

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Tinjauan Teori Medis

2.1.1 Teori Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah diawali dengan terjadinya ovulasi (pematangan sel), kemudian terjadi pembuahan ketika sel telur bertemu dengan sperma, lalu tumbuhnya sel telur yang telah dibuahi dan selanjutnya terjadi implantasi, serta terbentuknya plasenta didalam rahim dan tahap terakhir adalah pertumbuhan dan perkembangan hasil konsepsi sampai aterm (Mardiana dkk., 2022).

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan merupakan proses penyatuan dari sperma dan sel telur melalui nidasi atau implantasi (Chaurullisa & Kumalasari, 2022). Kehamilan adalah masa sejak pembuahan sampai dengan lahirnya janin. Kehamilan berlangsung selama 280 hari (40 minggu atau sama dengan sembilan bulan tujuh hari) (Kasmiati dkk., 2023).

Kehamilan dibagi menjadi 3 trimester, yaitu trimester pertama adalah 3 bulan setelah pembuahan (0-12 minggu), trimester kedua adalah 4 hingga 6 bulan (13-27 minggu), dan trimester ketiga adalah 7 hingga 9 bulan (28-40 minggu) (Martini dkk., 2023).

2. Proses Terjadinya Kehamilan

Proses terjadinya kehamilan melibatkan beberapa tahapan, dimulai dengan ovulasi. Ovulasi yaitu pelepasan ovum (sel telur) yang dipengaruhi hormon yang kompleks dari ovarium ke dalam tuba falopi. Sel telur yang telah dilepaskan bergerak ke tuba falopi, tempat bertemu dengan sperma jika hubungan seksual terjadi pada waktu yang tepat. Jika sperma berhasil membuahi sel telur, proses pembuahan atau fertilisasi terjadi.

Pembuahan adalah proses peleburan antara satu sel sperma dan satu sel ovum yang sudah matang atau spermatozoa membuahi ovum yang bertempat di tuba fallopi yang menghasilkan zigot, zigot membelah secara mitosis menjadi dua, empat, delapan, enam belas, dan seterusnya. Zigot ini kemudian berkembang menjadi embrio.

Setelah pembuahan, embrio bergerak melalui tuba falopi menuju rahim. Di sana, ia menempel atau melekat pada dinding rahim dalam proses yang disebut implantasi. Setelah implantasi, embrio terus berkembang menjadi janin. Ini melibatkan pembentukan organ, jaringan, dan sistem tubuh yang berbeda.

Selama proses ini, berbagai faktor dapat mempengaruhi kesuburan dan keberhasilan kehamilan, termasuk kesehatan reproduksi wanita, kualitas sperma, dan faktor-faktor lingkungan (Febriyeni dkk., 2021)

3. Tanda-tanda Kehamilan

Menurut Widatiningsih & Dewi (2017), terdapat 3 tanda-tanda kehamilan yaitu :

a. Tanda dugaan hamil (*presumptif sign*)

Tanda-tanda dugaannya adalah perubahan fisiologis yang terjadi pada seorang wanita, namun jarang menyebabkan kehamilan karena hal ini dapat terjadi dalam kondisi lain juga dan sebagian besar bersifat subjektif serta hanya ibu hamil yang akan merasakan, yaitu :

- 1) Amenorrhea (tidak dapat haid)
- 2) Mual dan muntah
- 3) Mengidam (ingin makanan khusus)
- 4) Kelelahan dan pingsan
- 5) Mastodynia (payudara membesar dan sakit)
- 6) Gangguan saluran kemih (nyeri atau sering buang air kecil).
- 7) Konstipasi (susah buang air besar)
- 8) Berat badan meningkat
- 9) *Quickening* (merasa adanya gerakan janin)

b. Tanda tidak pasti hamil (*probable sign*)

Tanda dan gejala tidak pasti hamil adalah suatu keyakinan bahwa seorang wanita merasa hamil padahal sebenarnya tidak hamil. Wanita yang mengalami kehamilan palsu akan mengalami sebagian besar atau seluruh tanda dan gejala kehamilan. Meskipun penyebab pastinya belum diketahui, dokter menduga

faktor psikologis mungkin menjadi penyebab tubuh mengira dirinya hamil.

- 1) Peningkatan suhu basal tubuh (antara 37,2°C sampai dengan 37,8°C)
- 2) Perubahan warna kulit
- 3) Perubahan payudara (pembesaran payudara)
- 4) Pembesaran perut
- 5) Kontraksi-kontraksi kecil uterus
- 6) Teraba ballotement
- 7) Tanda *Chadwick* (perubahan warna yang terjadi pada vagina atau porsio yang menjadi kebiruan atau ungu) dan *Goodell* (perubahan pada konsistensi serviks sehingga menjadi lunak)

c. Tanda pasti hamil (*positive sign*)

- 1) Merasakan adanya gerakan janin dalam rahim (pada usia kehamilan 20 minggu)
- 2) Terdapat Denyut Jantung Janin (yang bisa didengar pada usia kehamilan 12 minggu dengan menggunakan *doppler*)
- 3) Bagian-bagian janin (dapat diraba pada usia kehamilan tua dan dapat dilihat lebih jelas pada USG)
- 4) Kerangka janin (dapat dilihat dengan melakukan USG pada usia kehamilan 20 minggu)
- 5) Tinggi Fundus Uterus (TFU) terhadap usia kehamilan
Menurut (Hani, 2015) TFU terhadap umur kehamilan yaitu :

- a) Umur kehamilan 12 minggu, TFU 1/3 di atas simpisis atau 3 jari di atas simpisis
- b) Umur kehamilan 16 minggu, TFU ½ simpisis sampai pusat
- c) Umur kehamilan 20 minggu, TFU 3 jari dibawah pusat (20cm)
- d) Umur kehamilan 24 minggu, TFU setinggi pusat (23cm).
- e) Umur kehamilan 28 minggu, TFU 3 jari diatas pusat (26 cm)
- f) Umur kehamilan 32 minggu, TFU ½ pusat sampai *processus xiphoideus* (30 cm).
- g) Umur kehamilan 36 minggu, TFU setinggi *Processus xiphoideus* (30 cm)
- h) Umur kehamilan 40 minggu, TFU dua jari dibawah *prosesus xipoideus* (33 cm).

4. Perubahan Fisiologi Ibu Hamil

Menurut Widatiningsih dan Dewi (2017) :

a. Perubahan pada sistem reproduksi

1) Uterus

Rahim atau uterus yang awalnya seukuran ibu jari dan beratnya 30 gram, tetapi membesar dan mengalami *hipertrofi* dan *hiperplasia*, yang beratnya menjadi 1000 gram akhir kehamilan.

2) Vagina

Tanda Chadwick terjadi ketika pembuluh darah pada vagina dan vulva membesar karena estrogen sehingga tampak semakin merah dan kebiruan.

3) Ovarium

Selama kehamilan, ovarium yang mengandung *korpus luteum gravidarum* berfungsi selama kehamilan sampai plasenta lengkap terbentuk pada usia kehamilan 16 minggu.

4) Payudara

Selama hamil payudara tumbuh dan berkembang sebagai persiapan untuk suplai ASI selama menyusui. Perkembangan payudara saat hamil tidak lepas dari pengaruh hormon estrogen, progesterone, dan *somatotropin*.

b. Perubahan sistem *Gastrointestinal*

1) Perubahan nafsu makan

a) *Emesis gravidarum* adalah timbulnya gejala mual dan muntah yang terjadi sekitar 2 minggu kemudian berlanjut hingga 14-16 minggu.

b) *Morning sickness* adalah mual dipagi hari, tanpa adanya gejala yang menimbulkan gangguan.

2) Hipersaliva atau ptialismus

Mungkin terdapat air liur berlebihan yang mencapai 1 hingga 2 liter perhari. Agar tidak dehidrai, maka harus mengimbangi keadaan ini dengan minum air putih yang cukup.

c. Perubahan Sistem Pernafasan

Karena kebutuhan oksigen yang meningkat dan ukuran rahim yang lebih besar, sistem pernafasan paru-paru akan mengalami perubahan fisiologis.

d. Perubahan kulit

Beberapa hormon menyebabkan perubahan kulit pada ibu hamil. *Hiperpigmentasi* adalah perubahan kulit yang termasuk :

- 1) Wajah (*Cloasma Gravidarum*)
- 2) Perut (*Striae Gravidarum* dan *Linea Nigra*)
- 3) Payudara (puting susu dan areola)

e. Perubahan sistem kemih

Perubahan *hemodinamik*, hemodilusi darah dan *vaskularisasi* lokal menyebabkan perubahan ginjal.

f. Perubahan sistem *kardiovaskuler*

Perubahan pada sistem kardiovaskuler meliputi volume darah meningkat, jumlah serum darah melebihi proliferasi sel darah, dan pengenceran darah (*hemodilusi*) terjadi sekitar usia 16 minggu, mencapai puncaknya pada usia kehamilan 32 minggu. Volume darah meningkat 25 hingga 30% dan sel darah meningkat hingga 20%. Curah jantung meningkat hingga 30%.

g. Perubahan Sistem Kelenjar *Endokrin*

Produksi hormon meningkat dan kelenjar *Endokrin* dapat membesar. Beberapa contohnya adalah :

- 1) Kelenjar *tiroid*: yang membesar dari sekitar 12,1 menjadi 15,0 mililiter pada saat aterm.
- 2) Kelenjar *hipofisis*: yang membesar 135%, dan menekan kiasma optikum, yang menyebabkan lapang pandang berubah.
- 3) Kelenjar *adrenal*: yang tidak mengalami perubahan yang signifikan.

h. Perubahan Metabolisme

Saat hamil, berat badan ibu bertambah sekitar 12-14 kg atau $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ kg per minggu dan metabolisme keseluruhan anak meningkat 20-25%. Kandungan tambahan membutuhkan nutrisi, *elektrolit*, *trace element* dan nutrisi lainnya. IMT (Indeks Massa Tubuh) adalah rumus yang dihitung dengan membagi berat badan dalam kilogram dengan tinggi badan dalam meter kuadrat.

5. Perubahan Psikologis Ibu Hamil

Menurut Widatiningsih dan Dewi (2017), perubahan psikologis pada ibu hamil adalah sebagai berikut :

- a. Perubahan Psikologis Trimester I awal kehamilan (Periode Penyesuaian)
 - 1) Ibu mungkin merasa tidak nyaman dan tidak menyukai kehamilannya.
 - 2) Terkadang terjadi penolakan, kekecewaan, ketakutan dan kesedihan. Para ibu bahkan mungkin berharap mereka tidak akan pernah hamil.

- 3) Segala perubahan yang terjadi selalu diperhatikan dengan cermat.
- 4) Hasrat untuk melakukan hubungan seksual berbeda-beda pada setiap wanita, namun ppada sebagian besar kasus cenderung menurun.

b. Perubahan Psikologis Trimester II (Masa Sehat)

- 1) Ibu merasa sehat dan tubuhnya terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi.
- 2) Ibu dapat menerima kehamilannya.
- 3) Rasakan gerak-gerik janin.
- 4) Bebas dari rasa tidak nyaman dan khawatir.
- 5) Meningkatnya hasrat seksual.
- 6) Memerlukan perhatian dan kasih sayang.
- 7) Perasaan bahwa bayi adalah seorang individu bagian dari dirinya.

c. Perubahan Psikologis Trimester III (Masa elektif)

- 1) Rasa tidak nyaman datang kembali, serta merasa jelek, aneh dan tidak menarik.
- 2) Ibu merasa tidak nyaman jika bayinya tidak lahir tepat waktu.
- 3) Ibu takut akan rasa sakit, bahaya fisik dan kekhawatiran saat melahirkan.
- 4) Khawatir bayinya akan lahir dalam kondisi tidak normal, dan mimpinya mencerminkan ketakutan dan kekhawatiran.
- 5) Merasakan sedih karena harus berpisah dengan bayinya.

6) Perasaan kehilangan perhatian.

7) Perasaan rentan (sensitif).

6. Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan (ANC)

a. Tujuan Antenatal Care

Asuhan Antenatal Care yaitu serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan yang merupakan bagian dari upaya pencegahan dalam program pelayanan kesehatan obstetri untuk optimalisasi output maternal dan neonatal (Prawirohardjo, 2020).

b. Kunjungan Antenatal Care

Menurut (Kementerian Kesehatan RI, 2021) untuk menghindari resiko komplikasi pada kehamilan dan persalinan, dianjurkan setiap ibu hamil untuk melakukan kunjungan antenatal komprehensif yang berkualitas yaitu minimal kunjungan 6 kali selama hamil dan minimal 2 kali melakukan pemeriksaan di dokter pada trimester 1 dan 3 antara lain.

Tabel 2. 1 Jadwal Kunjungan Antenatal Care

Trimester	Jumlah Kunjungan Minimal	Waktu Kunjungan yang dianjurkan
I	1 Kali	Kehamilan hingga 12 minggu
II	2 Kali	Kehamilan diatas 12 minggu sampai 24 minggu
III	3 Kali	Kehamilan diatas 24 minggu sampai 40 minggu

Sumber : (Kementerian Kesehatan RI, 2021)

7. Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan (ANC)

Menurut Buku KIA (2020), ibu hamil menjalani pemeriksaan kehamilan seperti :

1) Pengukuran berat badan dan tinggi badan

Untuk mengetahui status gizinya, berat badan ibu harus bertambah setidaknya 9 kg atau 1 kg setiap bulan.

2) Mengukur tekanan darah (juga dikenal sebagai tensi)

Tekanan darah normal adalah 120/80 mmHg, tetapi jika lebih tinggi dari 140/90mmHg ada kemungkinan hipertensi (tekanan darah tinggi) akan muncul selama kehamilan.

3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)

Lingkar lengan atas yang kurang dari 23,5 cm, menunjukkan bahwa ibu hamil mengalami Kekurangan Energi Kronik (KEK) dan memiliki resiko melahirkan Bayi Berat Lahir rendah (BBLR).

4) Pengukuran tinggi fundus uteri

Menurut Pantikawati (2017), tinggi fundus uteri biasanya sesuai dengan umur kehamilan setelah 24 minggu, dengan variasi antara 1-2 cm dari umur kehamilan dapat menandakan kehamilan kembar atau polihidramnion, sedangkan deviasi yang lebih kecil menunjukkan masalah dengan pertumbuhan janin.

5) Penentuan letak janin (presentasi janin) dan perhitungan denyut jantung janin

Pada trimester ketiga jika bagian bawah janin tidak bukan kepala atau kepala belum masuk panggul, itu bisa menunjukkan kelainan letak atau ada masalah lain. Jika denyut jantung janin kurang dari 120x/menit atau lebih dari 160x/menit, yang menunjukkan tanda gawat janin sehingga harus dirujuk segera.

6) Penentuan status Imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Untuk mencegah tetanus pada ibu dan bayi jika diperlukan, petugas akan memberikan suntikan sesuai anjuran petugas kesehatan.

Tabel 2.2 Ruang Waktu Pemberian Imunisasi TT dan Lama Perlindungannya

Imunisasi TT	Selang Waktu Minimal	Lama Perlindungan
TT 1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus
TT 2	1 bulan setelah TT 1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun
TT 4	12 bulan setelah TT 3	10 tahun
TT 5	12 bulan setelah TT 4	>25 tahun

7) Pemberian tablet tambah darah

Ibu hamil disarankan untuk mengkonsumsi 1 tablet tambah darah setiap hari selama minimal 90 hari sejak awal kehamilan. Tablet ini diminum pada malam hari untuk mengurangi rasa mual.

8) Tes laboratorium

- a) Tes golongan darah, dilakukan untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil jika diperlukan.
- b) Tes hemoglobin, dilakukan untuk mengidentifikasi anemia pada ibu hamil.
- c) Tes pemeriksaan urine dilakukan.
- d) Tes pemeriksaan darah tambahan, untuk penyakit seperti malaria, HIV, *Sifilis* dan lain-lain.

9) Tata laksana atau penanganan kasus

Masalah akan ditangani atau dirujuk segera setelah ditemukan.

10) Temu wicara atau konseling

Tenaga kesehatan dapat memberikan penjelasan tentang perawatan kehamilan, pencegahan kelainan bawaan, proses persalinan, inisiasi menyusui dini (IMD), masa nifas, perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, keluarga berencana dan imunisasi bayi dalam temu wicara atau konseling. Selama kunjungan ibu hamil, penjelasan ini diberikan secara bertahap.

2.1.2 Teori Kehamilan dengan Presentasi Bokong

1. Pengertian Kehamilan Presentasi Bokong

Presentasi bokong adalah janin letak memanjang dengan bagian terendahnya bokong, kaki, atau kombinasi keduanya. Dengan insidensi 3-4% dari seluruh kehamilan tunggal pada umur kehamilan cukup bulan (>37 minggu), presentasi bokong merupakan malpresentasi yang paling sering dijumpai. Sebelum umur kehamilan 28 minggu, kejadian presentasi bokong berkisar antara 25- 30%, dan sebagian besar akan berubah menjadi presentasi kepala setelah umur kehamilan 34 minggu (Prawirohardjo, 2020).

Presentasi bokong (sungsang) adalah ketika bagian terbawah janin bukanlah kepala melainkan bokong. Persentase kejadian persalinan presentasi bokong akan menurun sesuai usia kehamilan. Faktor yang dapat mempengaruhi sehingga janin bisa presentasi bokong yaitu prematuritas, kelainan bentuk uterus, polihidramnion,

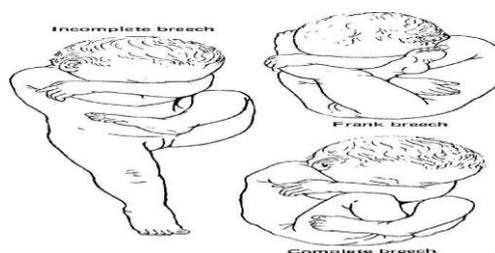
mola uteri, kehamilan kembar (gemelli) dan anomali janin. Pada persalinan presentasi bokong kematian meningkat 2-4 kali lipat tidak pada persalinan pervaginam maupun *sectio caesarea* (Rosdianah dkk., 2019).

2. Klasifikasi Kehamilan Presentasi Bokong

Ada 3 klasifikasi utama pada presentasi bokong, yaitu:

- a. *Frank breech* (bokong murni) apabila bagian bawah janin adalah bokong saja tanpa disertai lutut atau kaki. Terjadi ketika kedua paha janin fleksi dan ekstremitas bawah ekstensi.
- b. *Complete breech* (bokong-kaki) apabila bagian bawah janin adalah bokong lengkap disertai kedua paha yang tertekuk atau kedua lutut tertekuk (duduk dalam posisi jongkok).
- c. *Footling* (presentasi kaki) apabila bagian bawah janin adalah kaki atau paha. Bisa satu kaki atau kedua kaki, bisa kaki dan paha atau kedua lutut. Pada saat aterm 65% adalah Frank breech, 25% complete breech dan 10% footling (Rosdianah dkk., 2019).

Gambar 2.1 Klasifikasi Presentasi Bokong



Sumber : (Buku Ajar Kegawatan Maternal dan Neonatal, 2019)

3. Etiologi Kehamilan Presentasi Bokong

Faktor-faktor yang berpengaruh terjadinya presentasi bokong adalah :

- a. Polihidramnion atau volume air ketuban terlalu banyak sehingga janin masih bisa bergerak leluasa di dalam rahim.
- b. Multiparitas karena setelah beberapa kehamilan rahim dan rongga panggul menjadi lebih lebar sehingga dapat membuat janin memiliki banyak ruang untuk berputar.
- c. Oligohidramnion atau volume air ketuban terlalu sedikit sehingga janin kesulitan bergerak atau berputar
- d. Kelainan bentuk kepala, seperti hidrocefalus dan anensefalus terjadi ketika kepala tidak sesuai dengan bentuk pintu atas panggul
- e. Presentasi bokong sebelumnya
- f. Anomali uterus atau bentuk uterus tidak normal
- g. Tumor pelvis karena tumor yang tumbuh di pelvis dapat mengurangi ruang yang tersedia didalam rahim, sehingga membuat janin terbatas terbatas dalam gerakannya yang mempengaruhi kemampuan berputar.
- h Plasenta previa terjadi ketika kepala tidak dapat turun ke dalam pintu atas panggul karena plasenta.
- i. Lilitan tali pusat (funikulus nuchal) yang melilit di sekitar leher janin dapat membatasi gerakan janin dalam rahim, sehingga janin kesulitan dalam bergerak supaya posisi kepala ke bawah (Rosdianah dkk., 2019).

4. Diagnosis Kehamilan Presentasi Bokong

Presentasi bokong dapat diketahui melalui beberapa cara yaitu :

a. Pada pemeriksaan luar :

1) Pemeriksaan Leopold

Di bagian bawah uterus teraba besar bulat lunak, dan tidak mudah digerakkan, serta di bagian fundus teraba bagian besar, bulat, keras. pemeriksaan palpasi abdomen (Rosdianah dkk., 2019). Manuver Leopold perlu dilakukan pada setiap kunjungan perawatan antenatal bila umur kehamilannya > 34 minggu (Prawirohardjo, 2020).

2) Denyut jantung janin umumnya ditemukan setinggi atau sedikit di atas umbilikus (Rosdianah dkk., 2019).

3) Pemeriksaan ultrasonografi (USG)

Peranan ultrasonografi penting dalam diagnosis dan penilaian risiko pada presentasi bokong. Taksiran berat janin, penilaian volume air ketuban, konfirmasi letak plasenta, jenis presentasi bokong, keadaan hiperekstensi kepala, kelainan kongenital, dan kesejahteraan janin dapat diperiksa menggunakan ultrasonografi. Berat janin dapat diperkirakan secara ultrasonografis berdasarkan ukuran diameter biparietal, lingkaran kepala, lingkaran perut, dan panjang tulang femur. Gambaran ultrasonografi tentang ekstremitas bawah dapat memberikan informasi tentang jenis presentasi bokong.

Kesejahteraan janin dinilai berdasarkan skor profil biofisik janin (Prawirohardjo, 2020)..

b. Pemeriksaan dalam

Pemeriksaan dalam dapat dilakukan jika kehamilan aterm, sudah mengalami tanda-tanda persalinan dan ketuban sudah pecah.

- 1) Setelah ketuban pecah, dapat diraba adanya bokong yang ditandai adanya sacrum, kedua tuber ossis ischii, dan anus.
- 2) Bila dapat diraba kaki, maka harus dibedakan dengan tangan. Pada kaki terdapat tumit, sedangkan pada tangan ditemukan ibu jari yang letaknya tidak sejajar dengan jari-jari lain dan panjang jari kurang lebih sama dengan panjang telapak tangan.
- 3) Untuk membedakan bokong dan muka, jari yang dimasukkan ke dalam mulut akan meraba tulang rahang.
- 4) Pada presentasi bokong kaki sempurna, kedua kaki dapat diraba di samping bokong, sedangkan pada presentasi bokong kaki tidak sempurna, hanya teraba satu kaki di samping bokong (Rosdianah dkk., 2019).

5. Komplikasi Pengaruh Presentasi Bokong

Menurut Junisti & Jumiati (2023) kehamilan dengan presentasi bokong dapat menyebabkan komplikasi pada ibu dan bayi yaitu :

a. Komplikasi pada ibu

Komplikasi pada ibu hamil dengan presentasi bokong dapat mengakibatkan seperti : perdarahan, robekan jalan lahir, dan infeksi.

b. Komplikasi pada bayi

Presentasi bokong dapat mengakibatkan komplikasi pada bayi yaitu asfiksia, perdarahan atau edema jaringan lunak, kerusakan medulla oblongata, kerusakan persendian tulang leher bahkan kematian akibat asfiksia berat.

2.1.3 Teori Kehamilan dengan Kekurangan Energi Kronik (KEK)

1. Pengertian Kekurangan Energi Kronik (KEK)

Kekurangan Energi Kronis (KEK) terjadi ketika seorang ibu mengalami defisiensi kalori dan protein secara kronis, menyebabkan gangguan kesehatan selama kehamilan. KEK dapat diidentifikasi melalui pengukuran Lingkar lengan Atas (LILA), jika LILA kurang dari 23,5 cm atau berada di zona merah pita LILA, itu menandakan KEK. Sedangkan jika LILA lebih dari 23,5 cm ibu tidak beresiko mengalami KEK (Demsas, 2018).

Menurut Handayani (2020), berat badan ideal berdasarkan tinggi badan dapat ditentukan menggunakan Indeks Massa Tubuh (IMT) dengan rumus berat badan dibagi tinggi badan kuadrat..

Tabel 2.3 Rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan berdasarkan IMT sebelum hamil.

Kategori IMT	Rekomendasi Kenaikan BB total (kg)	Rekomendasi Kenaikan BB Setiap Minggu selama TM I & TM II (kg)
Rendah (IMT <19,8)	12,5-18	0,5
Normal (IMT 19,8-26,0)	11,5-16	0,4
Tinggi (IMT 26,0-29,0)	7-11,5	0,3
Obesitas (IMT >29,0)	>6,8	Ditentukan pada setiap individu

Sumber tabel : (Handayani, 2020).

2. Etiologi Kekurangan Energi Kronik (KEK)

Menurut Yayuk dkk., (2019), beberapa faktor yang menyebabkan kurang energi kronis (KEK) meliputi:

a. Jumlah asupan makanan

Ibu hamil membutuhkan lebih banyak makanan daripada wanita yang tidak hamil. Upaya untuk mencapai gizi yang optimal dimulai dari penyediaan pangan yang cukup.

b. Umur

Usia ideal untuk kehamilan dan persalinan adalah antara 20-30 tahun. Usia ibu saat hamil sebaiknya tidak terlalu muda atau terlalu tua, karena usia dibawah 20 tahun atau diatas 35 tahun, berisiko tinggi.

c. Beban kerja ibu hamil

Pekerjaan dengan beban atau aktivitas berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin. pada ibu hamil dengan beban atau aktivitas yang terlalu berat dan berisiko akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin.

Gangguan pada aksis fetoplasenta dan sirkulasi retroplasenta dapat menyebabkan resiko gizi kurang, KEK, anemia, atau BBLR.

d. Penyakit/infeksi

Riwayat penyakit atau gizi buruk dapat menyebabkan gizi kurang. Daya tahan tubuh yang lemah karena kurangnya asupan makann membuat wanita lebih rentan terhadap penyakit.

e. Pengetahuan ibu tentang gizi

Pengetahuan yang baik tentang gizi mempengaruhi keputusan dan pola makan. Pengetahuan yang baik membantu dalam oengambilan keputusan yang tepat terkait dengan masalah gizi.

f. Pendapatan keluarga

Perubahan pendapatan dapat mempengaruhi konsumsi pangan keluarga. Pendapatan yang meningkat memungkinkan pembelian pangan dengan kualitas dan kuantitas yang lebih baik. (Madanijah, 2016).

g. Paritas

Jumlah kelahiran seorang ibu lebih dari 3 kali melahirkan dianggap terlalu banyak.

h. Pendidikan

Tingkat pendidikan ibu mempengaruhi status gizi ibu hamil. Pendidikan yang tinggi mempermudah penerimaan informasi tentang gizi.

3. Tanda dan Gejala Kekurangan Energi Kronik (KEK)

Menurut Yayuk dkk., (2019), tanda gejala KEK yang mungkin terjadi pada ibu hamil meliputi :

- a. Lingkar lengan kiri atas kurang dari 23,5 cm (kecuali orang kidal, yang mengukur lengan kanan atas).
- b. Ketidakmampuan bekerja dengan cekatan.
- c. Terlihat sering letih, lemah, lesu dan lunglai.
- d. Resiko melahirkan bayi prematur atau bayi berat badan lahir rendah jika hamil, atau bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram jika lahir normal.

4. Pengaruh Kekurangan Energi Kronik (KEK)

a. Pengaruh pada Ibu

Gizi kurang pada ibu hamil dapat meningkatkan resiko dan komplikasi termasuk, anemia, perdarahan, gagal mendapatkan penambahan berat badan yang normal dan rentan terhadap infeksi, pada akhirnya dapat mengakibatkan kematian ibu.

b. Pengaruh pada Persalinan

Kekurangan gizi dapat mempengaruhi proses persalinan dengan menyebabkan persalinan sulit, lamanya persalinan, persalinan prematur, perdarahan pasca persalinan, dan peningkatan kemungkinan persalinan melalui operasi caesar.

c. Pengaruh pada Janin

Kekurangan gizi pada ibu hamil dapat menghambat pertumbuhan janin, meningkatkan resiko keguguran, abortus,

kematian neonatal, cacat bawaan, *asfiksia intrapartum*, lahir dengan berat badan rendah (BBLR) (Yayuk dkk., 2019).

5. Penatalaksanaan Kekurangan Energi Kronik

Penatalaksanaan Kekurangan Energi Kronik (KEK) pada ibu hamil dilakukan dengan beberapa cara yang berfokus pada pemberian makanan tambahan dan konseling. Berikut adalah beberapa penatalaksanaan yang dapat dilakukan yaitu :

a. Pemberian Makanan Tambahan (PMT)

Makanan tambahan ini berupa biskuit dan susu, serta makanan tambahan ini berupa biskuit dan susu, serta makanan yang bergizi lainnya (Farid, 2019).

Pemberian Makanan Tambahan (MT) pada kelompok rawan merupakan salah satu strategi suplementasi dalam mengatasi masalah gizi. Makanan tambahan berfokus pada gizi makro maupun zat gizi mikro bagi ibu hamil sangat diperlukan dalam rangka pencegahan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dan balita pendek (*stunting*). Pemberian makanan tambahan dilakukan untuk memenuhi kecukupan gizi ibu hamil KEK dan tetap mengkonsumsi makanan keluarga sesuai gizi seimbang. Ketentuan pemberian Makanan Tambahan yaitu (Kemenkes, 2018).

- 1) Makanan tambahan diberikan pada ibu hamil KEK yaitu ibu hamil yang memiliki ukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA) dibawah 23,5 cm.

- 2) Pemberian MT pada ibu hamil terintegrasi dengan pelayanan Antenatal Care (ANC).
- 3) Tiap bungkus MT ibu hamil berisi 3 keping biskuit lapis.
- 4) Pada kehamilan trimester I diberikan 2 keping biskuit lapis per hari.
- 5) Pada kehamilan trimester II dan III diberikan 3 keping biskuit lapis perhari.

b. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)

Pengukuran digunakan untuk mengetahui apakah seseorang menderita KEK. Hasil pengukuran LILA dapat membantu dalam deteksi dini dan penatalaksanaan lebih efektif (Ismail dkk., 2021).

c. Pengukuran Kadar Hemoglobin (HB)

Pengukuran kadar HB digunakan untuk mengetahui kondisi ibu apakah menderita anemia gizi. Hal ini penting dalam menangani KEK yang dapat menyebabkan anemia ((Ismail dkk., 2021).

d. Konseling

Ibu hamil dengan KEK diberikan konseling untuk menerapkan kebiasaan makan bersama keluarga, pola makan yang beragam, dan porsi makanan utama yang adekuat. Makanan tinggi kalori dan protein juga dianjurkan (Ismail dkk., 2021).

Tabel 2.4 Contoh Menu Gizi Seimbang Ibu Hamil KEK

Waktu makan	Menu	Kalori
Pagi	Nasi putih (1 centong = 129 kalori) Ayam goreng (1 potong = 186 kalori) Tahu goreng (1 potong = 77 kalori) Sayur sop (1 mangkok = 75 kalori) Buah naga (1 buah = 60 kalori)	527 kalori
Selingan	Biskuit PMT ibu hamil (104 kalori) Susu (1 gelas = 150 kalori)	254 kalori
Siang	Nasi putih (2 centong = 258 kalori) Ikan lele goreng (1 potong = 204 kalori) Tempe mendoan (2 potong = 200 kalori) Sayur bayam (1 mangkok = 36 kalori) Jeruk (1 buah = 62 kalori)	760 kalori
Selingan	Bubur kacang hijau (1 mangkok = 169 kalori) Roti tawar (3 lembar = 110 kalori)	323 kalori
Malam	Nasi putih (2 centong = 258 kalori) Telur balado (2 butir = 154 kalori) Tahu goreng (2 potong = 154 kalori) Tumis brokoli (1 mangkok = 70 kalori) Pisang (1 Buah = 90 kalori)	726 kalori
Selingan	Susu (1 gelas = 150 kalori) Kurma (5 butir = 160 kalori)	310 kalori
	Total Kalori	2.900 kalori

e. Pengawasan penambahan berat badan

Pengawasan penambahan berat badan selama kehamilan dilakukan untuk memantau pertumbuhan janin dan status gizi ibu hamil. Penambahan berat badan normal sekitar 11.5-16 kg dengan penambahan berat badan tinggi di trimester III (Ismail dkk., 2021).

f. Pengawasan kesehatan

Penatalaksanaan KEK juga melibatkan pengawasan kesehatan ibu hamil, termasuk pengawasan kontraksi (his) dan resiko perdarahan postpartum. Penyebab KEK seperti rendahnya asupan gizi, tingginya angka kesakitan dan kurangnya pengetahuan tentang pemberian makanan pada ibu hamil juga harus diatasi (Kemenkes, 2017).

2.1.4 Teori Fetal Distres

1. Pengertian Fetal Distres

Menurut Saputri & Hamranani (2023), fetal distres adalah suatu kondisi ketika janin tidak mendapat cukup oksigen hingga mengalami fetal hipoksia. Gawat janin adalah suatu kondisi dimana janin mengalami hipoksia akibat kekurangan asupan oksigen yang ditandai dengan denyut jantung janin tidak normal ($<120x/\text{menit}$ dan $>160x/\text{menit}$).

Fetal distres didefinisikan sebagai hipoksia janin progresif dan asidemia sekunder akibat oksigenasi janin yang tidak memadai. Istilah ini digunakan untuk menunjukkan perubahan dalam pola janin, berkurangnya gerakan janin, hambatan pertumbuhan janin dan adanya mekonium pada saat persalinan. Meskipun fetal distres mungkin berhubungan dengan ensefalopati neonatal, sebagian besar neonatus akan menjadi kuat dan sehat saat lahir meskipun dengan diagnosis fetal distres (Gravet dkk., 2016).

2. Etiologi Fetal Distres

Etiologi *fetal distress* menurut (Manuaba, et.,al) dalam (Faiqoh, 2020) adalah :

a. Faktor maternal

- 1) Hipotensi. Aliran darah menuju plasenta akan berkurang sehingga O₂ dan nutrisi makin tidak seimbang untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

- 2) Anemia maternal. Kemampuan transportasi O₂ makin turun sehingga konsumsi O₂ janin tidak terpenuhi.
- 3) Penekanan respirasi atau penyakit paru. Metabolisme janin sebagian menuju metabolisme anerob sehingga terjadi timbunan asam laktat dan piruvat, serta menimbulkan asidosis metabolic.
- 4) Malnutrisi. Semuanya memberikan kontribusi pada penurunan konsentrasi O₂ dan nutrisi dalam darah yang menuju plasenta sehingga konsumsi O₂ dan nutrisi janin makin menurun.
- 5) Asidosis dan dehidrasi
- 6) Supine hipotensi

b. Faktor Uterus

- 1) Aktivasi kontraksi. Menyebabkan aliran darah menuju plasenta makin menurun, sehingga O₂ dan nutrisi menuju janin makin berkurang.
- 2) Memanjang/ hiperaktivitas. Timbunan glukosanya yang menimbulkan energi pertumbuhan melalui O₂, dengan hasil akhir CO₂ atau habis karena dikeluarkan melalui paru atau plasenta janin, tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan.
- 3) Gangguan vascular. Metabolisme beralih menuju metabolisme anaerob yang menimbulkan asidosis.

c. Faktor Plasenta

- 1) Degenerasi vaskularnya. Fungsi plasenta akan berkurang sehingga tidak mampu memenuhi kebutuhan O₂ dan nutrisi metabolisme janin
- 2) Solusio plasenta. Menimbulkan metabolisme anaerob dan akhirnya terjadi asidosis dengan pH darah turun.
- 3) Pertumbuhan hypoplasia primer

d. Faktor Tali Pusat

- 1) Kompresi tali pusat. Aliran darah menuju janin berkurang.
- 2) Simpul mati, lilitan tali pusat. Tidak mampu memenuhi O₂ dan nutrisi.
- 3) Hilangnya jelly wharto. Metabolisme berubah menjadi metabolisme anaerob.

e. Faktor Janin

1) Infeksi

Kebutuhan metabolisme makin tinggi, sehingga ada kemungkinan tidak dapat dipenuhi oleh aliran darah dari plasenta. Aliran nutrisi dan O₂ tidak cukup menyebabkan metabolisme janin menuju metabolisme anaerob, sehingga terjadi timbunan asam-laktat dan piruvat

2) Anemia janin

Kemampuan untuk transportasi O₂ dan membuang CO₂ tidak cukup sehingga metabolisme janin berubah, menjadi menuju anaerob yang menyebabkan asidosis.

3) Perdarahan

Dapat terjadi pada bentuk: Plasenta previa, solusio plasenta, pecahnya sinus marginalis dan pecahnya vasa previa. Menyebabkan aliran darah menuju janin akan mengalami gangguan sehingga nutrisi dan O₂ makin berkurang sehingga metabolisme janin akan beralih menuju metabolisme anaerob yang menimbulkan asidosis.

4) Malformasi

Dapat digolongkan dalam kasus ini adalah: kelainan jantung kongenital, kehamilan ganda atau salah satunya mengalami gangguan nutrisi dan O₂, penyakit eritroblastosis fetalis. Dapat menghambat metabolisme janin sehingga dapat beralih menuju metabolisme anaerob sehingga pada gilirannya membahayakan janin.

3. Patofisiologi

Fetal distress adalah tanda kondisi yang mendasari kekurangan oksigen sementara atau permanen pada janin, yang dapat menyebabkan hipoksia janin dan asidosis metabolik. Kondisi ini terjadi ketika oksigenasi ibu, suplai darah rahim, transfer plasenta, atau transportasi gas janin. Gangguan ini dapat menyebabkan kondisi janin yang tidak menguntungkan.

Penyebab umum non-reassuring fetal status meliputi penyakit kardiovaskula ibu, anemia, diabetes, hipertensi, infeksi, solusio plasenta, presentasi janin yang abnormal, pembatasan

pertumbuhan intrauterin, dan kompresi tali pusat, di antara kondisi obstetri, ibu atau janin. Janin mengalami tiga tahap penurunan kadar oksigen: hipoksia sementara tanpa asidosis metabolik, hipoksia jaringan dengan risiko asidosis metabolik, dan hipoksia dengan asidosis metabolik. Respons janin terhadap kekurangan oksigen diatur oleh sistem saraf otonom, yang dimediasi oleh mekanisme parasimpatis dan simpatis. Janin dilengkapi dengan mekanisme kompensasi untuk hipoksia sementara selama kehamilan, tetapi hipoksia janin yang terus-menerus dapat menyebabkan asidosis secara progresif dengan kematian sel, kerusakan jaringan, kegagalan organ, dan kemungkinan kematian. Menanggapi hipoksia, mekanisme kompensasi janin meliputi : penurunan denyut jantung, pengurangan konsumsi oksigen yang disebabkan oleh berhentinya fungsi-fungsi yang tidak penting seperti gerakan tubuh, redistribusi output jantung ke organ perfusi, seperti jantung, otak, dan kelenjar adrenal dan beralih ke metabolisme seluler anaerob (Cunningham dkk., 2014).

Hipoksia janin yang berkepanjangan dikaitkan dengan morbiditas dan mortalitas perinatal yang signifikan dengan perhatian khusus pada komplikasi jangka pendek dan jangka panjang termasuk ensefalopati, kejang, cerebral palsy, dan keterlambatan perkembangan saraf. Denyut jantung janin berubah secara nyata sebagai respons terhadap kekurangan oksigen yang berkepanjangan, membuat pemantauan detak jantung janin menjadi alat yang penting

dan umum digunakan untuk menilai status oksigenasi janin secara cepat. Pola denyut jantung janin yang tidak meyakinkan diamati pada sekitar 15% dari persalinan (Cunningham dkk., 2014).

Metabolism anaerob yang terjadi saat hipoksia menyebabkan siklus metabolisme glukosa janin menghasilkan timbunan asam laktat dan piruvat, menyebabkan keterbatasan menetralkan asidosis, menurunkan pH janin sehingga memberikan gangguan metabolisme lebih lanjut dan membahayakan fungsi organ serta dapat menimbulkan kematian. Pada saat pH janin dalam rentang 7,35-7,45 dikatakan normal, pendaparan darah janin masih dapat berfungsi dengan baik selama fungsi ginjal dan paru masih baik. Pada saat janin mengalami asidosis atau hipoksia moderat yakni dalam rentang pH 7,25-7,35, terjadi reflex rangsangan saraf simpatis sehingga terjadi takikardi sebagai kompensasi pengeluaran CO₂ melalui plasenta. Metabolism janin mulai terganggu secara ringan sehingga masih berpeluang untuk diatasi. Pada asidosis berat yaitu ketika pH janin dalam rentang 7,00-7,20 akan terjadi rangsangan nervus vagus sehingga timbul bradikardi diikuti dengan peningkatan peristaltik usus. Sehingga spingter ani terbuka dan menyebabkan air ketuban tercampur mekonium. Asidosis dan kekurangan glukosa akan cepat menimbulkan gangguan metabolisme otot jantung sehingga akan mempercepat gagal jantung dan diikuti dengan kematian janin intrauteri. Pada tahap ini, janin harus segera dilakukan terminasi. Namun bila stress yang menimbulkan metabolisme anaerob berakhir,

maka keadaan janin akan pulih dengan cepat. Jika janin sudah mencapai tahap asidosis sangat berat dan pH mencapai 6,80-7,00 maka akan terjadi keadaan syok metabolisme yang sangat berat dan irreversible. Sehingga dalam tahap ini akan segera diikuti oleh kematian janin intrauterin (Faiqoh, 2020).

4. Diagnosis *fetal distress*

Diagnosis gawat janin menurut (Pittara, 2022) dapat dipastikan melalui pemeriksaan kehamilan oleh dokter kandungan, sebelum atau setelah bayi dilahirkan. Berikut adalah pemeriksaan yang dilakukan serta tanda yang ditemukan saat janin mengalami *fetal distress*:

- a. USG kehamilan, untuk melihat apakah pertumbuhan janin sesuai dengan usia kandungan.
- b. USG Doppler, untuk mendeteksi gangguan di aliran darah dan jantung janin. Pemeriksaan ini dapat digunakan untuk mendeteksi denyut jantung janin (DJJ). DJJ normal berkisar antara 120-160. Pada kondisi gawat janin, Denyut Jantung Janin kurang dari 120 kali per menit atau 160 kali per menit.
- c. Cardiotocography (CTG), untuk melihat respons detak jantung janin terhadap pergerakan janin dan kontraksi rahim secara berkelanjutan. Melalui pemeriksaan ini, dapat diketahui respons DJJ terhadap pergerakan janin dan kontraksi rahim ibu. Pemeriksaan ini dapat mendeteksi kondisi gawat janin lebih dini dibandingkan dengan USG Doppler.

- d. Pemeriksaan air ketuban, untuk mengetahui volume air ketuban (amniotic fluid) dan mendeteksi mekonium atau tinja janin pada air ketuban
- e. Pemeriksaan sampel darah bayi, untuk memeriksa apakah pH darah bayi berubah menjadi lebih asam akibat janin tidak mendapat cukup oksigen

5. Penatalaksanaan

Janin yang diagnosis mengalami *fetal distress* harus mendapatkan penanganan secepatnya menurut (Pittara, 2022) :

a. Resusitasi dalam Rahim

Resusitasi dalam rahim dilakukan sebagai pengobatan utama dalam mengatasi gawat janin. Pada prosedur ini, dokter akan:

- 1) Memastikan ibu mendapat pasokan oksigen yang cukup dengan memberikan oksigen.
- 2) Memastikan asupan cairan ibu memadai dengan memberikan cairan lewat infus.
- 3) Memosisikan ibu berbaring miring ke kiri untuk mengurangi tekanan rahim pada pembuluh vena besar yang dapat mengurangi aliran darah ke plasenta dan janin.
- 4) Menghentikan sementara penggunaan obat-obatan yang dapat meningkatkan kontraksi, seperti obat oksitosin.
- 5) Menghentikan kontraksi rahim sementara dengan terapi tokolisis.

- 6) Menambahkan cairan pada rongga cairan ketuban untuk mengurangi tekanan tali pusat, melalui prosedur amnioinfusion

b. Persalinan segera

Persalinan segera dapat menjadi pilihan jika resusitasi dalam rahim tidak dapat mengatasi kondisi gawat janin. Kelahiran perlu diupayakan dalam 30 menit setelah kondisi gawat janin diketahui. Kelahiran bisa diupayakan melalui vagina dengan bantuan vakum atau forceps pada kepala bayi. Jika cara tersebut tidak mungkin dilakukan, maka janin harus dilahirkan melalui operasi caesar.

c. Pemantauan kondisi janin

Kondisi bayi akan dimonitor secara saksama selama 1-2 jam setelah kelahiran, dan dilanjutkan hingga 12 jam pertama setelah kelahiran. Pemantauan yang dilakukan meliputi pemeriksaan kondisi umum, gerak dada, warna kulit, tulang dan otot, suhu tubuh, serta detak jantung bayi. Jika bayi terlihat mengalami aspirasi mekonium atau keracunan ketuban, dokter akan membersihkan jalan napas bayi agar pernapasannya tidak terganggu.

2.1.5 Teori Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan normal terjadi pada kehamilan cukup bulan, lahir spontan, dengan presentasi belakang

kepala, tanpa komplikasi dan berlangsung kurang dari 18 jam. Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati dan berakhir dengan kelahiran plasenta(Yulizawati dkk., 2021).

2. Macam-macam Persalinan

Terdapat 2 kategori persalinan, yani berdasarkan teknik dan berdasarkan usia kehamilan saat persalinan (Ohorella, 2022).

a. Jenis persalinan berdasarkan teknik.

- 1) Persalinan spontan adalah ketika persalinan terjadi secara alami tanpa rangsangan luar.
- 2) Persalinan buatan, merupakan persalinan yang melibatkan rangsangan untuk memicu proses persalinan.
- 3) Persalinan anjuran, merupakan metode ideal karena tidak memerlukan bantuan eksternal, dengan potensi trauma persalinan yang minimal untuk memastikan kesehatan sumber daya manusia yang optimal.

b. Jenis persalinan menurut usia kehamilan.

1. *Abortus* (keguguran) adalah terhentinya kehamilan sebelum janin dapat hidup (*viable*) – berat janin dibawah 1000 g tu kehamilan di bawa 28 minggu.
2. *Partus prematurus* adalah persalinan dari hasil konsepsi pada kehamilan 28-36 minggu, janin dapat hidup tapi *prematuur*, berat janin antara 1.000-1.200g.

3. *Partus maturus* atau *aterem* (cukup bulan) adalah partus pada kehamilan 37-40 minggu, janin matur berat badan di atas 2.500g.
4. *Partus postmaturus (serotinus)*, adalah persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih dari waktu partus yang ditaksir, janin disebut post matur.
5. *Partus presipitatus* adalah partus yang berlangsung cepat, kemungkinan di kamar mandi, atau di kendaraan dan sebagainya.
6. Partus percobaan adalah suatu penilaian kemajuan persalinan untuk memperoleh bukti tentang ada atau tidaknya *disproporsi sefalopelvik*.

3. Penyebab Awal Persalinan

Menurut Ohorella (2022) penyebab pasti dari awalnya persalinan masih belum sepenuhnya dipahami. Terdapat banyak faktor yang saling berinteraksi untuk memicu proses persalinan. Beberapa teori yang diusulkan untuk menjelaskan penyebab persalinan adalah :

- a. Penurunan kadar progesteron. Progesterone mempengaruhi relaksasi otot rahim, sedangkan estrogen meningkatkan kontraksi otot rahim. Selama kehamilan, keseimbangan antara kedua hormon ini dijaga, tetapi menjelang akhir kehamilan kadar progesteron menurun yang kemudian menyebabkan munculnya kontraksi.

- b. Teori oksitosin. Pada akhir kehamilan kadar oksitozin meningkat yang memicu kontraksi rahim.
- c. Ketegangan otot-otot. Mirip dengan kandung kemih dan lambung yang meregang karena isinya, otot-otot rahim juga mengalami tegangan yang memicu persalinan.
- d. Pengaruh kortisol janin. Kortisol yang dihasilkan oleh hipofisis dan kelenjar suprarenal janin juga berperan, yang bisa memengaruhi durasi kehamilan, seperti pada kasus anencephalus.
- f. Teori prostaglandin. Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua diduga menjadi salah satu pemicu awal persalinan. Penelitian menunjukkan bahwa prostaglandin tertentu dapat menyebabkan kontraksi otot rahim pada setiap tahap kehamilan. Kadar prostaglandin yang tinggi juga ditemukan dalam air ketuban dan darah ibu hamil sebelum persalinan atau selama proses persalinan.

4. Tanda-Tanda Persalinan

Menurut Kurniarum (2016), tanda pasti dari persalinan meliputi :

- a. Kontraksi uterus. Dikenal juga sebagai his persalinan, ditandai dengan nyeri melingkar dari punggung yang mejalar ke perut bagian depan, disertai dengan rasa sakit di pinggang yang merambat ke depan. Kontraksi ini teratur, dengan interval yang semakin besar. Aktivitas ibu dapat meningkatkan kekuatan kontraksi, dan kontraksi ini dapat menyebabkan perubahan pada serviks.

- b. Penipisan dan pembukaan serviks. Dicitrakan dengan pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda permulaan persalinan.
- c. Bloody Show (pengeeluaran lendir disertai darah dari jalan lahir). Terjadi seiring dengan pengeluaran lendir dari *canalis cervicalis* bersama dengan sedikit darah.
- d. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa capillair darah terputus.

5. Tahapan Persalinan

Menurut Ohorella (2022) persalinan dibagi menjadi 4 kala, yaitu :

a. Kala I (kala pembukaan).

Dimulai dari awal kontraksi uterus dan pembukaan serviks hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Tahapan ini terdiri dari fase laten dan fase aktif persalinan :

- 1) Fase laten : ditandai dengan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap. Dengan pembukaan serviks kurang dari 4 cm. Normalnya berlangsung kurang dari 8 jam.
- 2) Fase aktif persalinan : frekuensi dan lamanya kontraksi meningkat dengan serviks membuka dari 4 cm hingga 10 cm. Fase ini dibagi menjadi fase akselerasi, fase dilatasi maksimal, dan fase deselerasi yaitu:
 - a) Fase akselerasi: berlangsung selama 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

b) Fase dilatasi maksimal: dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.

c) Fase deselerasi : yaitu pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap menjadi lambat kembali, dalam waktu 2 jam pembukaan

Selama fase aktif persalinan, menurut kurva friedman, biasanya dihitung bahwa pembukaan serviks pada primigravida adalah sekitar 1 cm per jam, sedangkan pada multigravida 2 cm per jam.

b. Kala II (pengeluaran janin).

Dimulai saat pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir saat bayi lahir. Tahapan ini ditandai dengan gejala seperti dorongan meneran, peningkatan tekanan pada rektum atau vagina, perineum menonjol, pembukaan vulva, dan peningkatan pengeluaran lendir darah.

c. Kala III (kala uri/plasenta)

Kala III merupakan periode dari kelahiran bayi hingga pelepasan plasenta dan pengeluaran uri (plasenta), yang seharusnya tidak melebihi 30 menit. Tanda-tanda pelepasan plasenta meliputi :

- 1) Semburan darah yang disebabkan pecahnya retroplasenter pecah saat plasenta dilepaskan.
- 2) Pemanjangan tali pusat, karena plasenta turun ke segmen uterus yang lebih rendah atau rongga vagina

- 3) Perubahan bentuk uterus dari diskoid menjadi bulat. Disebabkan oleh kontraksi uterus berubah naik ke dalam abdomen.

c. Kala IV

Kala IV adalah periode pemantauan selama 2 jam setelah kelahiran bayi dan plasenta lahir untuk memantau kondisi ibu. Ibu harus diperiksa setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. Asuhan selama kala IV meliputi :

- 1) Melakukan rangsangan taktil (*massase*) pada uterus untuk merangsang kontraksi yang baik dan kuat
- 2) Evaluasi tinggi fundus dengan menempatkan jari secara melintang di atas pusar sebagai patokan. Biasanya, fundus uterus setinggi atau beberapa jari di bawah pusar
- 3) Estimasi kehilangan darah secara total
- 4) Pemeriksaan kemungkinan perdarahan dari robekan (*laserasi* atau *episiotomi*) perineum
- 5) Evaluasi keadaan umum ibu
- 6) Memantau tekanan darah, deyt nadi, tinggi fundus, pengosongan kandung kemih dan jumlah darah yang keluar setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua kala empat
- 7) Dokumentasikan semua asuhan selama kala IV pada bagian belakang partograf, segera setelah asuhan dan persalinan dilakukan.

6. Mekanisme Persalinan

Menurut Ohorella (2022), mekanisme persalinan mencakup:

a. Engagement

Ketika diameter biparietal kepala melewati pintu atas panggul, kepala dianggap telah menancap (engaged) pada pintu atas panggul.

b. Penurunan

Penurunan adalah gerakan bagi presentasi melalui panggul, disebabkan oleh tekanan cairan amnion, kontraksi fundus pada janin, dan kontraksi diafragma serta otot-otot abdomen ibu selama tahap kedua persalinan.

c. Fleksi

Setelah kepala tertahan oleh serviks dan dinding panggul kepala mengalami fleksi ke arah dada janin.

d. Putaran Paksi Dalam

Putaran paksi dalam dimulai pada tingkat spina ischiadica, dengan kepala yang dipandu ke bawah lengkungan pubis saat kontraksi.

e. Ekstensi

Saat kepala mencapai perineum, kepala akan defleksi ke arah anterior oleh perineum, kemudian kepala keluar karena ekstensi.

f. Putaran Paksi Luar

Gerakan berputar setelah kepala bayi lahir hingga mencapai posisi yang sama dengan saat memasuki pintu atas, terjadi saat bahu turun dengan gerakan serupa dengan kepala.

g. Ekspulsi

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

7. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Ohorella (2022), terdapat beberapa faktor yang memengaruhi persalinan, seperti :

a. *Power* (Kekuatan)

Meliputi kekuatan his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran dari ibu yang penting dalam proses persalinan. His dapat dipengaruhi oleh :

- 1) Faktor usia relatif tua
- 2) Pimpinan persalinan
- 3) Karena induksi persalinan dengan oksitosin
- 4) Rasa takut dan cemas

Faktor kekuatan dalam persalinan terbagi menjadi dua :

1) Kekuatan primer (kontraksi involunter)

Kontraksi berasal dari segmen atas uterus dan dihantarkan ke bagian bawah dalam bentuk gelombang.

Faktor-faktor seperti frekuensi, durasi, dan intensitas kontraksi

ini mempengaruhi efisiensi peralihan dengan menyebabkan penipisan (effecment) dan pembukaan serviks, serta penurunan janin.

2) Kekuatan sekunder (kontraksi volunter)

Pada kekuatan ini, otot-otot diafragma dan abdomen ibu berkontraksi untuk mendorong bayi ke ke jalan lahir, meningkatkan tekanan intra abdomen. Meskipun tidak memengaruhi pembukaan serviks, kekuatan ini penting setelah serviks terbuka sepenuhnya untuk mendorong bayi keluar dari uterus dan vagina.

b. *Passage* (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari jalan lahir lunak (seperti serviks, vagina, dan otot rahim) dan jalan lahir keras (panggul). Panggul memiliki peran dominan dalam proses persalinan, sehingga jalan harus beradaptasi dengan jalan lahir yang relatif kaku.

c. *Passenger* (penumpang)

Penumpang dalam persalinan meliputi janin dan plasenta. Faktor-faktor yang perlu diperhatikan termasuk ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin. Serta letak plasenta, besar dan luasnya.

d. Penolong

Penolong persalinan adalah seorang yang memiliki pengetahuan dan keterampilan tertentu untuk membantu ibu dalam menjalankan proses persalinan. Faktor penolong ini

memegang peranan penting dalam membantu ibu bersalin karena mempengaruhi kelangsungan hidup ibu dan bayi.

e. Psikologi Ibu

Respon psikologi ibu dapat dipengaruhi oleh dukungan yang diberikan oleh ayah bayi atau pasangan, serta dukungan anggota keluarga lainnya selama persalinan

8. Asuhan Persalinan

a. Definisi

Asuhan Persalinan Normal (APN) adalah perawatan yang aman dan bersih pada setiap tahap persalinan, mulai dari kala 1 hingga kala 4. Fokus utamanya adalah pencegahan komplikasi, terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermi, dan asfiksia pada bayi baru lahir. Persalinan sendiri merupakan proses alami yang dimulai dengan kontraksi uterus yang menyebabkan dilatasi serviks, diikuti dengan kelahiran bayi dan plasenta (Yulizawati, 2021).

b. Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan klinik adalah proses pemecahan masalah untuk merencanakan perawatan bagi ibu dan bayi baru lahir. Keputusan ini harus akurat, komprehensif, dan aman, baik bagi pasien, keluarga, maupun petugas kesehatan. Langkah-langkah dalam membuat keputusan klinik meliputi:

- 1) Pengumpulan data yang utama dan relevan.
- 2) Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah.

3) Membuat diagnosis atau menentukan masalah yang dihadapi.

4) Menilai kebutuhan dan kesiapan (Ohorella, 2022).

c. Asuhan sayang ibu dan bayi

Untuk mengatasi gangguan emosional dan pengalaman menegangkan, asuhan sayang ibu dilakukan selama persalinan dan kelahiran bayi. Prinsip-prinsip umumnya meliputi:

1) Menyapa ibu dengan ramah dan sopan, bersikap tenang, serta memberikan dukungan penuh selama persalinan dan kelahiran.

2) Menganjurkan suami dan anggota keluarga untuk memberikan dukungan.

3) Mengenali gejala dan tanda penyakit selama persalinan dan mengambil tindakan yang sesuai jika diperlukan.

Asuhan sayang ibu selama persalinan termasuk:

1) Memberikan dukungan emosional.

2) Membantu mengatur posisi ibu.

3) Memberikan cairan dan nutrisi.

4) Memastikan ibu dapat menggunakan kamar mandi secara teratur.

5) Pencegahan infeksi (Yulizawati, 2021).

d. Pencegahan infeksi

Tindakan untuk mencegah infeksi meliputi :

1) Cuci tangan

2) Memakai sarung tangan dan perlengkapan pelindung lainnya

3) Menggunakan teknik asepsis

- 4) Memproses alat bekas pakai
- 5) Menangani peralatan tajam dengan aman
- 6) Menjaga kebersihan dan sanitasi lingkungan (Ohorella, 2022)

e. Pencatatan (Rekam Medik) Asuhan Persalinan

Pencatatan (pendokumentasian) adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan petugas untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Partograf merupakan bagian penting dari proses ini (Yulizawati, 2021).

f. Rujukan

Menurut Yulizawati (2021), penundaan dalam membuat keputusan dan pengiriman ke tempat rujukan dapat menyebabkan tertundanya penatalaksanaan yang memadai bagi ibu dan bayi, meningkatkan resiko kematian. Rujukan tepat waktu adalah bagian dari asuhan sayang ibu dan bayi. Rujukan efektif mengikuti prinsip BAKSOKUDA yaitu :

- 1) B (Bidan) : Pastikan ibu dan bayi didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten.
- 2) A (Alat) : Bawa perlengkapan asuhan persalinan dan masa nifas.
- 3) K (Keluarga) : Beritahu Ibu dan Keluarga tentang kondisi dan alasan rujukan.
- 4) S (Surat) : Berikan surat rujukan yang mencantumkan alasan dan rincian penyakit serta asuhan yang telah diberikan.

- 5) O (obat) : Bawa obat-obatan esensial
- 6) K (Kendaraan) : Siapkan kendaraan yang nyaman.
- 7) U (Uang) : Ingatkan keluarga untuk membawa uang yang cukup.
- 8) Da (Darah dan Doa) : Siapkan darah baik dari anggota keluarga sebagai persiapan.

2.1.6 Teori Sectio Caesarea

1. Pengertian Sectio Caesarea

Sectio Caesarea (SC) adalah prosedur bedah untuk melahirkan bayi dengan membuka dinding perut dan dinding uterus. Operasi ini dilakukan untuk menyelamatkan nyawa ibu dan janin, serta menjadi alternatif persalinan jika persalinan pervaginal tidak memungkinkan (Agami dkk., 2023).

2. Etiologi

Menurut Amin & Hardhi (2016) operasi *Sectio Caesarea* dilakukan dengan indikasi sebagai berikut :

a. Indikasi berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, *Cephalopelvic Disproportion* (disproporsi janin/ panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu, keracunan kehamilan yang parah, komplikasi kehamilan yaitu preeklampsia dan eklampsia berat, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung,

DM), gangguan perjalanan persalinan (kista *ovarium*, *mioma uteri* dan sebagainya).

b. Indikasi berasal dari janin

Fetal distress/ gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin seperti bayi yang terlalu besar (*giant baby*), kelainan letak bayi seperti sungsang dan lintang, kelainan tali pusat dengan pembukaan kecil seperti prolapsus tali pusat, terlilit tali pusat, adapun faktor plasenta yaitu *plasenta previa*, *solutio plasenta*, *placenta accreta*, dan *vasa previa*. kegagalan persalinan vakum atau *forceps* ekstraksi, dan bayi kembar (*multiple pregnancy*).

3. Patofisiologi

Beberapa kelainan atau hambatan dalam proses persalinan dapat menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal atau spontan. Contohnya karena ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu, keracunan kehamilan yang parah, *pre eklampsia* dan *eklampsia* berat, kelainan letak bayi seperti sungsang dan lintang, kemudian sebagian kasus mulut rahim tertutup plasenta yang lebih dikenal dengan *plasenta previa*, bayi kembar, kehamilan pada ibu yang berusia lanjut, persalinan berkepanjangan, *plasenta* keluar dini, ketuban pecah tanpa persalinan dalam 24 jam, dan kontraksi lemah. Kondisi-kondisi ini dapat mengharuskan tindakan bedah *Sectio Caesarea* (Sari, 2016).

4. Klasifikasi

Menurut Amin & Hardi (2016), bentuk pembedahan *Sectio Caesarea* meliputi:

a. *Sectio Caesarea* Klasik

Sayatan vertikal dibuat pada bagian atas rahim. Pembedahan dilakukan dengan sayatan memanjang pada korpus uteri sepanjang sekitar 10 cm. Persalinan vaginal tidak dianjurkan untuk kehamilan berikutnya jika tindakan ini dilakukan.

b. *Sectio Caesarea Transperitoneal Profunda*

Juga dikenal sebagai low cervical dimana sayatan vertikal dibuat pada segmen bawah rahim. Dilakukan jika bagian bawah rahim tidak cukup tipis untuk memungkinkan sayatan transversar. Sebagian sayatan vertikal dilakukan sampai ke otot-otot bawah rahim.

c. *Sectio Caesarea Histerektomi*

Setelah janin dilahirkan dengan *Sectio Caesarea*, dilakukan pengangkatan rahim.

d. *Sectio Caesarea Ekstraperitoneal*

Dilakukan pada pasien yang telah menjalani *Sectio Caesarea* sebelumnya. Operasi dilakukan diatas bekas sayatan lama dengan insisi dinding dan fascia abdomen, sementara peritoneum dipotong ke arah kepala untuk mengekspos segmen bawah uterus sehingga dapat dibuka secara *ekstraperitoneal*.

5. Komplikasi

Menurut Jitowiyono & Kristiyanasari (2015) komplikasi Sectio Caesarea adalah sebagai berikut :

a. Infeksi *Puerperal*

Infeksi ini bersifat ringan, seperti demam selama beberapa hari pada masa nifas, atau berat seperti *peritonitis* dan *sepsis*.

b. Perdarahan

Perdarahan yang signifikan dapat terjadi selama operasi jika cabang-cabang arteri terbuka. Jumlah darah yang hilang selama operasi Sectio Caesarea bisa dua kali lebih banyak dibandingkan dengan persalinan normal.

c. Komplikasi lain mencakup luka kandung kemih dan *embolisme* paru.

d. Lemahnya parut pada dinding uterus. Komplikasi yang dapat muncul kemudian adalah lemahnya parut pada dinding uterus, yang dapat menyebabkan ruteri pada kehamilan berikutnya, terutama setelah sectio caesarea klasik.

Tindakan *Sectio Caesarea* juga dapat menimbulkan berbagai masalah perawatan pada ibu seperti nyeri bekas luka operasi, kelemahan, kerusakan integritas kulit, hambatan mobilitas fisik, resiko infeksi dan gangguan pola tidur.

6. Penatalaksanaan Post Operasi

Menurut Hartanti (2016), perawatan yang diperlukan bagi ibu post *sectio caesarea* meliputi :

a. Ruang Pemulihan

Pasien dipantau dengan cermat untuk melihat jumlah perdarahan dari vagina dan dilakukan palpasi fundus uteri untuk memastikan bahwa *uterus* berkontraksi dengan kuat. Cairan intravena diberikan karena pasien harus berpuasa selama 6 jam pertama pasca operasi, untuk mencegah hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi lainnya. Wanita dengan berat badan rata-rata dan hematokrit ≤ 30 serta volume darah dan cairan ekstraseluler normal dapat mentoleransi kehilangan darah hingga 2.000 ml.

b. Ruang Perawatan

1) Monitor tanda–tanda vital

Tanda-tanda vital yang perlu dipantau meliputi tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan, jumlah urine, jumlah perdarahan, dan status fundus uteri.

2) Pemberian obat-obatan

Analgesik diberikan setiap 3 jam untuk menghilangkan nyeri, seperti tramadol, antrain, ketorolac. Antibiotik seperti Ceftriaxone dan Cefotaxime juga diberikan.

3) Terapi cairan dan diet

Cairan intravena diberikan, umumnya 3 liter dalam 24 jam pertama. Jika pengeluaran urine kurang dari 30 ml/jam, evaluasi segera dilakukan. Cairan yang diberikan biasanya DS 1%, garam fisiologi, dan RL secara bergantian sesuai kebutuhan.

4) Pengawasan fungsi vesika urinaria dan usus

Kateter biasanya dilepas dalam waktu 12 jam pasca operasi. Makanan padat diberikan setelah 8 jam jika tidak ada komplikasi.

5) Ambulasi

Pada 6 jam pertama setelah operasi, pasien tetap baring tetapi dapat menggerakkan lengan, tangan, ujung jari kaki, memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis, serta menekuk dan menggeser kaki.

6) Perawatan luka

Luka insisi diperiksa setiap hari, dan jahitan kulit harus diganti jika balutan basah atau berdarah. Perawatan luka dilakukan dengan prinsip steril untuk mencegah infeksi.

7) Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan darah dilakukan setiap pagi pasca operasi untuk mengukur hematokrit, terutama jika terjadi kehilangan darah yang banyak atau tanda-tanda hipovolemia.

8) Menyusui

Menyusui dapat dimulai pada hari pertama pasca operasi
Sectio Caesarea.

2.1.7 Teori Nifas

1. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (*postpartum/puerperium*) berasal dari bahasa Latin "*Puer*" yang berarti bayi dan "*Parous*" yang berarti melahirkan.

Masa nifas dimulai 2 jam setelah plasenta lahir dan berlangsung hingga alat-alat reproduksi kembali ke kondisi sebelum kehamilan, yang berlangsung sekitar 6 minggu atau 42 hari (Kasmiati, 2023).

Pada periode ini, diperlukan asuhan yang menyeluruh, mulai dari perawatan pasca persalinan di fasilitas kesehatan hingga ibu kembali ke rumah. Banyak perubahan terjadi selama masa nifas, termasuk perubahan fisik, involusi uterus, dan laktasi.

2. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Menurut Kasmiati (2023), asuhan pada masa nifas sangat penting karena periode ini merupakan masa kritis bagi ibu dan bayi, terutama dalam 24 jam pertama. Tujuan asuhan masa nifas meliputi:

- a. Menjaga kesehatan fisik dan fisiologis ibu dan bayinya.
- b. Melakukan skrining yang menyeluruh, mendeteksi masalah, serta mengobati atau merujuk jika terjadi komplikasi pada ibu atau bayi.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi bayi, dan perawatan bayi sehat.
- d. Menyediakan layanan keluarga berencana.

3. Periode Masa Nifas

Menurut Kasmiati (2023), masa nifas dibagi menjadi 3 periode :

- a. *Puerperium dini*. Tahap awal pemulihan di mana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan. Dalam Islam, ibu dianggap bersih dan boleh kembali bekerja setelah 40 hari.

- b. *Puerperium intermedial*. Masa pemulihan total alat-alat genitalia yang berlangsung selama 6-8 minggu.
- c. *Remote puerperium*. Waktu yang diperlukan untuk pemulihan sempurna, terutama jika ada komplikasi selama kehamilan atau persalinan. Pemulihan bisa memakan waktu berminggu-minggu, berbulan-bulan, atau bahkan bertahun-tahun.

4. Tanda Bahaya Masa Nifas

Menurut Marni (2015), tanda bahaya pada masa nifas meliputi :

- a. Perdarahan pervaginam

Perdarahan ini diartikan sebagai kehilangan darah lebih dari 500 ml dalam 24 jam pertama setelah melahirkan. Ini adalah penyebab utama kehilangan darah serius yang sering ditemui di bagian obstetri.

- b. Infeksi masa nifas

Infeksi dapat disebabkan oleh berbagai bakteri setelah persalinan. Gejala umum termasuk demam, pembengkakan, dan takikardi. Gejala lokal dapat meliputi uterus yang lembek, kemerahan, nyeri pada payudara, atau disuria.

- c. Sakit kepala, nyeri epigastrik dan penglihatan kabur. Wanita yang baru melahirkan sering mengeluh sakit kepala hebat atau penglihatan kabur. Tindakan yang perlu dilakukan antara lain:

- 1) Memeriksa nadi, tekanan darah, dan pernapasan jika ibu sadar.
- 2) Melakukan intubasi jika ibu tidak bernapas, atau memberi oksigen 4-6 liter per menit jika pernapasan dangkal.

- 3) Membebaskan jalan napas, baringkan pada sisi kiri, ukur suhu, dan periksa kekakuan tengkuk jika ibu tidak sadar atau koma.

d. Demam, muntah rasa sakit waktu berkemih

Pada masa awal nifas, sensitivitas kandung kemih terhadap tegangan air kencing bisa menurun akibat trauma persalinan dan analgesia epidural. Sensasi peregangan kandung kemih juga bisa berkurang akibat episiotomi yang lebar, laserasi periuretra, atau hematoma dinding vagina.

e. Merasa sedih atau tidak mampu mengasuh bayinya dan diri sendiri.

Pada minggu-minggu awal setelah persalinan hingga sekitar satu tahun, ibu bisa mengalami perasaan sedih dan merasa tidak mampu mengasuh diri sendiri dan bayinya.

5. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

Perubahan fisiologi yang terjadi pada masa nifas meliputi :

a. Perubahan Sistem Reproduksi

1) Involusi Uterus

Involusi adalah proses kembalinya alat-alat genitalia internal maupun eksternal ke kondisi sebelum hamil. Uterus kembali ke berat sekitar 60 gram, dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus (Yulizawati dkk., 2021).

Tabel. 2.5 Perubahan Uterus Menurut Masa Involusinya

Involusi	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Plasenta Lahir	2 jari dibawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat dan simfisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba diatas simfisis	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

Sumber : (Dewi, 2020)

2) Lochea

Lochea adalah cairan yang berasal dari cavum uteri dan vagina selama masa nifas. Terdiri dari:

- a) Lochea rubra (cruenta) berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa plasenta, berlangsung selama 2 hari setelah persalinan.
- b) Lochea sanguilenta berwarna merah kuning berisi darah dan lendir, muncul pada hari ke 3 hingga tiga hari postpartum.
- c) Lochea serosa berwarna merah jambu kemudian kuning, berlangsung dari hari ke-7 hingga hari ke-14 setelah persalinan.
- d) Lochea alba berwarna putih krim, dimulai dari hari ke-14 dan berlangsung hingga 1-2 minggu berikutnya.

3) Serviks

Setelah melahirkan, serviks berbentuk seperti corong dan berwarna merah kehitaman. Konsistensinya lunak dan mungkin terdapat laserasi kecil yang tidak akan kembali ke keadaan sebelum hamil (Wahyuni, 2018).

4) Vulva dan Vagina

Mengalami penekanan dan peregangan besar selama persalinan. Setelah beberapa hari, vulva dan vagina kembali ke keadaan tidak hamil, dan luka-luka kecil pada vagina biasanya sembuh sendiri (Yulizawati dkk., 2021).

5) Perineum

Setelah melahirkan, perineum kendur akibat tekanan bayi. Pada hari ke-5 postnatal, tonus perineum mulai kembali, meskipun tidak sekuat sebelum hamil (Yulizawati dkk., 2021).

b. Sistem Pencernaan

Konstipasi sering terjadi setelah persalinan akibat tekanan pada alat pencernaan, pengeluaran cairan berlebih, dan kurangnya aktivitas tubuh. Dapat diatasi dengan diet tinggi serat, peningkatan asupan cairan, dan ambulasi awal (Yulizawati dkk., 2021).

c. Sistem Perkemihan

Pada hari pertama, ibu mungkin kesulitan buang air kecil akibat penyempitan saluran kencing. Kandung kemih menjadi kurang sensitif dan kapasitasnya bertambah, menyebabkan urine residual tertinggal (Yulizawati dkk., 2021).

d. Sistem Musculoskeletal

Ligamen dan diafragma pelvis serta fascia yang meregang kembali seperti sediakala. Namun, beberapa wanita mengeluh

kandungannya turun akibat ligamen dan jaringan penunjang yang kendur (Wahyuni, 2018).

e. Sistem Endokrin

Sistem endokrin kembali seperti sebelum hamil. Hormon kehamilan menurun segera setelah plasenta keluar, menyebabkan peningkatan prolaktin yang menstimulasi produksi ASI (Yulizawati dkk., 2021).

f. Payudara

Perubahan pada payudara meliputi penurunan progesteron dan peningkatan prolaktin setelah persalinan. Produksi ASI dimulai pada hari ke-2 atau ke-3 setelah persalinan, ditandai dengan payudara yang membesar dan keras (Yulizawati dkk., 2021).

6. Adaptasi Psikologis Masa Nifas

Adaptasi psikologis selama masa nifas melibatkan dukungan dari suami, keluarga, dan teman, yang didampingi oleh bidan. Hal ini penting untuk menciptakan hubungan baik antara petugas kesehatan dan klien serta antar klien sendiri (Yulizawati dkk., 2021).

a. *Taking in* (1-2 hari postpartum)

Wanita cenderung pasif dan sangat bergantung pada orang lain, berfokus pada dirinya sendiri, dan sering mengulang cerita tentang pengalaman melahirkan. Pada tahap ini, wanita yang baru melahirkan memerlukan istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur seperti kelelahan dan mudah tersinggung.

b. *Taking hold* (2-4 hari postpartum)

Ibu mulai khawatir tentang kemampuannya merawat bayi dan merasa takut tidak bisa bertanggung jawab. Ibu berusaha menguasai keterampilan seperti menggendong, menyusui, memberi minum, dan mengganti popok.

c. *Letting go*

Pada tahap ini, ibu biasanya sudah pulang dari rumah sakit dan mulai mengambil tanggung jawab penuh untuk merawat bayinya. Ibu harus menyesuaikan diri dengan kebutuhan bayi, yang dapat mengurangi interaksi sosial tertentu. Depresi postpartum sering terjadi pada tahap ini, sehingga dukungan dari keluarga dan tenaga kesehatan sangat dibutuhkan (Yulizawati dkk., 2021).

7. Standar Kunjungan dan Asuhan Masa Nifas

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2021), kunjungan nifas dilakukan minimal 4 kali untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir serta untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi, meliputi :

a. Kunjungan I

Kunjungan dalam waktu 6 jam – 2 hari setelah persalinan, yaitu :

- 1) Mencegah perdarahan pada masa nifas
- 2) Mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan serta memberikan rujukan jika perdarahan berlanjut

- 3) Memberikan konseling mengenai pencegahan perdarahan karena atonia uteri.
- 4) Mendorong pemberian ASI pada awal
- 5) Mempererat hubungan ibu dan bayi baru lahir
- 6) Mencegah hipotermi pada bayi.

b. Kunjungan II

Kunjungan dalam waktu 3 – 7 hari setelah persalinan, yaitu :

- 1) Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau
- 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau kelainan pasca melahirkan
- 3) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat
- 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda komplikasi
- 5) Memberikan konseling mengenai perawatan bayi, tali pusat, dan menjaga bayi tetap hangat.

c. Kunjungan III

Kunjungan dalam waktu 8 – 28 hari setelah persalinan, yaitu:

- 1) Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau

- 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau kelainan pasca melahirkan
- 3) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, istirahat
- 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda komplikasi
- 5) Memberikan konseling mengenai perawatan bayi, tali pusat, dan menjaga bayi tetap hangat

d. Kunjungan IV

Kunjungan dalam waktu 29 – 42 hari setelah persalinan, yaitu:

- 1) Menanyakan pada ibu tentang masalah yang dialami oleh bayi tetap hangat.
- 2) Memberikan konseling mengenai kontrasepsi dini (Yulizawati dkk., 2021).

8. Kebutuhan Masa Nifas

Menurut Yulizawati dkk., (2021) kebutuhan selama masa nifas meliputi hal sebagai berikut :

a. Nutrisi dan Cairan

Selama masa nifas, penting untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dengan asupan yang seimbang, termasuk protein dan karbohidrat. Ibu disarankan untuk menambah asupan kalori sekitar 500 kalori per hari dengan mengonsumsi 3-4 porsi makanan harian. Konsumsi air putih minimal 2-3 liter per hari sangat dianjurkan, terutama setiap kali menyusui. Suplemen zat besi dan kapsul vitamin A perlu dikonsumsi untuk meningkatkan

keseimbangan gizi. Kalsium dan vitamin D dapat diperoleh dari susu rendah lemak atau paparan matahari di pagi hari. Hindari konsumsi garam berlebihan selama masa nifas.

b. Ambulasi Dini

Ambulasi dini, yaitu memulai aktivitas fisik ringan seperti duduk dan berjalan segera setelah melahirkan, sangat dianjurkan. Hal ini membantu pemulihan fungsi tubuh, seperti pencernaan, sirkulasi, dan paru-paru, serta mencegah risiko trombosis.

c. Eliminasi

Untuk menjaga kesehatan, penting bagi ibu nifas untuk rutin buang air kecil setiap 3-4 jam dan memastikan BAB teratur setelah melahirkan. Ini membantu mencegah komplikasi seperti perdarahan uterus dan konstipasi.

d. Kebersihan Diri/Perineum

Perawatan kebersihan diri yang baik, seperti mandi dua kali sehari, mengganti pakaian dan pembalut secara teratur, serta membersihkan area genital, membantu mengurangi risiko infeksi dan meningkatkan kenyamanan ibu nifas.

e. Istirahat

Ibu nifas membutuhkan istirahat yang cukup, dengan tidur sekitar 7 jam pada malam hari dan tidur singkat siang hari. Kurang istirahat dapat berdampak pada produksi ASI, kesehatan mental, dan kemampuan merawat bayi.

f. Seksual

Aktivitas seksual sebaiknya ditunda hingga luka episiotomi sembuh dan pendarahan dari rahim (lochia) berhenti sepenuhnya, biasanya sekitar 40 hari setelah melahirkan.

2.1.8 Teori Pijat Oksitosin

1. Pengertian Pijat Oksitosin

Pijat oksitosin adalah suatu tindakan pemijatan tulang belakang mulai dari nervus ke 5-6 sampai scapula yang akan mempercepat kerja saraf parasimpatis untuk menyampaikan perintah ke otak bagian belakang sehingga oksitosin keluar. Pijat oksitosin ini dilakukan untuk merangsang refleks oksitosin atau let down reflex. Selain untuk merangsang let down reflex manfaat pijat oksitosin adalah memberikan kenyamanan pada ibu, mengurangi bengkak, mengurangi sumbatan ASI, merangsang pelepasan hormon oksitosin, mempertahankan produksi ASI (Rahmanindar dkk., 2023).

2. Hormon yang bekerja

a. Refleks Prolaktin

- 1) Refleks ini secara hormonal untuk memproduksi ASI.
- 2) Waktu bayi menghisap payudara ibu, terjadi rangsangan neurohormonal pada puting susu dan areola ibu.
- 3) Rangsangan ini diteruskan ke hipofisis melalui nervus vagus, terus ke lobus anterior.
- 4) Dari lobus ini akan mengeluarkan hormon prolaktin, masuk ke peredaran darah sampai pada kelenjar-kelenjar pembuat ASI.

5) Kelenjar ini akan terangsang untuk menghasilkan ASI.

b. Refleks aliran (Let Down Refleks)

Bersamaan dengan pembentukan prolaktin oleh hipofisis anterior, rangsangan yang berasal dari isapan bayi dilanjutkan ke hipofisis posterior yang kemudian dikeluarkan oksitosin. Melalui aliran darah, hormon ini menuju uterus sehingga menimbulkan kontraksi, kontraksi dari sel akan memeras air susu yang telah terbuat keluar dari alveolus dan masuk ke sistem duktus dan selanjutnya mengalir melalui masuk ke mulut bayi (Rahmanindar dkk., 2023).

3. Mekanisme Pijat Oksitosin

Pijat oksitosin adalah pijat yang dilakukan sepanjang tulang belakang (vertebrae) sampai costae ke lima atau ke enam. Melalui pemijatan pada tulang belakang, neurotransmitter akan merangsang medulla oblongata langsung mengirim pesan ke hipotalamus untuk mengeluarkan oksitosin. Dengan pijat oksitosin ini juga akan relaksasi ketegangan dan menghilangkan stress serta meningkatkan rasa nyaman. Saat ibu merasa nyaman atau rileks tubuh akan mudah melepaskan hormon oksitosin. Hormon oksitosin diproduksi oleh kelenjar hipofisis posterior. Setelah diproduksi oksitosin akan memasuki darah kemudian merangsang sel-sel mioepitel yang mengelilingi alveolus mammae dan duktus laktiferus. Kontraksi sel-sel mioepitel mendorong ASI keluar dari alveolus mammae melalui duktus laktiferus menuju ke sinus laktiferus dan disana ASI akan

disimpan. Pada saat bayi menghisap puting susu, ASI yang tersimpan di sinus laktiferus akan tertekan keluar ke mulut bayi (Rahmanindar dkk., 2023).

4. Manfaat Pijat Oksitosin

Manfaat pijat oksitosin bagi ibu nifas dan ibu menyusui, diantaranya:

- a. Mempercepat penyembuhan luka bekas implantasi plasenta.
 - b. Mencegah terjadinya perdarahan post partum.
 - c. Dapat mempercepat terjadinya proses involusi uterus.
 - d. Meningkatkan produksi ASI.
 - e. Meningkatkan rasa nyaman pada ibu menyusui.
 - f. Meningkatkan hubungan psikologis antara ibu dan keluarga
- (Rahmanindar dkk., 2023).

5. Langkah-langkah Pijat Oksitosin

Menurut Rahmanindar dkk., (2023), berikut adalah cara melakukan pijat oksitosin :

- a. Jelaskan kepada ibu mengenai prosedur, tujuan, dan cara kerja pijat untuk mempersiapkan kondisi psikologisnya.
- b. Siapkan peralatan dan minta ibu untuk membuka pakaian atas serta siapkan handuk untuk meningkatkan efisiensi tindakan.
- c. Atur posisi duduk ibu dengan tangan dilipat di depannya dan kepala bersandar, untuk memudahkan akses ke tulang belakang.
- d. Oleskan minyak atau baby oil pada kedua telapak tangan.

- e. Pijat sepanjang kedua sisi tulang belakang ibu dengan menggunakan kedua telapak tangan, dengan ibu jari menghadap ke depan.
- f. Tekan kuat kedua sisi tulang belakang dalam gerakan melingkar kecil dengan menggunakan ibu jari.
- g. Pijat kedua sisi tulang belakang dari leher ke tulang belikat dengan gerakan menurun secara bersamaan.
- h. Ulangi pijatan hingga 3 kali.
- i. Bersihkan punggung ibu dengan waslap air hangat dan dingin secara bergantian.

Gambar 2.2 Pijat Oksitosin



Pijat oksitosin ini dapat dilakukan oleh anggota keluarga tanpa perlu campur tangan petugas kesehatan dan bisa diberikan kapan saja, termasuk saat ibu sudah lancar menyusui, untuk meningkatkan kenyamanan dan membantu memperlancar produksi ASI.

6. Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Pijat Oksitosin

Ibu harus memperhatikan faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan pijat oksitosin yaitu mendengarkan suara bayi yang

dapat memicu aliran yang memperlihatkan bagaimana produksi susu dapat dipengaruhi secara psikologis dan kondisi lingkungan saat menyusui, rasa percaya diri sehingga tidak muncul persepsi tentang ketidakcukupan suplai ASI, mendekati diri dengan bayi, relaksasi yaitu latihan yang bersifat merilekskan maupun menenangkan seperti meditasi, yoga, dan relaksasi progresif dapat membantu memulihkan ketidakseimbangan saraf dan hormone serta memberikan ketenangan alami, sentuhan dan pijatan ketika menyusui, dukungan suami, dan keluarga, minum-minuman hangat yang menenangkan dan tidak dianjurkan ibu minum kopi karena mengandung kafein, menghangatkan payudara, merangsang puting susu yaitu menarik dan memutar puting secara perlahan menggunakan jari-jari ibu (Rahmanindar dkk., 2023).

7. Evidence Based

Penelitian Zendato, dkk (2019) dengan judul Pengaruh Pijat Oksitosin Terhadap Produksi ASI Pada Ibu Postpartum. Hasil penelitian menunjukkan bahwa rerata produksi ASI sebelum pijat oksitosin adalah sebesar 0,00 dengan jumlah rata-rata 0,00. Sedangkan rata-rata produksi ASI sesudah pijat oksitosin adalah sebesar 5,00 dengan jumlah rata-rata 45,00 sehingga dapat terlihat adanya peningkatan rata-rata produksi ASI sebelum dan sesudah pijat oksitosin dengan nilai Z adalah -2,673 dan nilai p-value adalah 0,008 ($p \leq 0,05$) maka dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh yang

signifikan terhadap produksi ASI sebelum dan sesudah dilakukan pijat oksitosin.

Penelitian Fatmawati Ibrahim (2021), yang berjudul Penerapan Pijat Oksitosin dan Marmet untuk Meningkatkan Produksi ASI Ibu Nifas. Hasil uji wilcoxon didapatkan nilai mean pre and post test pijat oksitosin adalah 4,7 dengan value 0,0005 dan teknik marmet nilai mean 4,5 dengan p-value 0,0004. Kesimpulan pijat oksitosin lebih efektif dibanding teknik marmet terhadap produksi ASI Ibu nifas di Puskesmas (Rahmanindar dkk., 2023).

2.1.9 Teori Facial Postnatal Massage

1. Pengertian Facial Postnatal Massage

Facial touch atau totok wajah merupakan suatu metode perawatan wajah yang dilakukan dengan pemijatan pada daerah wajah. Totok wajah adalah teknik menotok atau menekan dengan ujung jari tangan pada titik-tertentu di wajah. Pijat atau massage didefinisikan sebagai tindakan penekanan oleh tangan pada jaringan lunak, biasanya otot tendon atau ligamen tanpa menyebabkan pergeseran atau perubahan posisi sendi guna menurunkan nyeri, menghasilkan relaksasi, dan atau meningkatkan sirkulasi (Puteri dkk., 2022).

Terapi totok wajah atau tusuk jari merupakan salah satu metode fisioterapi berasal dari tiongkok yang pelaksanaannya dilakukan dengan pemijatan atau menstimulasi dan penekanan pada titik tertentu pada tubuh yang disebut dengan area meridian tubuh

(Irawan dkk., 2023). Facial touch atau totok wajah merupakan alternatif dari terapi komplementer yang dapat digunakan untuk menurunkan kecemasan hingga stress (Wahyuni dkk., 2022).

2. Mekanisme Kerja Facial Postnatal Massage

Totok wajah ini disinyalir dapat menurunkan kecemasan. Penurunan kecemasan ibu nifas ketika melakukan totok wajah dihubungkan dengan efek relaksasi yang ditimbulkan dari totok wajah (Puteri dkk., 2022). Terapi ini menggunakan pada titik akupuntur di wajah dengan adanya penekanan yang teratur guna mengirim sinyal yang menyeimbangkan sistem syaraf atau melepaskan hormon relaksasi berupa endorfin yang sehingga dapat menurunkan nyeri dan stress pada ibu post partum (Wahyuni dkk., 2022).

Pada waktu orang mengalami ketegangan dan kecemasan yang bekerja adalah sistem saraf simpatis, sedangkan pada waktu rileks yang bekerja adalah sistem saraf parasimpatis. Relaksasi berusaha mengaktifkan kerja saraf parasimpatis. Keadaan rileks menurunkan aktivitas amigdala, mengendurkan otot, dan melatih individu mengaktifkan kerja sistem saraf parasimpatis sebagai counter aktivitas sistem saraf simpatis (Puteri dkk., 2022).

Ibu post partum umumnya mengalami kecemasan pada awal adaptasi karena khawatir merawat bayinya. Kecemasan yang berlanjut akan menyebabkan kepanikan bagi ibu nifas sehingga berdampak pada depresi. Pijatan totok wajah dapat mengurangi

kecemasan sebagai intervensi awal pada ibu nifas (Wahyuni dkk., 2022).

3. Manfaat Facial Postnatal Massage

Manfaat dari facial touch untuk ibu post partum yaitu mengurangi nyeri, mendukung kesehatan uterus, mengurangi ketegangan, stress dan kecemasan, mengurangi mual dan merangsang aktivitas peristaltik, mendorong bernafas lebih dalam dan meningkatkan respirasi internal, mengurangi ketegangan otot, mengembalikan keseimbangan postur tubuh (Wahyuni dkk., 2022).

Manfaat lainnya adalah menormalkan berbagai gerak sendi, mempercepat peredaran darah untuk membawa makanan ke seluruh jaringan dan mengurangi toksin serta edema meredakan varises dan menormalkan tekanan darah, mengangkat suasana hati atau mood, meningkatkan produksi asi, dan mendorong perawatan ibu yang penuh kasih, mempersiapkan fisik, emosional dan mental ibu untuk menghadapi masa nifas (Wahyuni dkk., 2022).

Efek lain dari terapi facial adalah berkurangnya tingkat stres teruji dapat menurunkan kadar stress (hormone cortisol, adrenalin dan noradrenalin), menjadikan kualitas tidur lebih baik (Irawan dkk., 2023).

4. Langkah-langkah Facial Postnatal Massage

Tahapan yang dilakukan untuk facial loving touch:

a. Resting Hand

Tutuplah mata klien dengan lembut sehingga telapak tangan menutupi mata, alis, dahi, dan jari-jari berada di pipi

b. Face sweep

Usap dengan kedua telapak tangan dari dagu sampai ke pelipis dilakukan secara bergantian antara tangan kanan dan kiri.

c. Open book

Usap dahi dengan kedua tangan secara bergantian dari ujung alis bagian dalam ke arah atas lalu buka dahi dengan gerakan tangan kanan dan kiri bersamaan ke arah luar.

d. Sweep Nose and eyebrow

Usap hidung dengan teknik menjepit dari atas lubang hidung sampai ujung mata bagian dalam (4x) lanjutkan cubitan pada alis dengan kedua tangan.

e. Smile upper lip

Gerakan memijat ke arah luar rahang atas / bawah hidung

f. Smile under lip

Gerakan memijat ke arah luar rahang bawah/bawah mulut.

g. Jaw sweep

Usap secara melingkar bagian dagu dan pipi bawah

h. Cheekbone rain drop

Berikan gerakan menyerupai titik-titik hujan di tulang pipi

i. Totok wajah

Memberikan tekanan pada titik-titik berikut:

- 1) Titik tengah bawah mulut
- 2) Titik tepi bawah mulut
- 3) Titik tengah bawah lubang hidung
- 4) Titik tepi bawah lubang hidung
- 5) Titik tepi atas lubang hidung
- 6) Titik ujung mata bagian dalam
- 7) Titik ujung alis bagian dalam
- 8) Titik ujung alis bagian tengah
- 9) Titik ujung alis bagian luar (IHCA, 2020)

2.1.10 Teori Bayi Baru Lahir

1. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang baru saja lahir dan berusia antara 0 hingga 28 hari. Bayi ini mengalami penyesuaian fisiologis untuk beradaptasi dari kehidupan intrauterin ke kehidupan di luar rahim serta harus memiliki toleransi yang cukup untuk hidup dengan baik. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir antara usia kehamilan 37-41 minggu, dengan presentasi belakang kepala atau sungsang tanpa menggunakan alat bantu. Bayi normal ini memiliki berat badan antara 2500-4000 gram dan panjang badan sekitar 48-52 cm (Ernawaty dkk., 2023).

2. Ciri-ciri Bayi Baru lahir

Ciri-ciri bayi normal adalah, sebagai berikut :

1. Berat badan 2.500-4.000 gram.
2. Panjang badan 48-52.
3. Lingkar dada 30-38.
4. Lingkar kepala 33-35.
5. Frekuensi jantung 120-160 kali/menit.
6. Pernapasan \pm 40-60 kali/menit.
7. Kulit kemerah-merahan dan licin karena lapisan lemak bawah kulit sudah cukup.
8. Tidak terlihat rambut lanugo, rambut kepala sudah lengkap.
9. Kuku agak panjang dan lembut.
10. Genitalia: pada perempuan labia mayora menutupi labia minora, serta pada laki-laki, testis sudah turun dan skrotum sudah terbentuk.
11. Refleks hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
12. Refleks Moro atau gerak memeluk jika dikagetkan sudah baik.
13. Refleks grasped atau menggenggam sudah baik.
14. Eliminasi yang baik, dengan mekonium keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan (Ernawati dkk., 2023).

3. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Tanda bahaya pada bayi baru lahir mencakup :

1. Menolak menyusu atau muntah setiap kali menyusu.

2. Kejang pada bayi
3. Bayi lemah, hanya bergerak jika dirangsang
4. Pernafasan cepat (>60x/menit).
5. Bayi mengangis dengan suara berat (merintih).
6. Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat
7. Pusing bayi kemerahan, berbau tidak sedap, dan mengeluarkan nanah
8. Demam (suhu > 37 °C) atau suhu tubuh bayi dingin (suhu < 36,50c)
9. Mata bayi bernanah
10. Bayi mengalami diare
11. Kuning pada kulit telapak tangan dan kaki bayi. Kuning yang muncul dalam 24 jam pertama (kurang dari 24 jam) setelah lahir dan berlangsung lebih dari 14 hari merupakan tanda bahaya.
12. Tinja bayi berwarna pucat. (Yulizawati dkk., 2021)

4. Asuhan Bayi Baru Lahir

Asuhan bayi baru lahir mencakup serangkaian tindakan untuk menjaga bayi tetap hangat, membersihkan saluran napas, mengeringkan tubuh (kecuali telapak tangan), memantau tanda-tanda bahaya, memotong dan mengikat tali pusat, melakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD), memberikan suntikan vitamin K1, mengoleskan salep mata antibiotik, memberikan imunisasi Hepatitis B, dan melakukan pemeriksaan fisik (Ernawati dkk., 2023).

Tujuan asuhan bayi baru lahir adalah untuk membersihkan saluran napas, merangsang pernapasan, memantau kemungkinan anomali fisik, memberikan kehangatan yang memadai, membantu bayi beradaptasi dengan lingkungan baru, mencegah infeksi dan cedera, serta mempersiapkan bayi untuk perawatan lebih lanjut (Yulizawati dkk., 2021).

- a. Menjaga suhu bayi agar tetap hangat dengan menyelimuti bayi segera setelah lahir, menunda mandi selama 6 jam untuk mencegah hipotermia.
- b. Membersihkan saluran napas dengan menghisap lendir dari mulut dan hidung jika perlu, sambil mengevaluasi skor APGAR pada menit pertama.
- c. Mengeringkan tubuh bayi dengan lembut menggunakan kain atau handuk kering, membiarkan verniks mengering alami untuk membantu menjaga kehangatan bayi.
- d. Memotong dan mengikat tali pusat dengan teknik aseptik dan antiseptik, sambil mengevaluasi skor APGAR pada menit kelima.
- e. Melakukan IMD dengan meletakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk memulai proses menyusui sejak dini.
- f. Memberikan suntikan vitamin K1 untuk mencegah perdarahan, dilakukan setelah IMD dan sebelum pemberian imunisasi Hepatitis B.
- g. Mengoleskan salep mata antibiotik pada kedua mata bayi untuk mencegah infeksi.

- h. Memberikan imunisasi Hepatitis B dalam waktu 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1.
- i. Melakukan pemeriksaan fisik menyeluruh untuk mendeteksi kelainan atau kondisi yang memerlukan perhatian khusus (Ernawati dkk., 2023). Diantaranya :
- 1) Kepala: pemeriksaan terhadap ukuran, bentuk, sutura menutup/melebar adanya caput succedaneum, cephal hematoma.
 - 2) Mata: pemeriksaan terhadap perdarahan, subkonjungtiva, dan tanda-tanda infeksi
 - 3) Hidung dan mulut: pemeriksaan terhadap labioskizis, labiopalatoschisis dan reflex isap
 - 4) Telinga: pemeriksaan terhadap kelainan daun telinga dan bentuk telinga.
 - 5) Leher: pemeriksaan terhadap serumen atau simetris.
 - 6) Dada: pemeriksaan terhadap bentuk, pernapasan dan ada tidaknya retraksi
 - 7) Abdomen: pemeriksaan terhadap membuncit (pembesaran hati, limpa, tumor).
 - 8) Tali pusat: pemeriksaan terhadap perdarahan jumlah darah pada tali pusat, warna dan besar tali pusat, hernia di tali pusat atau selangkangan.
 - 9) Alat kelamin: untuk laki-laki, apakah testis berada dalam skrotum, penis berlubang pada ujung, pada wanita vagina berlubang dan apakah labia mayora menutupi labia minora.

10) Anus: tidak terdapat atresia ani

11) Ekstremitas: tidak terdapat polidaktili dan sindaktili (Ernawati dkk., 2023)

5. Standar Kunjungan Bayi Baru Lahir

Standar kunjungan bayi baru lahir, menurut Kementerian Kesehatan RI (2021), adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada neonatus minimal sebanyak 3 kali, dalam rentang waktu 0 hingga 28 hari setelah kelahiran.

- a. Kunjungan neonatus pertama dilakukan 6-48 jam setelah kelahiran. Pada kunjungan ini dilakukan pemeriksaan pernapasan, warna kulit, gerakan aktif, pengukuran berat badan, panjang badan, lingkaran lengan, dan lingkaran dada. Selain itu, diberikan salep mata, vitamin K1, vaksin Hepatitis B, perawatan tali pusat, dan pencegahan kehilangan panas.
- b. Kunjungan neonatus kedua dilakukan pada hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah kelahiran. Pada kunjungan ini dilakukan pemeriksaan fisik, perawatan tali pusat, dukungan pemberian ASI eksklusif, praktik kebersihan pribadi, pola istirahat, keamanan, serta deteksi tanda-tanda bahaya.
- c. Kunjungan neonatus ketiga dilakukan pada hari ke-8 sampai hari ke-28 setelah kelahiran. Pada kunjungan ini dilakukan pemeriksaan pertumbuhan dengan mengukur berat badan, tinggi badan, dan evaluasi nutrisi (Ernawati dkk., 2023).

6. Adaptasi Fisiologi Bayi Baru Lahir

Adaptasi fisiologi bayi baru lahir menurut Ernawati dkk., (2023) meliputi :

- a. Sistem pernapasan mengalami perubahan signifikan setelah kelahiran. Bayi normal biasanya mulai bernapas dalam waktu 30 detik setelah lahir dengan frekuensi pernapasan sekitar 30-60 kali per menit.
- b. Sistem kardiovaskuler mengalami adaptasi dengan berkembangnya paru-paru yang menyebabkan penurunan resistensi pembuluh darah arteri pulmonalis dan penutupan ductus arteriosus.
- c. Regulasi suhu tubuh dan metabolisme mengalami perubahan untuk mengatasi perubahan lingkungan. Bayi yang terpapar suhu lingkungan yang tidak optimal berisiko mengalami hipotermia.
- d. Sistem neurologis bayi baru lahir belum sepenuhnya berkembang, yang ditandai dengan koordinasi gerakan yang belum sempurna, kontrol otot yang lemah, serta respon terhadap rangsangan yang belum matang.
- e. Sistem gastrointestinal mengalami perubahan dalam metabolisme gula darah dan pemenuhan energi dari asam lemak pada jam-jam pertama setelah kelahiran.
- f. Ginjal mulai berfungsi dengan bayi berkemih sejak 24 jam pertama setelah kelahiran, dengan frekuensi berkemih yang meningkat pada hari-hari awal kehidupan.

- g. Hati berperan penting dalam produksi zat yang diperlukan untuk pembekuan darah dan pengaturan bilirubin dalam darah.
- h. Sistem kekebalan tubuh bayi baru lahir belum matang sepenuhnya, meningkatkan risiko infeksi pada periode neonatal.

7. Skrining Hipotiroid Kongenital

a. Pengertian Skrining Hipotiroid Kongenital

Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) adalah skrining/ujisaring yang dilakukan pada saat bayi berumur beberapa hari untuk memilah bayi yang menderita kelainan Hipotiroid Kongenital dari bayi yang bukan penderita. Skrining bayi baru lahir dilakukan agar dapat mendeteksi adanya gangguan kongenital sedini mungkin, sehingga bayi yang mengalami kelainan dapat segera dilakukan intervensi secepatnya (Putri dkk., 2023).

Hipotiroid kongenital (HK) adalah kelainan pada bayi sejak lahir yang disebabkan defisiensi sekresi hormon tiroid oleh kelenjar tiroid, dan berkurangnya kerja hormon tiroid pada tingkat selular. Tujuan skrining hipotiroid kongenital (SHK) adalah menghilangkan atau menurunkan mortalitas, morbiditas dan kecacatan akibat penyakit hipotiroid kongenital (Hiola dkk., 2022).

Hormon Tiroid (HT) sangat diperlukan untuk metabolisme normal sepanjang hidup, untuk pertumbuhan fisik selama masa kanak-kanak, dan untuk perkembangan otak dalam rahim dan selama 2–3 tahun pertama kehidupan. Hormon Tiroid mengatur

pertumbuhan, mielinisasi sistem saraf, metabolisme, dan fisiologis. Hormon ini berfungsi di hampir setiap sistem organ. Deteksi defisiensi hormon tiroid pada awalan kehidupan melalui SHK memungkinkan dilakukan pengobatan secara dini guna mencegah kerusakan otak. Kekurangan hormon tiroid bawaan dapat disebabkan oleh gangguan perkembangan kelenjar tiroid atau sintesis hormon tiroid (Dumilah dkk., 2023).

Dilakukannya SHK pada bayi baru lahir merupakan bentuk deteksi dan terapi dini pada Hipotiroid Kongenital yang akan mencegah kecacatan karena gangguan perkembangan saraf dan mengoptimalkan perkembangan bayi dikemudian hari. Tujuan dari SHK adalah mendeteksi semua bentuk Hipotiroid Kongenital primer baik yang ringan, sedang, dan berat (IDAI, 2017).

b. Pemeriksaan Skrining Hipotiroid Kongenital

Skrining dilakukan dengan menggunakan pemeriksaan Thyroid Stimulating Hormon (TSH) pada bayi, dimana pemeriksaan tersebut yang paling sensitif untuk mendeteksi Hipotiroid Kongenital primer. Pemeriksaan SHK yaitu dengan cara mengambil dengan cara mengambil darah dari tumit dan diteteskan ke dalam kertas saring yang selanjutnya diperiksa di laboratorium untuk mengetahui kadar Thyroid Stimulating Hormone (TSH) dalam darahnya. Waktu paling efektif untuk melakukan SHK adalah pada usia setelah 24-48 jam, namun pemeriksaan pada 48 jam sampai dengan 72 jam setelah lahir

masih dapat dilakukan karena termasuk dalam waktu terbaik dilakukannya SHK. Perlu diperhatikan bahwa pemeriksaan yang dilakukan sebelum usia 48 jam dapat meningkatkan angka positif-palsu karena adanya lonjakan Thyroid Stimulating Hormon pada bayi baru lahir (IDAI, 2017).

c. Dampak Keterlambatan SHK

Terlambatnya SHK untuk mendiagnosis HK pada bayi baru lahir dapat mengakibatkan dampak yang luas yaitu :

1) Dampak untuk anak

Anak yang tidak segera dideteksi dan diterapi akan mengalami kecacatan yang mengganggu kehidupannya. Anak akan mengalami gangguan pertumbuhan fisik secara keseluruhan, serta yang sangat tidak diharapkan yaitu dapat terjadi perkembangan retardasi mental yang tidak bisa dipulihkan.

2) Dampak untuk keluarga

Keluarga yang memiliki anak dengan HK akan mendapat dampak secara ekonomi maupun secara psikososial. Segi ekonomi keluarga akan terbebani karena anak dengan retardasi mental harus mendapat pendidikan, pengasuhan dan pengawasan yang khusus. Secara psikososial, keluarga akan lebih merasa rendah diri dan menjadi stigma dalam keluarga dan masyarakat. Produktivitas keluarga juga menurun karena harus mengasuh anak dengan HK.

3) Dampak untuk negara

Dampak jika negara tidak melakukan SHK pada seluruh bayi baru lahir adalah negara akan menanggung beban biaya pendidikan maupun pengobatan terhadap kurang lebih 1600 bayi dengan hipotiroid kongenital setiap tahun. Negara juga akan mengalami kerugian sumber daya manusia yang berkualitas (Kemenkes, 2023).

8. Imunisasi

a. Pengertian Imunisasi

Imunisasi adalah upaya yang dilakukan dengan sengaja memberikan kekebalan (imunitas) pada anak sehingga terhindar dari penyakit. Imunisasi adalah cara untuk meningkatkan kekebalan seseorang terhadap suatu penyakit dengan memberikan “infeksi ringan” yang tidak berbahaya namun cukup untuk menyiapkan respons imun, sehingga apabila kelak terpajan pada penyakit tersebut ia tidak menjadi sakit (Ernawati dkk., 2023).

b. Manfaat Imunisasi

Manfaat imunisasi bagi anak dapat mencegah penyakit cacat dan kematian, sedangkan manfaat bagi keluarga adalah dapat menghilangkan kecemasan dan mencegah biaya pengobatan yang tinggi bila anak sakit. Bayi yang mendapat imunisasi dasar lengkap akan meningkatkan kualitas hidup anak sehingga tidak terkena penyakit dan peningkatan nilai kesehatan orang disekitarnya (Ernawati dkk., 2023)

c. Jenis-jenis Imunisasi

Berikut adalah imunisasi dasar lengkap dari Kemenkes dan IDAI (2023) yang dapat diikuti oleh masyarakat Indonesia terdapat 8 jenis vaksin yang diberikan pada imunisasi rutin untuk bayi dan baduta meliputi :

1. Hepatitis B untuk memberikan kekebalan tubuh dari penyakit hepatitis B.
2. *Bacillus Calmette Guerin* (BCG) untuk memberikan kekebalan tubuh dari penyakit tuberkulosis (TB).
3. DPT-HB-Hib untuk memberikan kekebalan tubuh dari penyakit difteri, pertussis, tetanus, hepatitis B dan infeksi *Haemophilus influenzae* tipe b.
4. OPV yaitu vaksin polio tetes untuk memberikan kekebalan tubuh dari penyakit polio.
5. IPV yaitu vaksin polio suntik untuk memberikan kekebalan tubuh dari penyakit polio.
6. *Pneumococcal Conjugate Vaccine* (PCV) untuk memberikan kekebalan tubuh dari penyakit pneumonia.
7. Rotavirus Vaccine untuk memberikan kekebalan tubuh dari penyakit diare.
8. MR untuk memberikan kekebalan tubuh dari penyakit campak dan rubella.

Tabel 2.6 Jadwal pemberian imunisasi bayi dan baduta

Usia pemberian	Jenis Imunisasi
0-7 hari	Hepatitis B (HB0)
1 bulan	BGC, OPV 1
2 bulan	DPT-HB-Hib 1, OPV 2, PCV 1, Rotavirus 1
3 bulan	DPT-HB-Hib 2, OPV 3, PCV 2, Rotavirus 2
4 bulan	DPT-HB-Hib 3, OPV 4, IPV 1, Rotavirus 3
9 bulan	Campak Rubella 1, IPV 2
12 bulan	PCV 3
18 bulan	DPT-HB-Hib 4, Campak Rubella 2

Sumber : (Kemenkes dan IDAI, 2023)

2.2 Tinjauan Teori Asuhan Kebidanan

2.2.1 Pengertian Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah suatu metoda pengaturan, pengorganisasian pikiran dan tindakan dalam urutan yang logis, efektif dan efisien baik bagi pasien maupun bidan sebagai petugas kesehatan (Setiawati & Susanti, 2023).

Manajemen kebidanan melibatkan penggunaan metode untuk mengorganisir pemikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan empiris, dan keterampilan praktis dalam rangkaian langkah-langkah yang sistematis. Tujuannya adalah untuk memberikan pelayanan kebidanan yang menyeluruh dan terpadu kepada klien dengan memanfaatkan proses pengambilan keputusan yang berfokus pada kebutuhan klien (Kasmiati dkk., 2023).

2.2.2 Model Dokumentasi Asuhan Kebidanan

1. Manajemen Kebidanan Tujuh Langkah Varney

a. Langkah I: Pengumpulan data dasar

Melibatkan pengumpulan semua informasi yang relevan untuk mengevaluasi kondisi klien secara komprehensif dari berbagai sumber yang dapat dipercaya.

b. Langkah II: Interpretasi data dasar

Mengidentifikasi dan menafsirkan diagnosa atau masalah klien berdasarkan data yang telah terkumpul dengan benar.

c. Langkah III: Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial tambahan berdasarkan informasi yang sudah dikumpulkan, dan mempersiapkan langkah-langkah pencegahan jika diperlukan.

d. Langkah IV : Identifikasi kebutuhan yang membutuhkan penanganan segera

Mengidentifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera oleh bidan atau tim kesehatan lainnya sesuai dengan kondisi klien.

e. Langkah V: Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Membuat rencana asuhan yang komprehensif berdasarkan hasil identifikasi sebelumnya, serta mempertimbangkan antisipasi terhadap perkembangan yang mungkin terjadi pada klien.

f. Langkah VI: Melaksanakan perencanaan

Melaksanakan rencana asuhan dengan efisien dan aman, atau mengoordinasikan pelaksanaannya jika dilakukan oleh anggota tim kesehatan lainnya.

g. Langkah VII: Evaluasi

Mengevaluasi efektivitas asuhan yang telah diberikan untuk memastikan bahwa kebutuhan klien telah terpenuhi sesuai dengan diagnosa dan masalah yang telah diidentifikasi (Kasmiati dkk., 2023).

2. Manajemen Kebidanan Metode SOAP

a. Data subjektif

Menurut Yulizawati dkk., (2021), data subjektif adalah informasi yang diperoleh dari anamnesis, baik langsung dari klien maupun dari keluarga. Anamnesis dilakukan secara rinci untuk memastikan keakuratan informasi. Bidan menggunakan penilaian intuitifnya terhadap informasi yang diperoleh.

Data ini mencakup ekspresi kekhawatiran dan keluhan klien yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang relevan untuk diagnosis. Untuk klien yang tidak bisa berbicara, ditandai dengan huruf "O" atau "X" di belakang bagian "S" untuk menunjukkan kondisi tuna wicara. Data subjektif ini penting untuk mendukung proses diagnosa (Kasmiati dkk., 2023).

b. Data objektif

Menurut Yulizawati dkk., (2021), data objektif didapatkan melalui pemeriksaan fisik dan pemeriksaan lainnya yang dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan lainnya. Ini meliputi pemeriksaan tanda-tanda vital, keadaan umum klien, serta pemeriksaan fisik dari kepala sampai kaki. Data objektif ini akan

berhubungan dengan data subjektif dan membantu dalam membuat keputusan lanjutan seperti assessment

Menurut Rukiyah (2018), data objektif didapatkan melalui hasil pemeriksaan oleh tenaga kesehatan yang ada mulai dari pemeriksaan tanda-tanda vital, keadaan umum, pemeriksaan dari ujung kepala sampai kaki.

c. Assesment

Assesment melibatkan analisis dan interpretasi hasil dari data subjektif dan objektif. Karena kondisi klien dapat berubah kapan saja, dan informasi baru dapat ditemukan dari data subjektif maupun objektif, proses evaluasi data menjadi dinamis. Assesment yang tepat dan akurat akan memungkinkan bidan untuk mengikuti perkembangan klien dengan baik dan mengambil keputusan atau tindakan yang sesuai (Kasmiati dkk., 2023).

d. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan mencakup pencatatan semua rencana dan tindakan yang dilakukan, termasuk tindakan antisipatif, tindakan mendesak, penyuluhan, dukungan, kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya, evaluasi, dan rujukan jika diperlukan. Tujuan dari penatalaksanaan adalah untuk memastikan klien mencapai kondisi yang optimal dan mempertahankan kesejahteraannya (Kasmiati dkk., 2023).

2.3 Landasan Hukum Kewenangan Bidan

2.3.1 Landasan Hukum

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan. Pada Bab VI tentang Praktik Kebidanan bagian kedua Tugas dan Wewenang:

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
2. Pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang; dan/atau
3. Pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.
4. Tugas Bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilaksanakan secara bersama atau sendiri.
5. Pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara bertanggung jawab dan akuntabel.

Pasal 47

1. Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan dapat berperan sebagai:
 - a. Pemberi pelayanan kebidanan
 - b. Pengelola pelayanan kebidanan
 - c. Penyuluh 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.

Pasal 48

Bidan dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 dan 47, harus sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya.

Pasal 49

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (1) huruf a, Bidan berwenang:

1. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa sebelum hamil
2. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa kehamilan normal
3. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa persalinan dan menolong persalinan normal
4. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa nifas
5. Melakukan pertolongan pertama kegawatdaruratan ibu hamil, bersalin, nifas, dan rujukan
6. Melakukan deteksi dini kasus risiko dan komplikasi pada masa kehamilan, persalinan, pascapersalinan, masa nifas, serta asuhan pasca keguguran, dan dilanjutkan dengan rujukan.

Pasal 50

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (1) huruf b, Bidan berwenang:

1. Memberikan Asuhan Kebidanan pada bayi baru lahir, bayi, balita, dan anak prasekolah
2. Memberikan imunisasi sesuai program pemerintah pusat
3. Melakukan pemantauan tumbuh kembang pada bayi, balita, dan anak prasekolah serta deteksi dini kasus penyulit, gangguan tumbuh kembang, dan rujukan; dan
4. Memberikan pertolongan pertama kegawatdaruratan pada bayi baru lahir dilanjutkan dengan rujukan.

Pasal 51

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (1) huruf c, Bidan berwenang melakukan komunikasi, informasi, edukasi, konseling, dan memberikan pelayanan kontrasepsi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

2.3.2 Standar Pelayanan Kebidanan

Berdasarkan Permenkes No 21 Tahun 2021 menyatakan bahwa pelayanan kebidanan dilakukan mulai kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan dan masa sesudah melahirkan, penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi serta pelayanan kesehatan seksual. Adapun pelayanan tersebut yaitu:

1. Pelayanan kesehatan masa sebelum hamil adalah setiap kegiatan atau serangkaian kegiatan yang ditujukan pada perempuan sejak saat remaja hingga saat sebelum hamil dalam rangka menyiapkan perempuan menjadi hamil sehat.
2. Pelayanan kesehatan masa hamil adalah setiap kegiatan atau serangkaian kegiatan yang dilakukan sejak terjadinya masa konsepsi hingga melahirkan
3. Pelayanan kesehatan persalinan adalah setiap kegiatan atau serangkaian kegiatan yang ditujukan pada ibu sejak dimulainya persalinan hingga 6 (enam) jam setelah melahirkan.
4. Pelayanan kesehatan masa sesudah melahirkan adalah setiap kegiatan atau serangkaian kegiatan yang ditujukan pada selama masa nifas dan pelayanan yang mendukung bayi yang dilahirkannya sampai berusia 2 tahun.
5. Pelayanan kontrasepsi adalah serangkaian kegiatan terkait dengan pemberian obat, pemasangan atau pencabutan alat kontrasepsi dan tindakan-tindakan lain dalam upaya mencegah kehamilan.
6. Pelayanan kesehatan seksual adalah setiap kegiatan atau serangkaian yang ditujukan pada kesehatan seksualitas.

Pengaturan penyelenggaraan pelayanan tersebut bertujuan untuk mengurangi angka kesakitan dan angka kematian ibu dan bayi baru lahir (Kemenkes RI, 2021).

2.3.3 Kompetensi Bidan

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 Tentang Standar Profesi Bidan, pada BAB III Standar Kompetensi Bidan terdiri dari 7 area kompetensi Bidan yaitu :

1. Etik Legal dan Keselamatan Klien

Mampu melaksanakan praktik kebidanan dengan menerapkan etika, legal, dan keselamatan klien dalam seluruh praktik dan pelayanan kebidanan untuk perwujudan profesionalisme Bidan.

2. Komunikasi Efektif

Mampu melakukan praktik kebidanan dengan menggunakan teknik komunikasi efektif untuk interaksi dengan klien, Bidan, tenaga kesehatan lain, dan masyarakat dalam bentuk anamnesis, konseling, advokasi, konsultasi, dan rujukan, dalam rangka memenuhi kebutuhan klien, dan menjaga mutu pelayanan kebidanan.

3. Pengembangan Diri dan Profesionalitas

Mampu melakukan praktik kebidanan dengan memahami keterbatasan diri, kesadaran meningkatkan kemampuan profesional, dan mempertahankan kompetensi yang telah dimiliki, serta senantiasa mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam memberikan pelayanan kebidanan yang terbaik bagi masyarakat dan semua pemangku kepentingan.

4. Landasan Ilmiah Praktik Kebidanan

Mampu melakukan praktik kebidanan dengan mengaplikasi ilmu biomedik, kebidanan, ilmu kesehatan anak, sosial budaya, kesehatan masyarakat, biokimia, fisika kesehatan, dan farmakologi, perilaku, humaniora, hukum kesehatan, komunikasi secara terintegrasi untuk pemberian asuhan kebidanan komprehensif secara optimal, terstandar, aman, dan efektif.

5. Keterampilan Klinis Dalam Praktik Kebidanan

Mampu mengaplikasikan keterampilan klinis dalam pelayanan kebidanan berlandaskan bukti (*evidence based*) pada setiap tahap dan sasaran pelayanan kebidanan.

6. Promosi Kesehatan dan Konseling

Mampu menerapkan pengetahuan dan keterampilan untuk berperan aktif dalam upaya peningkatan kualitas kesehatan perempuan, dan anak dalam bentuk-bentuk edukasi dan konseling masalah-masalah kesehatan khususnya dalam bidang reproduksi perempuan.

7. Manajemen dan Kepemimpinan

Mampu menerapkan prinsip manajemen dan kepemimpinan dalam perencanaan, pelaksanaan, *monitoring*, dan evaluasi dalam pelayanan kebidanan sehingga mampu menetapkan prioritas dan menyelesaikan masalah dengan menggunakan sumber daya secara efisien.