupakan metode penanganan tanpa intervensi. Penatalaksanaan ketuban pecah dini: Jika hamil aterm atau cukup bulan, ketuban pecah lebih dari 8 jam, kehamilan dihentikan dengan induksi persalinan dengan misoprostol atau oksitosin

sambil diperhatikan kesehatan janin, termasuk denyut jantung dan kontraksi Rahim. (Soeri Oetami, 2022)

2.5.4 Asuhan KPD

Bahaya paling besar dari ketuban pecah dini adalah bahaya infeksi intra uterin yang mengancam keselamatan ibu dan janinnya. Bidan dapat melakukan intervensi apabila telah ditunggu belum ada tanda akan terjadi persalinan segera lakukan rujukan ke rumah sakit yang dapat melakukan intervensi khusus. Bila mungkin berikan antibiotik untuk menghindari kemungkinan infeksi. Hindari terlalu sering melakukan periksa dalam karena akan menambah beratnya infeksi (Aryuniesta, 2017).

Prinsip penanganan persalinan lama adalah menilai keadaan umum wanita tersebut termasuk tanda vital dan tingkat hidrasinya, periksa denyut jantung janin jika terdapat gawat janin segera lakukan penanggala khusus seperti terminasi kehamilan dengan Sectio Caesarea. Instruksi dokter dalam menangani partus lama dilaksanakan sesuai dengan prosedur tetap yang berlaku dan pemantauan dilakukan secara baik(Yuhana, 2022)

2.5.5 Pemeriksaan Pendukung

Pemeriksaan lain untuk mendukung penegakan diagnose ketuban pecah dini dengan menggunakan tes laksmus(nitrazin test). Pada pemeriksaan menggunakan kertas nitrazin akan berubah menjadi warna biru apabila cairan vagina memiliki pH basa. Apabila

selaput ketuban masih utuh, maka kertas nitrazin tetap berwarna merah(Aristina, 2023)

2.6 Teori Induksi Persalinan

2.6.1 Pengertian Induksi Persalinan

Induksi persalinan adalah dilakukannya stimulasi buatan terhadap kontraksi uteri sebelum terjadi awitan sesungguhnya dari persalinan spontan yang dilakukan untuk mencapai persalinan pervaginam.(Adaniyah dkk., 2021)

Induksi persalinan merupakan salah satu metode yang sering digunakan pada persalinan normal apabila terdapat indikasi yang menyebabkan persalinan spontan tidak berjalan lancar. Indikasi persalinan lewat waktu pada ibu diantaranya kehamilan lewat waktu, ketuban pecah dini, hipertensi kehamilan, preeklamsia, insufisiensi plasenta, riwayat diabetes dan penyakit ginjal sedangkan pada janin diantaranya yang paling banyak adalah IUFD. (Nur Rohmah dkk., 2020)

2.6.2 Indikasi Induksi Persalinan

Indikasi umum Induksi persalinan (Thursina Vera Hayati, 2023)

1. Ketuban Pecah Dini
2. Hipertensi Gestasional
3. Oligi Hydroamnion
4. Kehamilan lewat waktu (serotinus)
5. Malpresentasi

6. Diabetes Melitus

2.6.3 Kontraindikasi Induksi Persalinan

Ada beberapa kontraindikasi induksi persalinan menurut

1. Kontraindikasi pada bayi
 - a. Malpresentasi
 - b. Bekas operasi SC
 - c. Plasenta previa totalis
 - d. Makrosomia
2. Kontraindikasi pada ibu
 - a. Ibu dengan tinggi badan kurang <150cm
 - b. Panggul sempit
 - c. Herpes genatalia
 - d. Kanker serviks

2.6.4 Metode Pemberian Induksi Persalinan

Metode pemberian induksi persalinan menurut(reni, 2017)

1) Oksitosin

Oksitosin merupakan preparat yang sering digunakan untuk induksi persalinan, tetapi kegagalan induksi dengan oksitosin sering terjadi walaupun komplikasi pada janin dan ibu kurang, karena dapat terkontrol dosisnya. Efek samping pemberian oksitosin pada ibu hamil yaitu rasa mual, muntah dan intoksikasi air.

2) Misoprostol

Misoprotol dapat menjadi alternatif pilihan karena sebagai analog prostaglandin yang memiliki keunggulan karena efektifitasnya, harga yang relatif murah, stabilitasnya dalam kondisi panas, kemudahan dalam penggunaan dan efek samping yang kecil dan efek samping yang cukup besar pada misoprostol adalah ruptur uteri. Penanganan bila terjadi ruptur uteri yaitu akan dilakukan histerorafi atau histerektomi.

2.7 Teori Nifas

2.7.1 Pengertian Nifas

Masa nifas (postpartum period) adalah masa setelah melahirkan hasil konsepsi dan terjadi perubahan fisiologis dan anatomi ibu kembali ke keadaan tidak hamil. Masa postpartum dimulai setelah pengeluaran plasenta sampai pemulihan fisiologis dari sistemorgan.

Adaptasi fisiologis merupakan proses kembalinya kondisi fisik dan sistem organ tubuh ibu seperti sebelum hamil, sedangkan adaptasi psikologis meliputi perubahan emosional dan kesehatan mental. Hal tersebut menyebabkan ibu nifas mengalami penurunan dari segi fisik, psikologis, dan sosial. (Ermawati, 2020)

2.7.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas

Menurut (Wulan Wijaya, dkk 2023) tujuan asuhan masa nifas, antara lain sebagai berikut :

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun psikologis dimana dalam asuhan pada masa ini peranan keluarga sangat penting, dengan pemberian nutrisi, dukungan psikologi maka kesehatan ibu dan bayi selalu terjaga.
- b. Melaksanakan skrining yang komprehensif (menyeluruh) dimana bidan harus melakukan manajemen asuhan kebidanan pada ibu masa nifas secara sistematis yaitu mulai pengkajian, interpretasi data dan analisa masalah, perencanaan, penatalaksanaan dan evaluasi. Sehingga dengan asuhan kebidanan masa nifas dan menyusui dapat mendeteksi segera dini penyulit maupun komplikasi yang terjadi pada ibu dan bayi.
- c. Melakukan rujukan secara aman dan tepat waktu bila terjadi penyulit atau komplikasi pada ibu dan bayinya, ke fasilitas pelayanan rujukan.
- d. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan nifas dan menyusui, kebutuhan nutrisi, perencanaan pengaturan jarak kelahiran, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya, perawatan bayi sehat serta memberikan pelayanan keluarga berencana, sesuai dengan pilihan ibu.

2.7.3 Tahapan Masa Nifas

Berikut ini adalah tahapan pada masa nifas antara lain sebagai berikut:

1. Periode Immediate Postpartum

Masa segera setelah plasenta lahir hingga 24 jam. Karena atonia uteri sering menyebabkan perdarahan postpartum, fase ini sangat penting. Oleh karena itu, bidan harus memantau kontraksi uterus, pengeluaran lochea, kandung kemih, tekanan darah, dan suhu secara teratur.

2. Periode Early Postpartum (>24 Jam-1 Minggu)

Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lokia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3. Periode Late Postpartum (>1 Minggu-6 Minggu)

Pada periode ini bidan tetap melakukan asuhan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling perencanaan KB.

4. Remote Puerperium

Adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki penyulit atau komplikasi.

2.7.4 Tanda Bahaya Masa Nifas

Tanda bahaya masa nifas merupakan suatu tanda abnormal yang mengindikasikan adanya bahaya atau komplikasi yang dapat terjadi selama masa nifas(Kristiningtyas dkk., 2022)

1. Perdarahan pervaginam

Perdarahan pervaginam sering terjadi pada ibu post partum, dikatakan perdarahan jika darah yang keluar lebih dari 500 cc

selama 24 jam pertama setelah kelahiran bayi. Perdarahan pervaginam seringkali menjadi masalah serius yang sering di temukan di bagian obstetrik.

2. Infeksi masa nifas

Beberapa bakteri bisa menyebabkan infeksi pada saat masa nifas. Gejala umum infeksi dapat dilihat dari temperatur atau peningkatan suhu tubuh, kemerahan, rasa nyeri dan keluar cairan dari daerah infeksi.

3. Sakit kepala hebat, nyeri pada ulu hati, pandangan mata kabur juga menjadi salah satu permasalahan pada masa nifas karena bisa menyebabkan preeklamsi masa nifas

4. Psikologis

Ada beberapa gangguan psikologis pada ibu pasca melahirkan seperti keadaan mudah menangis tanpa sebab, mudah tersinggung, merasa dirinya tidak mampu untuk mengurus bayinya. Ibu pasca melahirkan membutuhkan support dari keluarga terutama dari suami. Karena pada masa nifas

2.7.5 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Pada masa nifas terjadi perubahan fisiologis, sebagai berikut :

1. Perubahan sistem reproduksi
 - a. Perubahan kelenjar mamae
 - b. Involusi Uteri atau kembalinya uterus yang berangsur-angsur seperti keadaan sebelum hamil

Tabel 2. 5 Involusi Uteri

| Involus | Tinggi Fundus Uteri | Berat Uterus |
|----------------|-------------------------------|--------------|
| Bayi lahir | Setinggi pusat | 1000 gram |
| Plasenta lahir | 2 jari dibawah pusat | 750 gram |
| 1 minggu | Pertengahan pusat-sympisis | 500 gram |
| 2 minggu | Tidak teraba di atas sympisis | 350 gram |
| 6 minggu | Bertambah kecil | 50 gram |
| 8 minggu | Sebesar normal | 30 gram |

(Dewi, 2020)

c. Lochea

Lochea adalah keluaran cairan rahim selama nifas, yang

terdiri dari darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik.

Reaksi basa/alkalis Lochea dapat membuat organisme

berkembang lebih cepat daripada kondisi asam vagina normal.

Lochea memiliki bau amis atau anyir yang mirip dengan

darah menstruasi, tetapi tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lochea yang berbau tidak sedap menunjukkan bahwa ada infeksi dan bahwa lochea berubah karena involusi.(Machfudloh dkk., 2020)

Lochea dapat dibagi menjadi lochea rubra, loche sanguinolenta, lochea serosa, lochea alba

- Rubra (1-3 hari) merah kehitaman yang terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah.
- Sanguinolenta (3-7 hari) berwarna putih bercampur merah, sisa darah bercampur lendir
- Serosa (7-14 hari) kekuningan atau kecoklatan, lebih sedikit darah dan lebih banyak serum. Juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta.
- Alba (>14 hari) berwarna putih mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.

2. Perubahan sistem pencernaan

Pasca melahirkan, kadar hormon progesteron mulai menurun. Tetapi faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal. Beberapa perubahan pada sistem pencernaan antara lain :

- a. Nafsu makan

Pemulihan nafsu makan biasanya diperlukan sekitar 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal.

b. Motilitas

Penurunan tonus dan motilitas cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anestesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas dalam keadaan normal.

c. Pengosongan usus

Pasca melahirkan ibu sering kali mengalami konstipasi. Hal ini dikarenakan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan pada masa postpartum. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali.

3. Perubahan sistem perkemihan

Setelah proses persalinan biasnya ibu mengalami kesulitan buang air kecil pada 24 jam pertama. Kondisi ini dikarenakan terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih setelah bagian ini mengalami tekanan antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung.

2.7.6 Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

Kebutuhan dasar ibu nifas pada masa nifas untuk mempercepat proses involusi dan memperlancar laktasi selain personal hygiene yang terpenting adalah pemenuhan asupan gizi pada masa nifas.

(Diah Winatasari, 2020)

1. Nutrisi

Kekukupan energi selama kehamilan, yaitu tambahan energi selama kehamilan yaitu tambahan energi sekitar 285 - 300 kalori/hari (2-3 piring) terutama pada trimester 2 dan 3, dan komposisi gizi seimbang yaitu karbohidrat, protein, lemak, vitamin, dan mineral.

2. Karbohidrat

Sumber karbohidrat bahwa karbohidrat mempunyai manfaat sebagai sumber energi yang dapat diperoleh dari sumber makanan gandum, beras, kentang, singkong, ubi jalar, jagung, kacang-kacang kering, dan gula.

3. Protein

Protein membantu dalam memperbesar dan menguatkan uterus, kelenjar susu dan jaringan lain. Mendukung saat kehamilan.

Mempersiapkan saat menyusui

Sumber: daging sapi, ayam, ikan/ makanan laut lainnya, telur, susu, tempe dan kacang-kacangan.

4. Serat

Sumber serat mempermudah ekskresi dan meningkatkan kekuatan otot serta penambahan cairan tubuh, sumber: sayur dan buah-buahan.

5. Vitamin dan Mineral

Vitamin A, B, C, dan D. Jenis mineral yaitu : Kalsium, Fosfor, Fe, Zinc, dan Asam Folat.

6. Cairan

Cairan bahwa cairan digunakan untuk mencegah dehidrasi dan mencegah konstipasi. Kebutuhannya: 2,5-3 liter/hari.

Permasalahan yang biasanya muncul jika mengalami kekurangan nutrisi bagi ibu dan bayi, yaitu :

1. Bayi

Permasalahan yang mungkin muncul akibat kekurangan nutrisi pada janin: Lahir prematur, Lahir meninggal , Gangguan pertumbuhan intra uterin, Pertumbuhan volume otak, Bayi lahir selamat tetapi ada hambatan pertumbuhan setelah kelahiran.

2. Ibu

Permasalahan yang mungkin muncul akibat kekurangan nutrisi pada ibu Anemia, Penurunan daya tahan tubuh, Perdarahan selama kehamilan dan pesalinan.

2.7.7 Adaptasi Psikologis Masa Nifas

Adaptasi psikologis masa nifas terbagi menjadi 3 fase, yaitu:

a. Fase Taking In

Fase hari ke 1 dan 2 dimana merupakan fase ibu tergantung dengan orang lain. Lebih fokus pada dirinya sendiri.

b. Fase Taking Hold

Fase yang berlangsung dari hari ketiga sampai kesepuluh setelah proses persalinan. Ibu cemas tidak bisa merawat bayinya, lebih sensitif, mudah tersingung.

c. Fase Letting Go

Pada fase ini berlangsung kurang lebih sepuluh hari, ibu menerima peran dan tanggung jawabnya sebagai seorang ibu.

2.7.8 Standar Kunjungan Nifas

Pelayanan kesehatan ibu nifas merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu nifas sesuai standar yang dilakukan minimal 4 kali kunjungan dengan jadwal yang telah ditentukan.

1. Kunjungan nifas pertama/KF 1 (6 jam – 2 hari)

Pada kunjungan pertama, asuhan yang diberikan yaitu melakukan pencegahan perdarahan dan memberikan edukasi tentang pencegahan akibat atonia uteri, mendekksi dan perawatan lain perdarahan serta melakukan rujukan jika diperlukan. Selain itu edukasi tentang pemberian ASI awal dan meningkatkan hubungan antara ibu dan bayi.

2. Kunjungan nifas kedua/KF 2 (3 hari – 7 hari)

Pada kunjungan kedua, asuhan yang diberikan yaitu memastikan involusi uteri berjalan dengan normal, kontraksi uterus keras, dan TFU di bawah pusat dan tidak terjadi perdarahan yang abnormal. Selain itu menilai apakah ada tanda-tanda infeksi pada ibu, mematikan ibu beristirahat cukup dan mengkonsumsi nutrisi

yang seimbang. Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir dan memastikan bayi menyusu dengan baik.

3. Kunjungan nifas ketiga/KF 3 (8 hari – 28 hari)

Pada kunjungan ketiga, asuhan yang diberikan yaitu sama dengan asuhan nifas yang diberikan pada kunjungan kedua.

4. Kunjungan nifas keempat (29 hari – 42 hari)

Pada kunjungan keempat, asuhan yang diberikan yaitu konseling mengenai kontrasepsi secara dini dan menanyakan kesulitan apa yang di alami ibu selama nifas.

2.8 Teori Bayi Baru Lahir

2.8.1 Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai APGAR >7 dan tanpa cacat bawaan.(Octaviani Chairunnisa & Widya Juliarti, 2022)

2.8.2 Ciri-Ciri Bayi Normal

Menurut (Mona Rian Manik, 2020)ciri-ciri bayi normal yaitu :

- a. Berat badan lahir 2500-4000 gram.
- b. Panjang badan 48-52 cm.
- c. Lingkar dada 30-38 cm.
- d. Lingkar kepala 33-35 cm.
- e. Denyut jantung 120-140 kali/menit.

- f. Pernafasan 30-60 kali/menit.
- g. Kulit kemerahan
- h. Rambut kepala tampak sempurna.
- i. Gentalia bayi normal
- j. Reflek primitif aktif
- k. Eliminasi baik
- l. Nilai APGAR >7

2.8.3 Adaptasi Fisiologi BBL

Konsep mengenai adaptasi bayi baru lahir menurut teori Julina Br Sembiring (2019) adalah sebagai berikut:

- 1. Memulai segera pernapasan dan perubahan dalam pola sirkulasi konsep ini merupakan hal yang esensial pada kehidupan ekstauterin.
- 2. Dalam 24 jam setelah lahir, sistem ginjal mempertahankan kehidupan ekstauteri. memadai untuk.

2.8.4 Penilaian APGAR

Interpretasi :

- a. Nilai 1-3 : asfiksia berat
- b. Nilai 4-6 : asfiksia sedang
- c. Nilai 7-8 : asfiksia ringan

Tabel 2. 6 Penilaian APGAR Score

| Tanda | 0 | 1 | 2 |
|-----------------------------|-----------|---|--|
| Apperance (warna kulit) | pucat | Badan merah, ekstermitas biru $< 100x/\text{menit}$ | Seluruh tubuh kemerahan $> 100x/\text{menit}$ |
| Pulse rate (frekuensi nadi) | Tidak ada | | |
| Grimance (reaksi rangsang) | Tidak ada | Sedikit gerakan | Batuk/bersin |
| Activity (tonus otot) | Tidak ada | Ektermitas dalam sedikit fleksi | Gerakan aktif |
| Respiration (pernafasan) | Tidak ada | Lemah/tidak teratur | Baik/menangis |

2.8.5 Tanda Bahaya BBL

Tanda bahaya bayi baru lahir yaitu :

- a. Tidak mau menetek
- b. Kejang
- c. Bayi bergerak jika dirangsang
- d. Kecepatan pernafasan $>60x/\text{menit}$ atau lambat $<30x/\text{menit}$
- e. Ada tarikan dinding dada yang dalam
- f. Suhu lebih $>37,2^{\circ}\text{C}$
- g. Merintih
- h. Keluar nanah di bagian mata
- i. Pusar kemerahan
- j. Sianosis

2.8.6 Standar Asuhan Bayi Baru Lahir

Standar Asuhan pada bayi baru lahir menurut(Octaviani Chairunnisa & Widya Juliarti, 2022) yaitu

- a. membersihkajalan nafas dan memelihara kelancaran pernafasan.
- b. Perawatan tali pusat
- c. Menjaga kehangatan dan menghindari panas yang berlebihan.
- d. Menilai segera bayi baru lahir seperti nilai APGAR.
- e. Membersihkan badan bayi dan memberikan identitas.
- f. Melakukan pemeriksaan fisik yang terfokus pada bayi baru lahir dan screening untuk menemukan adanya tanda kelainan-kelainan pada bayi baru lahir yang tidak memungkinkan untuk hidup.
- g. Mengatur posisi bayi pada waktu menyusui. Memberikan imunisasi pada bayi. Melakukan tindakan pertolongan kegawatdaruratan pada bayi baru lahir, seperti bernafas/asfiksia, hipotermi, hypoglikemia.

2.8.7 Standar Kunjungan BBL

- a. Kunjungan neonatal pertama/KN 1 (6 jam – 48 jam)

Pada kunjungan neonatal pertama, diberikan asuhan seperti pemeriksaan bayi baru lahir, menjaga kehangatan bayi agar tidak terjadi hipotermi, memberikan ASI pertama, melakukan perawatan tali pusat sertam memantau tanda-tanda vital serta menjaga kebersihan bayi.

- b. Kunjungan neonatal kedua/KN 2 (3 hari – 7 hari)

Pada kunjungan neonatal kedua, diberikan asuhan pemeriksaan ulang keadaan umum bayi, tanda-tanda vital, dsn pengukuran antropometri, tetap mejaga kehangatan bayi dan menganjurkan ibu untuk melakukan perawatan tali pusat serta memberikan ASI secara eksklusif yaitu menyusui bayi sesering mungkin (on demand)

c. kunjungan neonatal ketiga/KN 3 (8 hari – 28 hari)

Pada kunjungan neonatal ketiga, diberikan asuhan yaitu melakukan evaluasi keadaan umum bayi baik, mengobservasi tanda-tanda vital, memantau berat badan bayi, menjaga kehangatan bayi, menganjurkan ibu untuk selalu menjaga kebersihan bayinya, menganjurkan ibu untuk memberikan bayi ASI dan memberitahu tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir.

2.9 Asuhan Komplementer Breast Care pada Masa Nifas

2.9.1 Breast Care

1. Pengertian Breast Care

Salah satu upaya untuk mengurangi masalah pada payudara selama menyusui adalah perawatan payudara atau breast care. Perawatan payudara saat masa nifas adalah sebagai upaya merawat payudara selama menyusui meningkatkan produksi ASI serta untuk mengatasi berbagai masalah yang terjadi selama menyusui Perawatan payudara dapat dilakukan mulai hari pertama atau kedua setelah melahirkan karena sangat bermanfaat salah satunya mencegah payudara Bengkak. Perawatan payudara dapat

membantu mengurangi pembengkakan akibat akumilasi ASI di payudara sehingga menyebabkan payudara mengalami pembengkakan

2. Bendungan ASI

Bendungan ASI dapat terjadi karena adanya penyempitan duktus laktiferus pada payudara ibu dan dapat terjadi apabila ibu memiliki kelainan puting susu misalnya puting susu datar, terbenam dan cekung. Kejadian ini biasanya disebabkan karena air susu yang terkumpul tidak segera dikeluarkan sehingga menjadi sumbatan. Gejala yang sering muncul pada saat terjadi bendungan ASI antara lain payudara bengkak, payudara terasa panas dan keras, payudara terasa nyeri saat di tekan, payudara berwarna kemerahan.

Perawatan payudara merupakan suatu tindakan yang sangat penting untuk merawat payudara terutama untuk memperlancar ASI. Perawatan payudara sangat penting salah satunya merangsang kelenjar-kelenjar dan hormon prolaktin dan oksitosin untuk meningkatkan produksi ASI lancar(Yenny Aulya, 2021)

3. Cara Melakukan Breast Care

- a. Mengatur posisi ibu (duduk dengan nyaman)
- b. Memasang handuk sambil membuka pakaian atas
- c. Memeriksa puting, dan mengompres puting menggunakan baby oil selama 2 menit.

- d. Membersihkan puting
- e. Melicinkan telapak tangan menggunakan minyak kelapa atau baby oil dengan mengajari ibu untuk juga melicinkan tanganya
- f. Melakukan pengurutan I : telapak tangan berada di tengah-tengah payudara dengan posisi ibu jari di bawah, pemijatan dari atas memutar ke bawah kemudian telapak tangan kiri memutar kearah kiri bawah, setelah telapak tangan berada di bawah lepaskan dari payudara.
- g. Melakukan pengurutan II : menyokong payudara dengan satu tangan sedangkan tangan yang lain mengurut payudara dengan sisi kelingking dari arah tepi kearah puting.
- h. Melakukan pengurutan III : menyokong payudara dengan satu sedangkan tangan yang lain mengurut payudara dengan tinju tangan (posisi mengepal) dari arah pangkal keujung puting.
- i. Mengulangi gerakan sebanyak 20-30 kali pada tiap payudara.
- j. Melakukan kompres pada kedua payudara dengan menggunakan waslap hangat, lalu ganti dengan kompres waslap dingin (kompres bergantian) dan diakhiri dengan kompres hangat.
- k. Mengeringkan payudara dengan handuk

1. Mengeluarkan ASI dengan posisi ibu jari berada dibagian atas payudara dan jari telunjuk dibagian bawah payudara (kira-kira 2,5-3cm dari puting susu)
- m. Menganjurkan ibu untuk menggunakan BH yang tidak ketat dan menyokong payudara.

2.10 Manajemen Kebidanan

2.10.1 Asuhan Kebidanan

Manajemen Kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien.

Asuhan Kebidanan Varney

1) Langkah 1: Pengkajian (Pengumpulan Data Dasar)

Pada langkah pertama ini, informasi yang akurat dan lengkap dikumpulkan dari berbagai sumber terkait dengan situasi klien. Untuk mendapatkan data, anamnesis, pemeriksaan fisik sesuai kebutuhan, dan pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan khusus, dan pemeriksaan penunjang dapat dilakukan.

2) Langkah 2: Identifikasi Diagnosis dan Masalah

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan

interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik.

3) Langkah 3: Identifikasi Diagnosis dan Masalah Potensial

Pada langkah ini, kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah diidentifikasi sebelumnya. Jika memungkinkan, antisispasi diperlukan untuk mengamati klien sehingga mereka dapat mempersiapkan diri untuk ketika diagnosis atau masalah benar-benar terjadi.

4) Langkah 4: Identifikasi Kebutuhan Segera

Pada tahap ini, bidan mengidentifikasi kebutuhan untuk tindakan segera, berkonsultasi, dan bekerja sama dengan tenaga kesehatan lain sesuai dengan kondisi klien. Mereka juga mengidentifikasi kebutuhan untuk konsultasi atau perawatan bersama dengan anggota tim kesehatan lainnya sesuai kondisi klien.

5) Langkah 5: perencanaan Asuhan Menyeluruh (Intervensi)

Pada langkah ini bidan merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana asuhan bersama klien kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya.

6) Langkah 6: Pelaksanaan Rencana Asuhan (Implementasi)

Pada langkah ini dilakukan pelaksanaan asuhan langsung secara efisien dan aman.

7) Langkah 7: Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektivan asuhan yang telah diberikan. Hal yang dievaluasi meliputi apakah kebutuhan telah terpenuhi dan mengatasi diagnosis masalah dan masalah yang telah diidentifikasi.

Pendokumentasian Asuhan SOAP

Untuk mengetahui apa yang telah dilakukan oleh seorang bidan melalui proses berpikir sistematis, didokumentasikan dalam bentuk SOAP:

1) S (Subjektif)

Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis (Langkah 1 Varney).

2) O (Objektif)

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan uji diagnosis lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan (Langkah 1 Varney).

3) A (Pengkajian/Assesment)

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi.

4) P (Planning/Penatalaksanaan)

Menggambarkan pendokumentasian tindakan dan evaluasi perencanaan berdasarkan assessment.

2.10.2 Landasan Hukum Kewenangan

Bidan

1. Landasan Hukum

Undang-undang baru. Undang-undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang kebidanan dalam lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 56 dan penjelasan atas UU No.4 Tahun 2019. Yang tertuang dalam pasal:

a. Pasal 41

1) Praktik Kebidanan dilakukan di:

a) Tempat Praktik Mandiri Bidan dan

b) Fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya.

2) Praktik Kebidanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dilakukan sesuai dengan kompetensi dan kewenangan serta mematuhi kode etik, standar profesi, standar pelayanan profesi, dan standar prosedur operasional.

b. Pasal 42

1) Pengaturan, penetapan dan pembinaan Praktik Kebidanan dilaksanakan oleh Konsil.

2) Konsil sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan bagian dari Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia yang diatur dengan Peraturan Presiden.

c. Pasal 43

1) Bidan lulusan pendidikan diploma tiga hanya dapat melakukan Praktik Kebidanan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

2) Bidan lulusan pendidikan profesi dapat melakukan Praktik Kebidanan di Tempat Praktik Mandiri Bidan dan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya.

3) Praktik Mandiri Bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan hanya pada 1 (satu) Tempat Praktik Mandiri Bidan.

d. Pasal 44

1) Bidan lulusan pendidikan profesi yang menjalankan Praktik Kebidanan di Tempat Praktik Mandiri Bidan wajib memasang papan nama praktik.

2) Ketentuan mengenai papan nama praktik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

3) Bidan yang tidak memasang papan nama praktik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikenai sanksi administratif berupa:

a. teguran lisan;

b. peringatan tertulis;

c. denda administratif; dan/atau

d. pencabutan izin.

4) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pengenaan sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur dengan Peraturan Menteri.

e. Pasal 45

1) Bidan yang menjalankan Praktik Kebidanan di Tempat Praktik Mandiri Bidan wajib melengkapi sarana dan prasarana pelayanan sesuai dengan standar pelayanan dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

2) Bidan yang tidak melengkapi sarana dan prasarana pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikenai sanksi administratif berupa:

a) teguran lisan;

b) peringatan tertulis;

c) denda administratif; dan/atau

d) pencabutan izin.

3) Ketentuan mengenai tata cara pengenaan sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur dengan Peraturan Menteri.

f. Pasal 46

1) Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan bertugas memberikan pelayanan yang meliputi:

- a) pelayanan kesehatan ibu
- b) pelayanan kesehatan anak
- c) pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana;
- d) pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang; dan/atau
- e) pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu

2) Tugas Bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilaksanakan secara bersama atau sendiri.

g. Pasal 47

1) Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidana, Bidan dapat berperan sebagai:

- a) pemberi Pelayanan Kebidanan;
- b) pengelola Pelayanan Kebidanan;
- c) penyuluhan dan konselor;
- d) pendidik, pembimbing, dan fasilitator klinik;
- e) penggerak peran serta masyarakat dan pemberdayaan perempuan; dan/atau
- f) peneliti.

2) Peran Bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

h. Pasal 59

- 1) Dalam keadaan gawat darurat untuk pemberian pertolongan pertama, Bidan dapat melakukan pelayanan kesehatan di luar kewenangan sesuai dengan kompetensinya.
- 2) Pertolongan pertama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertujuan untuk menyelamatkan nyawa Klien.
- 3) Keadaan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan keadaan yang mengancam nyawa Klien.
- 4) Keadaan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Bidan sesuai dengan hasil evaluasi berdasarkan keilmuannya.
- 5) Penanganan keadaan gawatdarurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sampai dengan ayat (4) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang undangan.

2. Kompetensi Bidan

KOMPONEN KOMPETENSI

Kompetensi Bidan :

1. Area Etik Legal dan Keselamatan Klien
 - a. Memiliki perilaku profesional.
 - b. Mematuhi aspek etik-legal dalam praktik kebidanan. Pelayanan Kebidanan berkualitas
 - c. Menghargai hak dan privasi perempuan serta keluarganya.
 - d. Menjaga keselamatan klien dalam praktik kebidanan.

2. Area Komunikasi Efektif

- a. Berkomunikasi dengan perempuan dan anggota keluarganya.
- b. Berkomunikasi dengan masyarakat.
- c. Berkomunikasi dengan rekan sejawat.
- d. Berkomunikasi dengan profesi lain/tim kesehatan lain.
- e. Berkomunikasi dengan para pemangku kepentingan (stakeholders).

3. Area Pengembangan Diri dan Profesionalisme

- a. Bersikap mawas diri.
- b. Melakukan pengembangan diri sebagai bidan profesional.
- c. Menggunakan dan mengembangkan ilmu pengetahuan, teknologi, dan seni yang menunjang praktik kebidanan dalam rangka pencapaian kualitas kesehatan perempuan, keluarga, dan masyarakat.

4. Area Landasan Ilmiah Praktik Kebidanan

- a. Bidan memiliki pengetahuan yang diperlukan untuk memberikan asuhan yang berkualitas dan tanggap budaya sesuai ruang lingkup asuhan:
 - 1) Bayi Baru Lahir (Neonatus).
 - 2) Bayi, Balita dan Anak Prasekolah.
 - 3) Remaja.
 - 4) Masa Sebelum Hamil.
 - 5) Masa Kehamilan.

- 6) Masa Persalinan.
 - 7) Masa Pasca Keguguran.
 - 8) Masa Nifas.
 - 9) Masa Antara.
 - 10) Masa Klimakterium.
 - 11) Pelayanan Keluarga Berencana.
 - 12) Pelayanan Kesehatan Reproduksi dan Seksualitas Perempuan.
- b. Bidan memiliki pengetahuan yang diperlukan untuk memberikan penanganan situasi kegawatdaruratan dan sistem rujukan.
 - c. Bidan memiliki pengetahuan yang diperlukan untuk dapat melakukan Keterampilan Dasar Praktik Klinis Kebidanan.

5. Area Keterampilan Klinis Dalam Praktik Kebidanan

- a. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada bayi baru lahir (neonatus), kondisi gawat darurat, dan rujukan.
- b. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada bayi, balita dan anak pra sekolah, kondisi gawat darurat, dan rujukan.
- c. Kemampuan memberikan pelayanan tanggap budaya dalam upaya promosi kesehatan reproduksi pada remaja perempuan.

- d. Kemampuan memberikan pelayanan tanggap budaya dalam upaya promosi kesehatan reproduksi pada masa sebelum hamil.
- e. Memiliki ketrampilan untuk memberikan pelayanan ANC komprehensif untuk memaksimalkan kesehatan Ibu hamil dan janin serta asuhan kegawatdaruratan dan rujukan.
- f. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada ibu bersalin, kondisi gawat darurat dan rujukan.
- g. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada pasca keguguran, kondisi gawat darurat dan rujukan.
- h. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada ibu nifas, kondisi gawat darurat dan rujukan.
- i. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada masa antara.
- j. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada masa klimakterium.
- k. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada pelayanan Keluarga Berencana.
- l. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada pelayanan kesehatan reproduksi dan seksualitas perempuan.

m. Kemampuan melaksanakan keterampilan dasar praktik klinis kebidanan.

6. Area Promosi Kesehatan dan Konseling

a. Memiliki kemampuan merancang kegiatan promosi kesehatan reproduksi pada perempuan, keluarga, dan masyarakat.

b. Memiliki kemampuan mengorganisir dan melaksanakan kegiatan promosi kesehatan reproduksi dan seksualitas perempuan.

c. Memiliki kemampuan mengembangkan program KIE dan konseling kesehatan reproduksi dan seksualitas perempuan.

7. Area Manajemen dan Kepemimpinan

a. Memiliki pengetahuan tentang konsep kepemimpinan dan pengelolaan sumber daya kebidanan.

b. Memiliki kemampuan melakukan analisis faktor yang mempengaruhi kebijakan dan strategi pelayanan kebidanan pada perempuan, bayi, dan anak.

c. Mampu menjadi role model dan agen perubahan di masyarakat khususnya dalam kesehatan reproduksi perempuan dan anak.

d. Memiliki kemampuan menjalin jejaring lintas program dan lintas sektor.

e. Mampu menerapkan Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan.