

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Teori Kehamilan

2.1.1 Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah suatu proses yang fisiologis dan alamiah, setiap perempuan yang mempunyai organ reproduksi sehat, sudah menstruasi, dan sudah melakukan hubungan seksual dengan laki-laki yang sehat juga makan besar kemungkinan akan mengalami kehamilan (Nugrawati dan Amriani, 2021).

Kehamilan adalah pembuahan dan perkembangan janin intrauterine yang dimulai dari ovulasi hingga lahirnya hasil kontrasepsi, lamanya hamil normal yaitu 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Prawirohardjo, 2020).

2.1.2 Proses Terjadinya Kehamilan

Setiap bulan wanita melepaskan 1 atau 2 sel telur (ovum) dari indung telur (ovulasi) yang ditangkap oleh umbai-umbai (fimbriae) dan masuk ke dalam saluran telur. Saat berhubungan cairan semen yang tumpah ke dalam vagina dan jutaan sel sperma bergerak masuk ke rongga rahim, dimana setiap bulannya wanita melepaskan saluran telur, pembuahan sel telur oleh sperma terjadi di tubafalopi (Retnowati, 2020).

a. Konsepsi

1) Ovum

Meiosis pada wanita menghasilkan sebuah sel telur (ovum). Prosesnya terjadi di dalam ovarium, khususnya pada folikel ovarium.

2) Sel Mani (Spermatozoa)

Sperma berbentuk seperti kecebong, terdiri dari kepala, badan dan ekor yang berfungsi untuk bergerak. Ketika berhubungan terjadi ejakulasi yang mengeluarkan 200-500 juta sperma ke dalam vagina. Saat sperma berjalan menuju ke tuba falopi, enzim-enzim ini dibutuhkan agar sperma dapat menembus lapisan dinding ovum sebelum fertilisasi.

b. Fertilisasi

Fertilisasi yaitu proses penyatuan sel sperma dan sel telur yang pembuahannya terjadi di tuba fallopi. Spermatozoa bergerak cepat dari vagina ke rahim dan masuk ke dalam saluran telur sampai spermatozoa menemukan ovum akan merusak korona radiata dan zona pelucida yang mengelilingi membran sel ovum, lalu spermatozoa akan melepaskan enzim termasuk *hyaluronidase*, yang disimpan dikromosom dalam kepala spermatozoa. Bersatunya inti spermatozoa dan inti sel telur akan tumbuh menjadi zigot.

c. Implantasi

Implantasi yaitu proses menempelnya blastosis ke endometrium uterus diawali dengan menempelnya embrio pada permukaan epitel endometrium, menembus lapisan epitelium,

selanjutnya terjadi hubungan dengan sistem sirkulasi ibu. Pada manusia implantasi terjadi selama 2-3 hari setelah sel telur yang dibuahi masuk ke uterus atau 6-7 hari setelah fertilisasi yang ditandai menempelnya blastosis pada epitel uterus (Retnowati, 2020).

2.1.3 Tanda-tanda Kehamilan

1. Tanda dan Gejala Kehamilan

Menurut Widatiningsih dkk (2017) tanda-tanda kehamilan dibagi menjadi tiga yaitu: tanda dugaan hamil (*presumptif sign*), tanda tidak pasti hamil (*probable sign*), dan tanda pasti hamil (*positive sign*).

a. Tanda-tanda dugaan hamil (*presumptif sign*)

Tanda dugaan (*presumptif*) yaitu perubahan fisiologis yang dialami wanita namun sedikit sekali mengarah pada kehamilan karena dapat ditemukan juga pada kondisi lain serta sebagian besar bersifat subjektif dan hanya dirasakan oleh ibu hamil, yaitu:

- 1) Amenorea bisa berhenti karena konsepsi tetapi bisa terjadi pada wanita dengan stress atau emosi, faktor hormonal, gangguan metabolisme, serta kehamilan yang terjadi pada wanita yang tidak haid karena menyusui ataupun sudah kuretase. Amenorea untuk mengetahui hari pertama haid terakhir (HPHT) dan hari perkiraan lahir (HPL)

2) *Nausea* dan *Vomitus* (mual dan muntah)

Keluhan yang sering dirasakan ibu hamil disebut morninf sickness yang timbul karena sensitif terhadap aroma, bau roko, keringat, masakan atau sesuatu yang tidak disenangi. Keluhan ini terjadi sampai usia kehamilan 8 minggu- 12 minggu.

3) Mengidam

Ibu hamil menginginkan makanan, minuman atau barang sesuatu. Penyebab munculnya belum pasti dan biasanya terjadi diawal diawal kehamilan.

b. *Farique* (Kelelahan) dan *Sinkope* (Pingsan)

Sebagian ibu hamil mengalami kelelahan sampai pingsan, apalagi berada di tempat keramaian. Keluhan ini menghilang sesudah usia kehamilan 16 minggu.

c. *Mastodynia* pada awal kehamilan

Mamae dirasakan membesar dan sakit, diakibatkan pengaruh tingginya kasdar hormone estrogen dan progesterone. Nyeri mamae juga bisa terjadi pada kasus mastitis , ketegangan pra haid, penggunaan pil KB.

d. Gangguan saluran kencing

Keluhan rasa sakit saat kencing atau kencing berulang-ulang tetapi hanya sedikit yang keluar. Penyebab selain hormone progesterone bisa disebabkan oleh pembesaran uterus. Keluhan

ini bisa muncul pada kasus infeksi saluran kencing, diabetes melitus grstational, tumor pelvis, atau keadaan stress mental.

e. Konstipasi

Konstipasi bisa timbul pada awal kehamilan dan akan menetap selama kehamilan disebabkan karen relaksasi otot polos akibat pengaruh progesterone. Penyebab lain yaitu perubahan pola makan selama hamil dan pembesaran uterus yang mendesak usus serta penurunan mortabilitas usus.

f. Perubahan Berat Badan

Berat Badan biasanya meningkat pada awal kehamilan karena adanya perubahan pola makan dan adanya timbunan cairan berlebih selama masa kehamilan.

g. Quickning

Ibu akan merasakan adanya gerakan janin untuk pertamka kali, disebabkan karena peningkatan peristaltik usus, kontraksi otot perut, atau pergerakan isi perut yang dirasakan seperti janin bergerak.

1. Tanda tidak pasti hamil/kemungkinan hamil

Menurut Ramadhaniati dan Dian (2023) yaitu :

- a. Abdomen membesar
- b. Uterus membesar
- c. Tanda Hegar

Tanda hegar adalah melunaknya ismus uteri sehingga serviks dan corpus uteri seolah-olah terpisah

perubahan ini terjadi sekitar 4-8 minggu setelah pembuahan. Pemeriksaannya dapat dilakukan dengan cara palpasi kearah ismus uteri dengan jari tangan kiri kemudian jari tengah dan jari telunjuk tangan kanan meraba forniks posterior dan ismus uteri. Tanda Hegar positif jika tangan kiri ada diluar dan jari tangan kanan yang ada didalam seolah-olah bertemu.

d. Tanda Chadwick

Tanda biru keunguan pada mukosa vagina, dengan tanda adanya hiperpigmentasi dan peningkatan estrogen. Tanda Chadwick dapat dilakukan dengan pemeriksaan secara inspekulo.

e. Tanda Piskacek

Pembesaran uterus yang tidak merata sehingga dapat terlihat menonjol pada salah satu sisi terutama pada daerah implantasi.

f. Tanda Goodell

Tanda Goodell adalah pelunakan serviks yang disebabkan oleh vaskularisasi leher rahim akibat hormon estrogen dan progesterone.

g. Teraba Ballotement

2. Tanda Pasti Kehamilan (*Positive Sign*)

- a. Terdengar denyut jantung janin pada kehamilan 12 minggu dengan menggunakan alat fetal elektro cardiograph dan pada kehamilan 18-20minggu dengan stethoscope leannec.
- b. Adanya pergerakan janin sejak usia kehamilan 16 minggu.
- c. Terabanya bagian-bagian tubuh janin
- d. Terlihat kerangka janin bisa dilakukan pemeriksaan rontgen maupun USG.
- e. Tes kehamilan positif

2.1.4 Perubahan Fisiologis Ibu Hamil

1. Perubahan pada sistem reproduksi

Menurut Widatiningsih dan Dewi (2017) :

- a. Uterus rahim atau uterus yang semula besarnya sejempol atau beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hyperplasia hingga menjadi berat 1000 gram saat akibat kehamilan.
- b. Vagina dan vulva akan mengalami peningkatan pembuluh darah karena adanya pengaruh ekstogen sehingga tampak berwarna merah dan kebiru-biruan.
- c. Ovarium dengan terjadinya kehamilan indung telur yang mengalami korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai berbentuk plasenta yang sempurna pada usia kehamilan 16 Minggu.

- d. Payudara akan mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan untuk memberikan ASI pada saat laktasi. Perkembangan payudara tidak dapat dilepaskan dari pengaruh hormon saat kehamilan seperti estrogen progesteron dan somatomatrofin.

2. Perubahan Sistem Gastrointestinal

Menurut Widyaningsih dkk (2017), Pada ibu hamil, yaitu:

a. Perubahan nafsu makan

- 1) Timbul rasa mual muntah yang berlangsung sampai minggu ke-16 saat terlambat sekitar 2 minggu disebut emesis gravidarum.
- 2) Gangguan mual pada pagi hari tetapi tidak menimbulkan gangguan disebut morning sickness.

b. Hipersaliva atau ptilismeus

Kadang-kadang dijumpai pengeluaran air ludah yang berlebihan sampai 1-2 liter dalam sehari. Keadaan ini perlu diimbangi dengan minum air yang cukup sehingga tidak menimbulkan dehidrasi

3. Perubahan Sistem Pernafasan

Paru-paru sebagai sistem alat pertukaran gas akan mengalami perubahan fisiologis akibat peningkatan kebutuhan oksigen dan pembesaran uterus.

4. Perubahan Pada Kulit

Perubahan kulit pada ibu hamil terjadi karena terdapat hormon khusus:

- a. Muka : muncul dalam ukuran bervariasi pada wajah dan leher yang disebut *chloasma gravidarum*.
- b. Payudara : *Chloasma* atau *melasma gravidarum* bisa muncul pada areola.
- c. Perut : Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam yang dikenal dengan *striae gravidarum*. Selain itu juga *linea alba* yaitu ada garis menghitam di pertengahan abdomen.
- h. Perubahan Sistem Perkemihan

Diawal kehamilan kandung kemih akan tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga menimbulkan sering berkemih. Pada akhir kehamilan, jika kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul, keluhan ini akan timbul kembali. Ginjal akan membesar, *glomerulus filtration rate*, dan *renal plasma flow* juga akan meningkat. Pada ekspresi akan dijumpai kadar asam amino dan vitamin yang larut dalam air dengan jumlah yang lebih banyak. Hal yang tidak normal misalnya *proteinuria* dan *hematuria*. Pada fungsi renal akan dijumpai peningkatan *creative clearance* lebih tinggi 30% (Prawirohardjo, 2020).

- i. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Volume darah semakin meningkat dan jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi

pengenceran darah (hemodilusi) pada usia kehamilan 16 minggu, hingga 36 minggu. Volume darah bertambah sebesar 25-30%, sedangkan sel darah bertambah sekitar 20%. Curah jantung akan bertambah sekitar 30%.

j. Perubahan Sistem Kelenjar Endokrin

Kelenjar endokrin mengalami perubahan berupa peningkatan produksi dalam bentuk hormon, bahkan menjadi pembesaran, seperti :

- a. Kelenjar tiroid, membesar 12,1-15,0 ml pada saat aterm.
- b. Kelenjar hipofisis, membesar 135% dapat menekan kiasma optikum sehingga mengubah lapang pandang.
- c. Kelenjar adrenal, tidak banyak mengalami perubahan.

k. Perubahan Metabolisme

Kehamilan merupakan satu tambahan kehidupan intra uterin yang memerlukan nutrisi, elektrolit dan lainnya sehingga secara keseluruhan metabolisme anak meningkat sekitar 20-25%. Berat badan ibu hamil bertambah sekitar 12-14 kg selama hamil. Indeks Massa Tubuh (IMT) merupakan rumus matematis yang dinyatakan sebagai berat badan (dalam kg) dibagi dengan kuadrat tinggi badan (dalam meter).

2.1.5 Perubahan Psikologis Ibu Hamil

Menurut Pieter (2018), berapa perubahan psikologi pada kehamilan sesuai umur kehamilan sebagai berikut :

1. Perubahan psikologis pada trimester I

- a. Ibu merasa tidak sehat dan kadang-kadang merasa benci dengan kehamilannya.
- b. Kadang muncul penolakan, kekecewaan, kecemasan dan kesedihan. Bahkan ibu berharap dirinya tidak hamil.
- c. Ibu selalu mencari tanda-tanda apakah dirinya benar-benar hamil. Hal ini dilakukan hanya untuk meyakinkan dirinya.
- d. Ketidakstabilan emosi dan suasana hati.

2. Perubahan psikologis pada trimester II

- a. Ibu sudah merasa sehat ,tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi.
- b. Ibu sudah bisa menjelaskan gerakan janin.
- c. Hubungan sosial meningkat dengan wanita hamil lainnya atau pada oranglain.

3. Perubahan psikologis pada trimester III

- a. Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh dan tidak menarik.
- b. Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu.
- c. Takut akan rasa sakit dan bahasa fisik yang akan timbul saat melahirkan, khawatir atas keselamatannya.

2.1.6 Tanda bahaya pada kehamilan

Menurut Sartika (2016), Tanda bahaya pada kehamilan :

- 1) Gejala preeklamsi yaitu kepala yang berat dan menetap, nyeri ulu hati, pandangan mata kabur, bengkak pada muka, tangan dan kaki.
- 2) Gerakan janin kurang dari 10x/12 jam.
- 3) Perdarahan pervaginam, yaitu perdarahan baik berupa bercak perbedaan maupun mengalir yang disebabkan solusio plasenta (perdarahan disertai nyeri perut), atau plasenta previa (perdarahan tidak disertai nyeri perut).
- 4) Ketuban pecah dini yaitu cairan yang keluar dari jalan lahir tanpa disadari oleh ibu dan berbau khas.

2.2 Teori Kehamilan Dengan Anemia Ringan

2.2.1 Pengertian Anemia

Anemia adalah suatu keadaan dimana tubuh memiliki jumlah darah sel darah merah (eritrosit) yang terlalu sedikit, sel darah merah itu mengandung hemoglobin yang berfungsi untuk membawa oksigen ke seluruh jaringan tubuh. Anemia dalam kehamilan didefinisikan sebagai suatu kondisi ketika ibu memiliki kadar hemoglobin <11g/dl, pada trimester I dan II, atau kadar hemoglobin <10,5 g/dl, pada trimester II. Perbedaan nilai batas tersebut berkaitan dengan kejadian hemodilusi (Pratiwi, 2018).

Anemia adalah gangguan lebih sedikit sel darah merah yang diproduksi tubuh karena kekurangan zat besi (Fitriany dan saputri 2023). Anemia adalah suatu kondisi dimana jumlah sel darah merah

atau hemoglobin berada dibawah normalnya yaitu 11 g/dl (Nadya et al 2021).

2.2.2 Patofisiologis Anemia pada Kehamilan

Anemia dapat disebabkan oleh banyak faktor antara lain yaitu malnutrisi, kurang zat besi, kehilangan darah yang berlebih. Anemia defisiensi besi disebabkan oleh hipervolumia yang terjadi pada kehamilan. Ibu hamil yang sehat akan mengalami peningkatan, ini terjadi akibat meningkatnya volume plasma dan bukan eritrosit. Jumlah eritrosit dalam sirkulasi darah meningkat sebanyak 450 ml, volume plasma meningkat 45-65% yaitu sekitar 1.000 ml, kondisi tersebut mengakibatkan terjadinya pengenceran darah karena jumlah eritrosit tidak sebanding dengan plasma darah. Presentasi peningkatan volume darah yang terjadi selama kehamilan antara lain plasma dari 30%, sel darah 18%, dan demografi 19%. Selain karena defisien zat besi, anemia juga dapat disebabkan oleh peningkatan kebutuhan zat besi pada ibu hamil yang memerlukan 900 mg zat besi (Pratiwi, 2018).

2.2.3 Derajat Anemia

Menurut Rahmi (2019) kadar hemoglobin digolongkan sebagai berikut:

1. Normal : Hb 11 gr%
2. Anemia Ringan : Hb 9-10,9%
3. Anemia Sedang : Hb 7-8,9%
4. Anemia Berat : Hb <7%

2.2.4 Klasifikasi Anemia

Berikut mengenai klasifikasi anemia menurut Pratami (2018) yaitu:

1. Anemia Defisiensi zat besi

Anemia defisiensi zat besi merupakan anemia yang sering ditemui. Biasanya sel darah yang mengalami anemia ini memiliki karakteristik normositik dan hipokromik. Anemia defisiensi zat besi ditangani dengan cara pemberian asupan zat besi yang adekuat.

2. Anemia Megaloblastic

Dapat terjadi akibat defisiensi asam folat, malnutrisi, infeksi kronis atau defisiensi vitamin B12. Anemia ini ditangani dengan cara pemberian asam folat 15-30 mg/hari, vitamin B12 3x1 tablet/hari, atau FE 3x1 tablet/hari.

3. Anemia hemolitik

Anemia hemolitik terjadi akibat penghancuran sel darah merah yang berlebih dan lebih cepat dari pada pembentukannya.

2.2.5 Tanda dan Gejala Anemia

Berikut tanda dan gejala anemia pada ibu hamil menurut Pratiwi (2020):

- 1) Pucat pada mata (konjungtiva berwarna pucat)
- 2) Cepat lelah
- 3) Sering sakit kepala
- 4) Sering terjadi kram pada kaki
- 5) Mata berkurang-kunang
- 6) Kulit dan kuku pucat

- 7) Terjadi sariawan, peradangan gusi, lidah, dan sudut mulut
- 8) Tekanan darah rendah
- 9) Kekuningan pada mata

2.2.6 Pengaruh Anemia pada Kehamilan, Persalinan, dan Nifas

Berikut bahaya anemia bagi ibu dan janin menurut Pratami (2018) :

1. Pengaruh pada ibu

a. Pada Ibu Hamil

Anemia yang terjadi selama kehamilan dapat menyebabkan abortus, persalinan premature, hambatan pertumbuhan janin, peningkatan resiko terjadinya infeksi, ancaman dekompensasi jantung jika Hb 6 gr/dl, mola hidatidosa, hiperemesis gravidarum, perdarahan antepartum, atau ketuban pecah dini.

b. Pada Ibu Bersalin

Anemia pada saat persalinan dapat menyebabkan seperti gangguan his , gangguan kekuatan mengejan, kala 1 dan 2 lama, kala 3 dengan retensi plasenta dan perdarahan postpartum akibat atonia uteri.

c. Pada Ibu Nifas

Bahaya disebabkan oleh anemia selama masa purpuerium adalah resiko terjadinya sub involusi yang bisa mengakibatkan perdarahan postpartum, resiko terjadinya dekompensasi jantung segera setelah persalinan, resiko infeksi selama masa purpuerium, produksi ASI yang sedikit, dan anemia selama masa purpuerium.

2. Pengaruh pada Janin

Ancaman yang disebabkan oleh anemia pada janin adalah resiko terjadinya kematian pada janin, resiko abortus, BBLR, resiko terjadinya cacat bawaan, dan peningkatan resiko infeksi pada bayi hingga kematian perinatal.

2.2.7 Cara Pencegahan Anemia

Cara pencegahan anemia menurut Yani & Darmawati (2019) :

1. Mengkonsumsi makanan yang bergizi seimbang dengan asupan zat besi yang cukup untuk memenuhi kebutuhan. Zat besi dapat diperoleh daging (terutama daging merah) seperti daging sapi, hati ayam, sayuran berwarna hijau tua seperti bayam dan kangkung.
2. Rutin mengonsumsi tablet FE 90 tablet selama kehamilan.
3. Rutin memeriksa kehamilan minimal 4 kali .
4. Melakukan pemeriksaan rutin hemoglobin (Hb).

2.2.8 Cara Mengkonsumsi Tablet Fe

Dosis tablet Fe perhari yaitu 60 mg/hari, selama hamil itu wajib mengonsumsi minimal 90 tablet selama kehamilan. Waktu yang tepat untuk minum tablet Fe pada malam hari menjelang tidur, karena untuk mengurangi efek mual. Tablet Fe diminum dengan air putih atau bersamaan dengan buah yang mengandung vitamin C (Yani & Darmawati, 2019).

Tablet Fe tidak boleh diminum bersamaan dengan teh, kopi, atau susu karena akan menghambat proses penyerapannya. Penyimpanan Tablet Fe disimpan ditempat yang tertutup dan kering,

jangan terkena sinar matahari langsung dan setelah dibuka ditutup kembali bungkusnya. Efek samping tablet Fe yaitu akan timbul rasa mual, susah buang air besar dan warna BAB menjadi hitam kecoklatan (Yani & Darmawati, 2019) .

2.3 Standar Pelayanan ANC

2.3.1 Tujuan Antenatal Care

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

2.3.2 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 minimal 6 kali selama kehamilan dan minimal 2 kali pemeriksaan oleh 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 12-24 minggu
III	3 kali	Kehamilan 24-40 minggu

(Kementerian Kesehatan RI, 2021)

2.3.3 Standar Pelayanan Antenatal

Standar Pelayanan Antenatal adalah pelayanan yang dilakukan kepada ibu hamil dengan memenuhi kriteria 10 T yaitu:

1. Timbang berat badan dan ukuran tinggi badan
2. Ukur tekanan darah
3. Nilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas (LILA))
4. Pemeriksaan puncak rahim (tinggi fundus uteri)
5. Pemeriksaan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
6. Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus toksoid (TT) bila diperlukan
7. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan
8. Tes laboratorium, tes kehamilan, pemeriksaan hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya), pemeriksaan protein urin (bila ada indikasi), pemberian pelayanan disesuaikan dengan trimester kehamilan
9. Tatalaksana/penanganan kasus
10. Tombol bicara (konseling) (Kemenkes RI, 2016)

2.4 Teori Persalinan

2.4.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan/kekuatan sendiri (Ayudita, 2023).

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prajayanti, 2023).

2.4.2 Macam-Macam Persalinan

1. Persalinan Spontan

Yaitu persalinan yang berlangsung dengan cara kekuatan ibu sendiri melalui jalan lahir.

2. Persalinan Buatan

Yaitu persalinan yang dibantu dengan tenaga dari luar, misalnya ekstraksi *forceps* atau operasi *sectio caesaria*.

3. Persalinan Anjuran

Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian *pitocin* atau *prostaglandin* (Kurniarum, 2016).

2.4.3 Persalinan Berdasarkan Umur Kehamilan

1. Abortus

Pengeluaran buah kehamilan sebelum kehamilan 22 minggu atau berat badan bayi kurang dari 500 gram.

2. Partus Immaturus

Pengeluaran buah kehamilan antara 22 - 28 minggu atau berat badan bayi antara 500 - 999 gram.

3. Partus Prematurus

Pengeluaran buah kehamilan antara 28 - 37 minggu atau berat badan bayi antara 1000 - 2499 gram.

4. Partus Maturus atau Aterm

Pengeluaran sebuah kehamilan antara 37 - 42 minggu atau berat badan bayi 2500 gram atau lebih.

5. Partus Postmaturus atau Serotinous

Pengeluaran buah kehamilan setelah kehamilan 42 minggu (Septiani et al, 2020).

2.4.4 Sebab Mulainya Persalinan

Sebab mulainya persalinan belum diketahui dengan jelas. Banyak faktor yang memegang peranan dan bekerjasama sehingga dapat terjadi persalinan. Beberapa teori yang dapat menyebabkan mulainya persalinan sebagai berikut :

1. Penurunan Kadar *Progesteron*

Progesteron berfungsi menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya *estrogen* meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar *progesteron* dan *estrogen* dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar *progesteron* menurun sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap *oksitosin*, akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah mencapai tingkat penurunan *progesteron* tertentu (Kurniarum, 2016).

2. Teori Oksitosin

Oksitosin dapat dikeluarkan oleh kelenjar *hipofisis posterior*. Perubahan keseimbangan *estrogen* dan *progesteron* dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Diakhir kehamilan kadar *progesteron*

menurun sehingga *oksitosin* bertambah dan meningkatkan aktivitas otot rahim yang memicu terjadinya kontraksi sehingga terdapat tanda-tanda persalinan (Kurniarum, 2016).

3. Peregangan otot-otot

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tertentu maka terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Seperti halnya dengan *Bladder* dan lambung, bila dindingnya teregang oleh isi yang bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot dan otot rahim makin rentan (Kurniarum, 2016).

4. Pengaruh Janin

Hipofise dan *kelenjar suprarenal* janin juga memegang peranan karena pada *anacephalus* kehamilan sering lebih lama dari biasa, karena tidak terbentuk *hipotalamus*. Pemberian *kartikosteroid* dapat menyebabkan maturasi janin dan induksi (mulainya) persalinan (Kurniarum, 2016).

5. Teori *Prostaglandin*

Konsentrasi *prostaglandin* meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. *Prostaglandin* yang dihasilkan oleh desidua diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Pemberian *prostaglandin* saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil

kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat keluar. Hal ini juga didukung dengan adanya kadar *prostaglandin* yang tinggi baik dalam air ketuban maupun daerah pada ibu hamil, sebelum melahirkan atau selama persalinan (Kurniarum, 2016).

2.4.5 Tanda-Tanda Persalinan

1. Tanda-tanda Pemulaan Persalinan

Sebelum terjadi persalinan yang sebenarnya, beberapa minggu sebelumnya, wanita memasuki “bulan-nya” atau “minggu-nya” atau “hari-nya” disebut kala pendahuluan (*preparatory stage of labour*). Kala pendahuluan memberikan tanda-tanda sebagai berikut :

- a. Sering buang air kecil atau sulit berkemih (*polakisuria*) karena kandung kemih tertekan oleh bagian bawah janin.
- b. Perasaan nyeri di perut dan di pinggang oleh adanya kontraksi lemah uterus disebut “*false labor pains*”.
- c. Serviks menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah, mungkin bercampur darah (*bloody show*) (Kurniarum, 2016).

2. Tanda-tanda Persalinan (Kurniarum, 2016)

1) Terjadinya his persalinan :

- a) Pinggang akan terasa sakit dan menjalar ke depan .
- b) Sifatnya teratur, interval semakin pendek dan kekuatan akan semakin besar.
- c) Semakin melakukan aktivitas (jalan), kekuatan akan bertambah.

2) Pengeluaran lendir dengan darah

Terjadinya his persalinan dapat mengakibatkan terjadinya perubahan pada serviks yang akan menimbulkan :

- a. Pendaftaran dan pembukaan
- b. Pembukaan dapat menyebabkan lendir dan terdapat pada *kanalis servikalis* lepas.
- c. Terjadinya perdarahan disebabkan *kapiler* pembuluh darah pecah.

3) Pengeluaran cairan

Pada beberapa kasus persalinan akan terjadi pecah ketuban. Keadaan ini terjadi saat menjelang pembukaan lengkap. Setelah proses pecah ketuban, diharapkan proses persalinan berlangsung <24 jam.

4) Hasil-hasil yang didapatkan pada pemeriksaan dalam:

- a) Pelunasan serviks
- b) Perdarahan serviks
- c) Pembukaan serviks

2.4.6 Tahapan Persalinan

Menurut Kurniarum (2016), tahapan dari persalinan terdiri atas kala I yaitu pembukaan, kala II yaitu pengeluaran janin, kala III yaitu pengeluaran plasenta, dan kala IV yaitu pengawasan/observasi/pemulihan.

1. Kala I (Kala Pembukaan)

Dimulai dari persalinan pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini terbagi menjadi 2 fase yaitu :

- a. Fase laten: berlangsung selama 8 jam, serviks membuka sampai 3 cm.
- b. Fase aktif: berlangsung selama 7 jam, serviks membuka dari 4 sampai 10 cm, kontraksi lebih kuat dan sering, dibagi menjadi 3 subfase yaitu :
 - 1) Periode *akselerasi* : berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
 - 2) Periode *dilatasi maksimal* : berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
 - 3) Periode *deselerasi* : berlangsung lambat dalam 2 jam, pembukaan jadi 10 cm atau lengkap.

Pada fase aktif persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi 3 kali atau lebih dari 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan penurunan bagian kepala janin. Berdasarkan kurve friedman, pembukaan pada primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam.

2. Kala II (Pengeluaran Jalan)

Dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dngan lahirnya bayi.

a. Tanda dan gejala kala II

- 1) His semakin kuat, dengan interval 2 – 3 menit dengan durasi 50 – 100 detik.
- 2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan adanya pengeluaran cairan secara mendadak.
- 3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejar akibat tertekannya *plekus frankenhouser*.
- 4) Kedua kekuatan his akan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi :

a. Kepala membuka pintu

Subocciput bertindak sebagai *hipomoglion*, kemudian secara berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, serta kepala seluruhnya.

Setelah putar paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan cara:

- 1) Kepala dipegang pada *os occiput* dan di bawah dagu, kemudian ditarik dengan menggunakan cunam ke bawah untuk melahirkan bahu depan dan ke atas untuk melahirkan bahu belakang.
- 2) Setelah kedua bahu lahir, ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi.

Lamanya kala II untuk primigravida 1,5-2 jam dan multigravida 1,5-1 jam.

3. Kala III (Pelepasan Plasenta)

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Proses lepasannya dapat diperkirakan dengan mempertahankan tanda-tanda di bawah ini:

- a. Uterus globuler
- b. Uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim
- c. Tali pusat akan bertambah panjang
- d. Terjadi semburan darah secara tiba-tiba

4. Kala IV (Kala Pengawasan)

Dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir 2 jam setelah proses tersebut.

1) Observasi yang dilakukan pada kala IV :

a) Tingkat kesadaran

Pemeriksaan tanda darah vital : tekanan darah, nadi dan pernapasan.

b) Kontraksi uterus

Terjadinya perdarahan, pendarahan dianggap masih jika jumlahnya tidak lebih dari 400-500 cc.

2) Asuhan dan pemantauan kala IV

a) Lakukan massase pada uterus untuk merangsang uterus berkontraksi.

b) Evaluasi tinggi fundu uteri

c) Perkiraan kehilangan darah secara keseluruhan

- d) Periksa perineum dari perdarahan aktif (misalnya apakah ada laserasi atau *episotomi*)
- e) Evaluasi kondisi ibu secara umum
- f) Dokumentasi semua asuhan dan temuan selama kala IV
(Kurniarum, 2016).

2.4.7 Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan meliputi :

1. *Engagement*

Bila diameter *biparietal* kepala melewati pintu atas panggul, kepala dikatakan telah menancap (*engaged*) pada pintu atas panggul.

2. Penurunan

Yaitu gerakan bagi presentasi melewati panggul. Ada 3 kekuatan 3 yaitu tekanan dari cairan *amnion*, tekanan langsung kontraksi fundus pada janin, dan kontraksi diafragma serta otot-otot abdomen ibu ditahap kedua persalinan.

3. Fleksi

Segera setelah kepala yang tertahan oleh *serviks*, dinding panggul, atas dasar panggul dalam keadaan normal fleksi terjadi dan dagu didekatkan ke arah dada janin.

4. Putaran Paksi Dalam

Dimulai pada bidang setinggi *spina isiadika*. Setiap kali kontraksi kepala janin diarahkan ke bawah lengkungan *pubis* dan kepala hampir selalu berputar saat mencapai otot panggul.

5. Ekstensi

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

6. Putaran Paksi Luar

Yaitu gerakan berputar kepala kepala bayi lahir hingga mencapai posisi yang sama dengan memasuki posisi pintu atas. Putaran paksi luar terjadi saat bahu *engaged* dan turun dengan gerakan mirip dengan gerakan kepala.

7. Ekspulsi

Setelah bahu keluar, kepala dan bahu diangkat keatas tulang ibu dan badan bayi akan dikeluarkan ke dalam gerakan *fleksi lateral* kearah *simfisis pubis*

2.4.8 Faktor-Faktor yang mempengaruhi persalinan

Menurut Indriani (2016), adapun faktor-faktor yang bisa mempengaruhi jalannya proses persalinan yaitu hasil konsepsi (*passanger*), jalan lahir (*passage*), kekuatan (*power*) posisi ibu (*positioning*), dan respon psikologi (*psychology response*).

2.4.9 Asuhan Persalinan

1. Definisi

Asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi baru lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama pada non pasca persalinan, hipotermi dan asfiksia bayi baru lahir. Sementara itu, fokus

utamanya adalah mencegah terjadinya komplikasi (Prawirohardjo, 2017).

2. Membuat Keputusan Klinis

Membuat keputusan klinis yaitu proses cara pemecahan masalah yang akan digunakan untuk merencanakan asuhan bagi ibu dan bayi baru lahir.

3. Asuhan sayang ibu dan bayi

Yaitu asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan. Salah satu prinsip dari dasar asuhan sang ibu adalah mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

4. Pencegahan Infeksi

Tujuan dari pencegahan infeksi pada persalinan adalah meminimalkan infeksi yang mungkin terjadi disebabkan oleh *mikroorganisme* dan menurunkan risiko terjadinya penularan penyakit. Tindakan ini sering diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan, dan tenaga kesehatan.

5. Pencatatan (Dokumentasi)

Pencatatan adalah bagian terpenting dari proses membuat keputusan klinik. Berikut manfaat dari pendokumentas :

- a. Aspek legal atau landasan hukum bagi bidan dalam melakukan pelayanannya.

- b. Aspek manajemen, dokumentasi dapat mengidentifikasi mutu pelayanan seorang bidan dan dapat dipakai untuk mengatur kebutuhan saran yang perlu dipersiapkan seorang bidan pada saat praktek klinik.
- c. Aspek pembelajaran, dokumentasi merupakan aset yang berharga bagi bidan dalam pelayanannya, karena sebagai referensi atau acuan saat menghadapi masalah atau kasus.

6. Rujukan

Rujukan dalam kondisi yang optimal dan tepat waktu ke fasilitas kesehatan rujukan atau yang memiliki sarana lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Rujukan efektif adalah rujukan dengan prinsip BAKSOKUDA yaitu :

- B (Bidan) : Pastikan bahwa ibu atau bayi lahir di dampingi tidak banyak oleh penolong persalinan yang kompeten melaksanakan ketawaran ratapan obstetric dan piyi baru lahir untuk dibawa ke fasilitas kesehatan.
- A (Alat) : Bawakan perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, nifas, bayi baru lahir, bersama ibu ke tempat rujukan.
- K (Keluarga) : Beritahu ibu dan keluarga mengenai kontraksi terakhir ibu atau bayi dan mengapa ibu dan bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada

mereka alasan dan tujuan merujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut. Suami dan keluarga harus menemani ke tempat rujukan.

S (Surat) : Berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini menggambarkan identifikasi mengenai ibu atau bayi baru lahir, cantumkan alasan rujukan dan uraian hasil pemeriksaan, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu dan bayi baru lahir, lampirkan patograf kemajuan persalinan saat merujuk.

O (Obat) : Bawa obat-obatan yang diperlukan saat merujuk.

K (Kendaraan) :Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi yang cukup punya masalah itu pastikan kondisi kendaraan yang cukup nyaman. Selain itu, pastikan kondisi kendaraan cukup baik untuk mencapai tujuan pada waktu yang tepat.

U (Uang) : Ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu atau bayi baru lahir berada di fasilitas kesehatan rujukan.

DA (Darah) : Ingatkan keluarga untuk menyiapkan darah demi keselamatan dan mengharap pertolongan dari Allah.
(Prawirohardjo, 2017).

2.5 Teori Ketuban Pecah Dini (KPD)

2.5.1 Pengertian KPD

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

2.5.2 Patofisiologi KPD

Pecahnya selaput ketuban disebabkan oleh hilangnya elastisitas pada daerah tepi robekan selaput ketuban. Elastisitas selaput ketuban sangat berkaitan erat dengan jaringan kolagen, elastisitas akan berkurang akibat adanya infeksi. Jaringan kolagen berada pada amnion di daerah lapisan kompakta, fibroblast serta pada korion di daerah lapisan retrikuler atau trophoblast. Elastisitas kolagen dipengaruhi oleh MMP, yang mana MMP merupakan grup protein yang memecah kolagen. Kolagen tersebut memberikan kekuatan regangan pada membran janin, sehingga apabila terjadi pecahnya selaput membran dikaitkan dengan adanya peningkatan MMP dan aktivitas dan penurunan ekspresi dan aktivitas dari tissue inhibitors of matrix mettaloproteinase (TIMPs).

2.5.3 Hubungan Anemia dengan Kejadian KPD

Anemia dapat menyebabkan hipoksia dan defisiensi besi sehingga dapat meningkatkan konsentrasi norepinefrin serum yang dapat menginduksi stres ibu dan janin, yang merangsang sintesis corticotropin releasing hormone (CRH). Konsentrasi CRH merupakan peningkatan faktor risiko utama untuk persalinan dengan ketuban pecah sebelum waktunya. CRH juga meningkatkan produksi kortisol janin, dan kortisol dapat menghambat pertumbuhan longitudinal janin. Mekanisme alternatif bisa jadi bahwa kekurangan zat besi meningkatkan kerusakan oksidatif pada eritrosit dan unit fetoplasenta. Kekurangan zat besi juga dapat meningkatkan risiko infeksi ibu yang mengakibatkan pecahnya ketuban terlalu dini (Sevadani et al., 2023)

2.6 Teori Partus Lama

2.6.1 Pengertian Partus Lama

Partus lama adalah fase laten lebih dari 8 jam, persalinan telah berlangsung 12 jam atau lebih bayi belum lahir dan dilatasi serviks di bawah garis waspada pada persalinan fase aktif (Aspiani, 2017).

2.6.2 Etiologi

Menurut Yusmahanani (2019), partus lama dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu:

a. Faktor tenaga atau his

His yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan kerintangan pada jalan lahir yang lazim terdapat

pada setiap persalinan, tidak dapat diatasi sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan.

b. Faktor janin

Faktor janin meliputi kepala janin yang besar, presentasi wajah, Malposisi presentasi, kembar yang terkunci (terkunci pada daerah leher), dan kembar siam.

c. Faktor jalan lahir

Faktor jalan lahir meliputi panggul kecil karena malnutrisi, deformitas panggul karena trauma atau polio, tumor bagian panggul, infeksi virus di perut atau uterus.

2.6.3 Partofisiologi

Menurut Aspiani (2017), patofisiologi partus lama tergantung dari penyebabnya, namun secara umum terdapat 3 faktor utama yaitu:

- a. *Power* (tenaga) yaitu berupa kontraksi dan kekuatan mengejan inefektif serta kelelahan pada ibu. Ketidakefektifan kontraksi otot-otot rahim dapat menyebabkan kurang maksimalnya dorongan janin ke jalan lahir.
- b. *Passage* (jalan lahir) dapat berupa kelainan bentuk panggul, ukuran panggul, *Cephalopelvic Disproportion* (CPD), dan adanya massa pada jalan lahir akan mempengaruhi jalannya persalinan. Jika tidak ada kesesuaian antara bentuk dan ukuran panggul dengan ukuran janin, maka akan mengakibatkan persalinan lama, serta cacat jalan lahir lunak, misalnya edema serviks, terutama akibat penyempitan panggul, serviks terjepit antara kepala dan jalan lahir yang mengakibatkan

terganggunya sirkulasi darah dan cairan menyebabkan edema serviks.

- c. *Passanger* (janin) faktor penumpang terdiri dari janin besar (berat janin) seperti makrosomia janin, kelainan letak kepala, presentasi kepala, presentasi wajah, presentasi dahi, kelainan posisi oksiput janin, dan kelainan lokasi janin seperti posisi sungsang dan lintang.

2.6.4 Tanda dan Gejala

Menurut Aspiani (2017), tanda dan gejala partus lama yaitu :

- a) Pembukaan serviks tidak membuka (kurang dari 3cm)
- b) Pembukaan serviks tidak melewati 3cm sesudah 8 jam inpartus
- c) Pembukaan serviks melewati garis waspada patograf
 - 1) Frekuensi dan lamanya kontraksi kurang dari 3 kontraksi per 10 menit dan kurang dari 40 menit
 - 2) *Secondary arrest of dilalation* atau *arrest of descent*
 - 3) *Secondary arrest of dilalation* dan bagian terendah dengan kaput, terdapat moulase hebat, edema serviks, tanda rupture uteri imminiens, fetal dan maternal distree
 - 4) Kelainan presentasi
- d) Pembukaan serviks lengkap, ibu ingin mengedan tetapi tidak ada kemajuan penurunan.

2.6.5 Penatalaksanaan Medis

Menurut Kemenkes R1 (2019), tatalaksana partus lama:

- a) Tatalaksana umum untuk penanganan partus lama yaitu segera rujuk ibu ke rumah sakit yang memiliki pelayanan seksio sesarea.
- b) Tatalaksana khusus untuk penanganan yaitu dengan tentukan penyebab partus lama seperti power (his tidak adekuat), *passager* (mal presentasi, mal posisi, janin besar), *passage* (panggul sempit, kelaian serviks atau vagina, tumor jalan lahir).
- c) Sesuaikan tatalaksana dengan penyebab dan situasi. Lakukan augmentasi persalinan dengan oksitosin dan atau amniotomi bila terdapat gangguan power. Pastikan tidak ada gangguan *passager* atau *passage*. Lakukan tindakan operatif (forsep, vakum, seksio sesarea) bila terdapat gangguan *passager* atau *passage*.

2.6.6 Dampak Partus Lama

- a) Bahaya bagi ibu

Partus lama dapat menimbulkan efek berbahaya baik terhadap ibu maupun anak. Beratnya cedera meningkat dengan semakin lamanya proses persalinan, resiko tersebut naik dengan cepat setelah waktu 24 jam. Terdapat kenaikan pada insidensi atonia uteri, laserasi, perdarahan, infeksi, kelelahan ibu dan syok.

- b) Bahaya bagi janin

- (1) Asfiksia akibat partus lama itu sendiri
- (2) Kaput suksedeneum

Kaput suksadaneum adalah pembengkakan difusi jaringan lunak kepala yang dapat melampaui sutura garis tengah. Kelainan ini akibat sekunder dari tekanan uterus atau dinding vagina pada kepala bayi sebatas kaput.

Keadaan ini dapat terjadi pada kelahiran spontan dan biasanya menghilang dalam 2-4 hari setelah lahir. Tidak diperlukan tindakan (Saifuddin, 2019).

2.7 Teori Induksi Persalinan

2.7.1 Pengertian Induksi Persalinan

Induksi persalinan adalah usaha agar persalinan mulai berlangsung sebelum atau sesudah kehamilan cukup bulan dengan merangsang timbulnya his (Saifuddin, 2016).

Jika terjadi kegagalan his menyebabkan persalinan lama serta gangguan metabolisme ke arah *asidosis* dan dehidrasi yang memerlukan penanganan sesuai dengan penyebabnya. Jika hanya kekuatan his yang lemah maka dapat dilakukan upaya induksi persalinan dengan metode infus oksitosin (Triatmi Andri Yanuarini, 2022).

2.7.2 Indikasi Induksi Persalinan

Ada beberapa indikasi induksi persalinan menurut Yuslam Edi Fidianto (2024):

1. Ketuban Pecah Dini
2. Hipertensi dalam kehamilan
3. Kehamilan lewat HPL atau serotinus
4. Pertumbuhan janin terhambat (PJT)

5. Solusio plasenta, plasenta previa
6. Partus lama

2.7.3 Kontraindikasi Induksi Persalinan

Ada beberapa kontraindikasi induksi persalinan menurut Yuslam Edi Fidianto (2024):

1. Kontraindikasi dari bayi
 - a. Malpresentasi
 - b. Bekas operasi SC atau pengambilan tumor jinak rahim (mioma)
 - c. Plasenta previa totalis
2. Kontraindikasi dari Ibu
 - a. Ibu dengan tinggi badan kurang < 150 cm
 - b. Panggul sempit
 - c. Herpes genitalia aktif
 - d. Kanker serviks

2.7.4 Metode Pemberian Induksi Persalinan

Induksi persalinan dapat diberikan oleh dokter sesuai dengan indikasi dari ibu maupun janin yaitu:

1. Cara Kimiawi
 - a. Oksitosin

Yaitu proses ibu hamil diberikan obat sintetis, efek hormon oksitosin alami untuk merangsang kontraksi rahim dan memicu persalinan. Oksitosin disuntikkan ke dalam vena atau melalui infus untuk mempercepat dan mengintensifkan kontraksi rahim.

Tata cara pemberian oksitosin menurut Mochtar (2015), yaitu :

- 1) Pastikan kandung kemih dan rektum kosong
- 2) Masukkan 5 satuan oksitosin ke dalam 500 cc Dextrose 5% atau NaCl 0,9% dan diberikan per infus / drip dengan kecepatan pertama 10 tetes per menit
- 3) Kecepatan dapat di naikkan 5 tetes setiap 15 menit sampai titik maksimal 40-60 tetes per menit
- 4) Oksitosin drip akan lebih berhasil jika nilai pelvis di atas 5 dan di lakukan amniotomi.

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemberian infus Oksitosin:

- 1) Observasi ibu selama mendapatkan infus oksitosin
- 2) Jika infus oksitosin memperbaiki pola persalinan, pertahankan kecepatan infus yang sama sampai kelahiran bayi
- 3) Peningkatan kecepatan infus oksitosin dilakukan sampai terbentuk pola kontraksi yang baik, kemudian pertahankan infus pada kecepatan tersebut.

b. Pemberian Prostaglandin

Misoprostol yaitu prostaglandin E1 sintetis, yang dapat stabil pada suhu ruangan, penyimpanan yang mudah dan cara pemakaian-nya untuk proses pematangan serviks dan induksi persalinan. Misoprostol dikembangkan dalam

beberapa bentuk penggunaan, seperti tablet, sediaan vaginal, supositoria, sublingual dan bukal.

Tata cara pemberian induksi persalinan dengan misoprostol (gastrul) menurut Dowswell,dkk (2017)yaitu:

1) Persiapan awal

- a) Periksa kondisi kesehatan ibu dan janin, jika kondisi janin tidak stabil, maka induksi persalinan tidak dilakukan
- b) Dokter akan memutuskan dosis dan jadwal pemberian misoprostol untuk pasien

2) Persiapan obat

- a) Misoprostol diberikan dalam bentuk tablet dan ditempatkan di bawah lidah atau di masukkan ke dalam vagina
- b) Dosis awal yang sering digunakan adalah 25 mikrogram setiap 4 jam
- c) Dosis dapat ditingkatkan secara bertahap dengan interval yang lebih lama jika kontraksi rahim belum terjadi
- d) Dosis maksimum yang sering direkomendasikan adalah 100 mikrogram tiap 4 jam

3) Pemantauan

- a) Pasien akan dimonitor secara teratur untuk memastikan kontraksi rahim baik dan janin tidak mengalami *fetal distress*
- b) Memantau denyut jantung janin dan tekanan darah pasien secara teratur selama proses induksi persalinan

4) Persiapan persalinan

- a) Setelah kontraksi rahim teratur dan serviks telah terbuka pasien akan disiapkan untuk melahirkan
- b) Jika kondisi janin stabil dokter akan memutuskan apakah persalinan normal atau operasi Caesar (SC) untuk pasien

2. Cara Mekanis

- a. Melepaskan selaput ketuban (*stripping of the membrane*)
- b. Memecahkan ketuban (*amniotomi*)
- c. Dilatasi serviks uteri

Jika induksi partus gagal, sedangkan ketuban sudah pecah dan pembukaan serviks tidak memenuhi syarat untuk pertolongan per vaginam, maka mengakhiri kehamilan dengan SC.

2.7.5 Dampak Induksi Persalinan

Pemasangan induksi persalinan juga dapat menyebabkan ancaman bagi ibu dan bayi akan tetapi faktor risiko ini dapat diminimalkan dengan pengawasan yang lebih intensif pada ibu dan

bayi selama proses induksi berlangsung. Peningkatan risiko dari induksi antara lain:

- a. Pada ibu : infeksi, inersia uteri, hiperstimulasi uterus, rupture uteri, induksi gagal yang berakhir dengan tindakan pembedahan.
- b. Pada bayi : fetal distress, iufd akibat hiperstimulasi uterus (Utami, 2020).

2.8 Teori Sectio Caesarea

2.8.1 Pengertian Sectio Caesarea

Sectio Caesarea adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Nurfitriani, 2017) .

2.8.2 Etiologi

Etiologi *sectio caesarea* menurut Nurarif dan Kusuma (2015) :

- a. Etiologi yang berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, *disporporsicepalo pelvik* (disporporsi janin/panggul), plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsi-eklamsi, kehamilan yang disertai penyakit (jantung/DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya).

b. Etiologi yang berasal dari janin

Yaitu gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolaps tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi

2.8.3 Patofisiologi

Adanya hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal misalnya, plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, disproporsi cephalopelvic, rupture uteri mengancam, partus lama, partus tidak maju, preeklampsia, distosia serviks, dan malpresentasi janin. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan *sectio caesarea* (SC) (Indryani et al.,2023).

2.8.4 2.8.4 Klasifikasi Sectio Caesarea

Menurut Reeder et al (2017), terdapat 2 jenis *sectio caesarea* sebagai berikut:

a. *Sectio caesarea* pada segmen bawah

Pada prosedur ini, suatu insisi transversal dibuat disegmen bawah uterus. Segmen bawah uterus dapat diakses, baik melalui insisi garis tengah dibawah umbilikus maupun insisi transversal di supra pubik. Prosedur ini merupakan prosedur pilihan.

b. *Sectio caesarea* klasik

Teknik ini meliputi insisi longitudinal pada segmen atas uterus. Operasi cepat dan mudah dilakukan tetapi teknik

ini adalah prosedur abdomen, bukan prosedur pada panggul dan sering kali diikuti oleh peritonitis dan ileus.

2.8.5 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Puspita et al (2022), pemeriksaan laboratorium dibutuhkan sebagai data penunjang dalam penanganan kasus di masa nifas untuk mengetahui keadaan ibu. Pemeriksaan laboratorium tersebut meliputi:

- a. Pemeriksaan golongan darah sebagai antisipasi melakukan transfusi darah ketika pasien mengalami anemia akibat perdarahan.
- b. Pemeriksaan Hb untuk menegakkan diagnosa apakah ibu mengalami komplikasi anemia akibat kehilangan banyak darah.
- c. Radiologi (USG) untuk membantu menegakkan diagnosa.

2.8.6 Persiapan Sectio caesarea

Menurut Hartati dan Maryunani (2015), sebelum pasien dilakukan *sectio caesarea* ada beberapa hal yang perlu dipersiapkan antara lain :

- a. Persiapan administrasi
- b. Persiapan fisik meliputi :
 - 1) Keadaan umum dan tanda-tanda vital ibu dan janin
 - 2) Memasang selang kateter
 - 3) Memasang infus
 - 4) Puasa 6-8 jam
 - 5) Meninggalkan semua perhiasan atau gigi palsu

- 6) Personal hygiene
- 7) Mengganti pakaian dengan pakaian operasi
- 8) Menanyakan riwayat alergi dan riwayat konsumsi obat
- 9) Latihan pra operasi seperti nafas dalam, batuk efektif, dan gerak sendi.
- c. Persipan mental
- d. Persiapan penunjang
- e. Persiapan social dan spiritual
- f. Informed consent
- g. Persiapan bayi

2.8.7 Komplikasi

Menurut Utami (2021), komplikasi yang dapat terjadi yaitu:

1. Infeksi puerperal (nifas)

Infeksi puerperal dapat terjadi secara ringan, sedang, dan berat. Pada infeksi puerperal ringan terjadi karena kenaikan suhu dalam beberapa hari, pada infeksi puerperal sedang kenaikan suhu terjadi lebih tinggi serta dehidrasi dan terjadi kembung pada perut.

2. Perdarahan

Penyebab terjadinya perdarahan diantaranya adalah banyaknya pembuluh darah yang terbuka dan terputus, atonia uteri, dan perdarahan pada placentar bed.

3. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan pada kandung kemih jika reperitonialisasi terlalu tinggi

4. Terdapat kemungkinan ruptur uteri secara spontan pada kehamilan mendatang

2.9 Teori Masa Nifas

2.9.1 Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (*purperium*) yaitu dimulai setelah peserta lahir dan berakhir sampai alat reproduksi kembali seperti keadaan sebelum hamil (Ruqyah dan Yuliani, 2018).

2.9.2 Tahapan Masa Nifas

Menurut Wulandari (2020), dibagi menjadi 4 tahapan yaitu :

1. Puerperium Immediate

Yaitu segera setelah lahir, memantau kontraksi uterus, pengeluaran *lochea*, kandung kemih, tekanan darah, dan suhu.

2. Early Puerperium

Yaitu lebih dari 24 jam hingga 1 minggu, memastikan ibu dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, *lochea* tidak berbau busuk, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3. Late Puerperium

Yaitu selama lebih dari 2-6 minggu. Ibu akan terus dipantau secara fisik serta konseling perencanaan keluarga berencana (KB).

4. Remote Puerperium

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

2.9.3 Adaptasi Psikologis Masa Nifas

Menurut Maritalia (2017), terbagi menjadi 3 fase, yaitu:

1. Fase Taking In

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

3. Fase Taking Hold

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

4. Fase Letting Go

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

2.9.4 Perubahan Fisiologis Pada Masa Nifas

Menurut Marni (2017), antara lain:

1. Perubahan sistem reproduksi
 - b. Perubahan kelenjar *mammæ*
 - c. Uterus, uterus akan berangsur-angsur oleh kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan uterus dalam keseluruhan disebut involusi.

Tabel 2.2 Perubahan Uterus Menurut Masa Involusinya

Involusi	Tinggi Fundus Uterus	Berat Uterus
Bayi Lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Plasenta Lahir	2 jari dibawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat-simpisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba diatas simpisis	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

Sumber : (Dewi, 2020)

d. Perubahan di servis dan segmen bawah rahim

e. *Lochea*

Akibat involusi uteri. *Desidua* yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Percampuran antara darah dan *desidua* disebut *lochea*. Pengeluaran *lochea* dibagi menjadi 4 yaitu :

- a. *Rubra*, berwarna merah kehitaman yang terdiri dari sel desidua. verniks caseosa. rambut lanugo, sisa mekoneum dan sisa darah (1-3 hari).
- b. *Sanguilenta*, berwarna putih bercampur merah, sisa darah dan bercampur lendir (1-3 hari).
- c. *Serosa*, berwarna kekuningan/kecokelatan, lebih sedikit darah dan lebih banyak serum. juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta (7-14 hari).
- d. *Alba*, berwarna putih mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati (>14 hari).
- e. *Purulenta*., terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
- f. *Lochiastasis*, lokea tidak lancar keluarnya.

2. Perubahan sistem pencernaan

Pasca melahirkan ibu biasanya mengalami konstipasi, yang disebabkan karena tekanan pada kolon

hingga menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebih apa waktu persalinan, kurangnya asupan makan, hemoroid, dan kurangnya aktivitas tubuh.

3 Perubahan sistem perkemihan

Setelah persalinan, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Keadaan ini adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih sesudah bagian ini mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung.

2.9.5 Tujuan Asuhan Masa Nifas

Menurut Ruqyah & Yuliani (2018), tujuan-nya antara lain :

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayi secara fisik dan psikologis, peranan keluarga sangat penting dengan pemberian nutrisi, dukungan psikologis.
2. Melaksanakan skrining yang komprehensif yaitu pengkajian data subjektif, objektif serta penunjang.
3. Mengobati dan merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.

2.9.6 Standar Kunjungan dan Asuhan Masa Nifas

Menurut Wahyuni (2018), Asuhan masa nifas berdasarkan waktu kunjungan nifas yaitu :

1. Kunjungan I (6 jam-2 hari setelah persalinan)
 - a. Mendeteksi dan merawat penyebab dari perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut.

- b. Pemberian ASI awal, 1 jam setelah Inisiasi Menyusu Dini (IMD) berhasil dilakukan.
 - c. Menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.
2. Kunjungan II (3-7 hari setelah persalinan)
- a. Memastikan involusi uteri berjalan dengan normal, uterus berkontraksi fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau menyengat.
 - b. Menilai adanya tanda seperti demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
 - c. Memastikan ibu untuk menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit dalam menyusui.
 - b. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi yaitu tentang perawatan tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
3. Kunjungan III (8-28 hari setelah persalinan)
- a. Memastikan involusi uteri berjalan dengan normal, uterus berkontraksi fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau menyengat.
 - b. Menilai seperti adanya tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
 - c. Memastikan ibu untuk mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.

- d. Memastikan ibu menyusui untuk dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit dalam menyusui.
 - e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi yaitu tentang perawatan tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
4. Kunjungan IV (29 hari-42 hari setelah persalinan)
- a. Menanyakan pada ibu tentang keluhan dan penyulit yang dialaminya.
 - b. Memberikan konseling untuk menggunakan KB secara dini.

2.9.7 Penanganan Masa Nifas

Menurut Saifuddin (2015), penanganan masa nifas diantaranya sebagai berikut:

1. Kebersihan diri
 - a. Mengajarkan ibu cara membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa untuk selalu membersihkan daerah depan sekitar vulva terlebih dahulu baru bagian belakang kemudian membersihkan daerah sekitar vulva setiap kali selesai buang air kecil atau besar.
 - b. Sarankan ibu untuk rutin mengganti pembalut.
2. Istirahat
 - a. Anjurkan ibu agar istirahat yang cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan, produksi asi yang berkurang, proses involusi uteri yang lambat, depresi, dan ketidakmampuan merawat bayi dan dirinya sendiri.

- b. Sarankan ibu untuk kembali melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan.

3. Kebutuhan Gizi

- a. Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari.
- b. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari.
- c. Minum tablet zat besi selama 40 hari pasca bersalin.
- d. Minum kapsul vitamin A 2 x 200.000 unit

4. Perawatan payudara

- a. Menjaga payudara agar tetap bersih dan kering, menggunakan BH yang bisa menyokong payudara
- b. Apabila payudara mengalami bengkak akibat pembendungan ASI, lakukan: Pengompresan pada payudara dengan menggunakan kain basah dan hangat selama 5 menit. Urut payudara dari arah pangkal, menuju puting atau gunakan sisir untuk mengurut payudara dengan arah “Z” menuju puting. Keluarkan ASI sebagian dari bagian depan payudara sehingga puting susu akan menjadi lunak.
- c. Susukan bayi setiap 2-3 jam.

5. Keluarga Berencana.

Sebelum menggunakan KB. Hal-hal berikut sebaiknya dijelaskan dahulu kepada ibu:

- a. Bagaimana metode ini dapat mencegah dan efektifitasnya.
- b. Kelebihan/keuntungannya.
- c. Cara menggunakan

- d. Efek samping.
- e. Kapan metode ini dapat dimulai digunakan untuk wanita pasca persalinan.

2.9.8 Tanda Bahaya Masa Nifas

Menurut Marni (2017) , tanda bahaya masa nifas antara lain:

1. Perdarahan pervaginam

Diartikan sebagai keadaan kehilangan darah lebih dari 500 ml selama 24 jam pertama sesudah melahirkan. Perdarahan postpartum merupakan penyebab serius dibagian obstetrik.

2. Infeksi masa nifas

Penyebab infeksi bisa dari beberapa bakteri. Gejala umum dapat dilihat dari suhu, pembengkakan takikardi. Sedangkan gejala lokal dapat berupa uterus lembek, kemerahan, dan rasa nyeri pada payudara atau adanya *disuria*.

- 3. Sakit kepala, nyeri epigastrik dan penglihatan kabur.
- 4. Demam, muntah, rasa sakit saat berkemih
- 5. Merasa sedih atau tidak bisa mengasuh bayi dan dirinya.

2.10 Teori Perdarahan Pada Masa Nifas

2.10.1 Pengertian Perdarahan

Perdarahan postpartum merupakan kehilangan darah lebih dari 500 ml setelah janin dan plasenta lahir pada persalinan pervaginam atau 1000 ml lebih pada persalinan seksio sesarea (Nurhayati, 2019).

2.10.2 Klasifikasi Perdarahan postpartum

Perdarahan dibagi menjadi minor yaitu 500-1000 ml atau mayor >1000 ml. Perdarahan mayor dibagi menjadi sedang yaitu 1000-2000 ml atau berat >2000 ml. Pembagian lain menurut Sibai adalah perdarahan ringan (*mild*) apabila jumlah perdarahan <1500 ml, berat (*severage*) >1500 ml, dan massif >2500 ml.

Berdasarkan waktu terjadinya dibagi menjadi perdarahan postpartum primer yaitu perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama postpartum, sedangkan sekunder merupakan perdarahan yang terjadi setelah periode 24 jam sampai 6 minggu postpartum. Penyebab perdarahan postpartum adalah atonia uteri (Sibai, 2019).

2.10.3 Etiologi Perdarahan Postpartum

Penyebab perdarahan postpartum dapat dibagi menjadi 4 T yaitu *tone* (tonus; atonia uteri), *tissue* (jaringan, retensio plasenta dan sisa plasenta), *tears* (laserasi; laserasi perineum, vagina, serviks, dan uterus). Atonia uterus merupakan penyebab utama perdarahan postpartum yaitu sebesar 70% dan sekaligus penyebab utama kematian maternal. Trauma, laserasi, rupture uteri dll. sebesar 20% *tissue* (jaringan) seperti retensio plasenta, sisa plasenta sebesar 10% serta *thrombin* (koagulopati) atau gangguan pembekuan darah seperti *idiopathic thrombocytopenic purpura* (ITP), *thombotic thrombocytopenic purpura*, penyakit von Willebrand dan hemofilia, menyumbang 1% sebagai penyebab PPH (Simanjuntak, 2020).

2.10.4 Pemeriksaan penunjang

- b. Darah : Hemoglobin dan Hematokrit 12-24 jam post partum
(jika Hb<10 gr/d)
- c. Hitung sel darah merah: <4,2-5,4 juta sel/mikroliter
- d. Hitung sel darah putih : < 4.000 sel/mikroliter
- e. Hitung trombosit : <150.000 trombosit/mikroliter
- f. Culture urine : BJ urine,BUN.
- g. USG: bila perlu untuk menentukan adanya sisa jaringan
konsepsi intrauterin
- h. Kultur uterus dan vagina

2.10.4 Penanganan Perdarahan Postpartum

Menurut Simanjuntak (2020), Tatalaksana ini terdiri dari terlaksana awal diantaranya :

1. Meminta bantuan
2. Memasang jalur intravena dengan kateter ukur besar
3. Mencari etiologi dan melakukan masase uterus
4. Memberikan obat-obatan berupa preparat uterotronika,
diantaranya oksitosin, metilergometrin, dan misoprostol.
Oksotosin diberikan 10-20 unit 500 ml NaCl 0,9 atau 10 unit
intramuskular. Misoprostol merupakan analog prostaglandin
E₁ diberikan dengan 600-100 mcg dengan rute pemberian per
oral, rektal atau vaginal.
5. Tatalaksana konservatif non bedah, seperti menyingkirkan
faktor sisa plasenta atau robekan jalan lahir, melakukan

kompresi bimanual atau kompresi aorta abdominal, serta memasang tampon uterus vagina dan kondom kateter.

6. Tatalaksana konservatif bedah, yakni metode kompresi uterus dengan teknik B-Lynch, devaskularisasi sistem perdarahan pelvis, atau embolisasi arteri uterina dengan radiologi intervensi, histerektomi subtotal atau total.

2.11 Teori Rest Plasenta

2.11.1 Pengertian Rest Plasenta

Rest plasenta atau sisa plasenta adalah tertinggalnya bagian plasenta dalam rongga Rahim yang dapat menyebabkan postpartum dini atau perdarahan postpartum lambat yang biasanya terjadi dalam 6 hari – 10 hari pasca bersalin (Prawirohardjo, 2018).

2.11.2 Etiologi

Kelainan dari plasenta misalnya plasenta letak rendah atau plasenta previa, implantasi dari comudan adanya plasenta akreta. Kesalahan manajemen kala III persalinan seperti: manipulasi dari uterus yang tidak perlu sebelum terjadinya pelepasan dari plasenta menyebabkan kontraksi yang tidak ritmik, pemberian uterotonic yang tidak tepat waktunya juga menyebabkan serviks kontraksi dan menahan plasenta serta pemberian anastesi terutama yang melemahkan kontraksi uterus (Prawirohardjo, 2018).

2.11.3 Tanda dan Gejala

Rest Plasenta dalam nifas menyebabkan perdarahan dan infeksi. Perdarahan yang banyak dalam nifas hampir selalu

disebabkan oleh sisa plasenta. Jika pada pemeriksaan plasenta ternyata jaringan plasenta tidak lengkap, maka harus dilakukan eksplorasi dari cavum uteri. Potongan - potongan plasenta yang ketinggalan tidak diketahui biasanya menimbulkan perdarahan postpartum (Saleha, 2019).

2.11.4 Patofisiologi

Menurut Saifudin (2020), setelah bayi dilahirkan, uterus secara spontan berkontraksi. Sesudah berkontraksi, sel miometrium tidak relaksasi, melainkan menjadi lebih pendek dan lebih tebal. Dengan kontraksi yang berlangsung continue, miometrium menebal secara progresif, dan kavum uteri mengecil sehingga ukuran juga mengecil. Pemeriksaan Penunjang.

1. Palpasi Uterus: bagaimana kontraksi uterus dan tinggi fundus uteri.
2. Lakukan eksplorasi cavum uteri untuk mencari sisa plasenta
3. Inspekulo: untuk melihat robekan pada serviks, vagina dan varises yang pecah
4. Pemeriksaan Laboratorium periksa darah yaitu Hb, COT (Clot Observation Test).
5. USG:Melihat gambaran uterus (Mastuningsih, 2015)

2.11.5 Komplikasi

Komplikasi sisa plasenta adalah polip plasenta artinya plasenta masih tumbuh dan dapat menjadi besar, perdarahan terjadi intermiten sehingga kurang mendapat perhatian, dan dapat terjadi degenerasi ganas menuju karsinoma dengan manifestasi

klinisnya. Menurut Manuaba 2008, memudahkan terjadinya: Anemia yang berkelanjutan, Infeksi puerperium, dan Kematian akibat perdarahan.

2.11.6 Penatalaksanaan

Keluarkan sisa plasenta dengan cunam ovum atau kuret besar. Jaringan yang melekat dengan kuat mungkin merupakan plasenta terata. Usaha untuk melepaskan plasenta terlalu kuat melekatnya dapat mengakibatkan perdarahan hebat atau perforasi uterus yang biasanya membutuhkan tindakan hisrektomi (Prawirohardjo, 2018).

2.11.7 Hubungan Anemia dengan Retensi Plasenta

Anemia pada kehamilan dan persalinan merupakan faktor risiko terjadi retensi plasenta, Ibu hamil yang mengalami anemia juga mempengaruhi persalinannya akibat dari kurangnya nutrisi sehingga plasenta yang tumbuh menjadi rapuh dan abnormal, kejadian retensi sisa plasenta dapat menyebabkan perdarahan post partum (Yuliani, 2020).

2.12 Teori Pijat Oksitosin

2.12.1 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* (Vera dkk, 2024).

2.12.2 Hormon Yang Bekerja

1. Refleks Prolaktin

Refleks ini secara hormonal untuk memproduksi ASI. Saat bayi menghisap payudara ibu, terjadi rangsangan *neurohormonal* pada puting susu dan areola ibu. Rangsangan ini diteruskan ke *hipofise* melalui *nervus vagus*, terus ke *lobus anterior* yang akan mengeluarkan hormon prolaktin, masuk ke peredaran darah sampai pada kelenjar pembuat ASI untuk menghasilkan ASI.

2. Refleks aliran (*Let Down Refleks*)

Bersamaan dengan adanya pembentukan prolaktin, dilanjutkan ke *hipofise posterior* yang kemudian dikeluarkan oksitosin. Dari sel akan memeras air susu yang telah terbuat keluar dari *alveoli* dan masuk ke sistem *duktus* dan mengalir ke mulut bayi (Vera dkk, 2024).

2.12.3 Mekanisme Pijat Oksitosin

Pijat oksitosin adalah pijat yang dilakukan sepanjang tulang belakang (*vertebre*) sampai *costae* ke lima atau ke enam. *Neurotransmitter* akan merangsang *medulla oblongata* langsung mengirim pesan ke hipotalamus untuk mengeluarkan oksitosin. Hormon oksitosin diproduksi oleh kelenjar *hipofisiposterior*. Setelah diproduksi oksitosin akan memasuki darah kemudian merangsang sel-sel *meopitel* yang mengelilingi *alveolus mammae* dan *duktus laktiferus*. Kontraksi sel-sel *meopitel* mendorong ASI keluar dari *alveolus mammae* melalui *duktus laktiferus* menuju ke *sinus laktiferus* dan ASI akan disimpan. Pada saat bayi menghisap puting susu, ASI yang

tersimpan di *sinus laktiferus* akan tertekan keluar ke mulut bayi (Vera dkk, 2024).

2.12.4 Manfaat Pijat Oksitosin

Menurut Vera dkk (2024), manfaat pijat oksitosin bagi ibu nifas dan ibu menyusui, diantaranya :

1. Mempercepat penyembuhan luka bekas implantasi plasenta.
2. Mencegah terjadinya perdarahan post partum.
3. Dapat mempercepat terjadinya proses involusi uterus.
4. Meningkatkan produksi ASI.
5. Meningkatkan hubungan psikologis antar ibu dan keluarga

2.12.5 Langkah-langkah Pijat Oksitosin

Berikut merupakan langkah-langkah pijat oksitosin (Vera dkk, 2024:

1. Memberitahukan kepada ibu tentang tindakan yang akan dilakukan, tujuan maupun cara kerjanya untuk menyiapkan kondisi psikologis ibu.
2. Menyiapkan peralatan dan ibu dianjurkan membuka pakaian atas dan memasang handuk, agar dapat melakukan tindakan lebih efisien.
3. Mengatur ibu dalam kondisi posisi duduk dengan kepala bersandarkan tangan yang dilipat ke depan dan meletakkan tanganyang dilipat di meja yang ada depannya, dengan posisi tersebut diharapkan bagian tulang belakang menjadi lebih mudah dilakukan pemijatan
4. Melumuri pada kedua telapak tangan dengan minyak atau baby oil.

5. Memijat sepanjang kedua sisi tulang belakang ibu dengan menggunakan dua kepalan tangan, dengan ibu jari menunjuk kedepan.
6. Menekan kuat-kuat kedua sisi tulang belakang membentuk gerakan melingkar kecil dengan kedua ibu jari.
6. Pada saat bersamaan, memijat kedua sisi tulang belakang ke arah bawah dari leher ke arah tulang belikat.
7. Mengulangi pemijatan hingga 3 kali.
8. Membersihkan punggung ibu dengan waslap air hangat dan dingin secara bergantian.



Gambar 2.1 Pijat Oksitosin

2.12.6 Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Pijat Oksitosin

Ibu harus memperhatikan faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan pijat oksitosin yaitu rasa percaya diri sehingga tidak muncul persepsi tentang ketidakcukupan suplai ASI, mendekatkan diri dengan bayi, menghangatkan payudara, merangsang puting susu yaitu menarik dan memutar puting secara perlahan menggunakan jari-jari ibu (Vera dkk, 2024).

2.12.7 Evidence Based

Penelitian Zendato dkk (2019), dengan judul Pengaruh Pijat Oksitosin Terhadap Produksi ASI Pada Ibu Postpartum. Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata 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.

2.13 Teori Bayi Baru Lahir

2.13.1 Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal merupakan bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badan lahir nya antara 2500-4000gram (Febrianti dan Aslina, 2019).

2.13.2 Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal

Menurut Arfan (2016), ciri-ciri bayi baru lahir normal sebagai berikut:

1. Berat badan lahir 2500-4000 gram, Panjang badan 48-52 cm.
2. Lingkar dada 30-38 cm, Lingkar kepala 33-35 cm.
3. Denyut jantung 120-140 kali/menit, Pernafasan 30-60 kali/menit.
4. Kulit kemerahan, licin dan dilipat vernix caseosa.
5. Tidak terlihat rambut lanugo dan rambut kepala tampak sempurna.
6. Kuku tangan dan kaki sedikit panjang dan lemas, Eliminasi baik.
7. Genetalia bayi normal.

8. Reflek primitif aktif.

9. Nilai APGAR>7

Table 2.3 Penilaian APGAR Score

Tanda	0	1	2
Appearance (warna kulit)	Pucat	Badan merah Ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerah- merahan
Pulse rate (Frekuensi nadi)	Tidak ada	<100 kali/menit	> 100 kali/menit
Grimace (reaksi rangsang)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimic	Batuk/bersin
Activity (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas dalam sedikit fleksi	Gerakan aktif
Respiration(pernafasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Baik/menangis

Sumber : (Arfian,2016)

Interpretasi :

Nilai 1-3 asfiksia berat

Nilai 4-6 asfiksia sedang

Nilai 7-10 asfiksia ringan (normal)

2.13.3 Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Menurut Rukiyah & Yulianti (2016), tanda bahaya pada bayi yaitu :

1. Pernapasan sulit atau lebih dari 60 x/menit.
2. Terlalu hangat ($>38^{\circ}\text{C}$) atau terlalu dingin ($<36^{\circ}\text{C}$).
3. Kulit bayi terasa kering (terutama 24 jam pertama), biru, pucat atau memar.
4. Hisapan saat menyusu terlihat lemah, rewel, sering muntah, mengantuk berlebihan.

5. Tali pusat memerah, bengkak, keluar cairan, berbau busuk, pernafasan sulit.
6. Tidak keluar BAB dalam 3 hari, tidak BAK dalam 24 jam, tinja lembek/encer, sering berwarna hijau tua, ada lendir atau darah.
7. Menggigil, rewel, lemas, mengantuk, kejang, tidak bisa tenang, menangis terus-menerus.

2.13.4 Standar Kunjungan dan Asuhan Bayi Baru Lahir

Menurut Maita dkk (2019), asuhan bayi baru lahir berdasarkan waktu kunjungan yaitu :

1. Kunjungan I (6-48 jam setelah kelahiran)
 - a. Memastikan bayi sudah diberikan injeksi K1 dan imunisasi Hepatitis O.
 - b. Menimbang berat badan bayi, bandingkan berat badan lahir dengan berat badan saat akan pulang.
 - c. Mengkomunikasikan kepada ibu dan keluarga untuk tetap menjaga kehangatan bayi agar tidak mengalami hipotermi.
 - d. Memberikan informasi kepada Ibu tentang cara perawatan pada bayi
 - e. Memberikan informasi kepada ibu tentang tanda bahaya pada bayi yang mungkin terjadi seperti bayi tidak mau menyusu, kejang-kejang, lemah, sesak napas, bayi merintih, tali pusat kemerahan sampai dinding perut, berbau dan bernanah, demam tinggi,

mata bayi bernanah, diare, kulit dan mata bayi kuning, serta tinja bayi saat BAB warnanya pucat.

2. Kunjungan II (3-7 hari setelah kelahiran)
 - a. Menimbang berat badan bayi, bandingkan dengan berat badan lahir lalu catat penurunan dan penambahan berat badan
 - b. Memperhatikan intake dan output pada bayi baru lahir
 - c. Mengkaji apakah terdapat tanda bahaya pada bayi
 - d. Mengkaji keadekuatan suplai ASI
3. Kunjungan III (8 – 28 setelah kelahiran)
 - a. Menimbang berat dan ukur panjang badan bayi, bandingkan dengan berat badan 1 minggu yang lalu , catat penurunan dan penambahan berat badan
 - b. Memperhatikan intake dan output pada bayi baru lahir
 - c. Mengkaji apakah terdapat tanda bahaya pada bayi
 - d. Mengkaji keadekuatan suplai ASI
 - e. Memperhatikan nutrisi bayi

2.13.5 Adaptasi Fisiologi Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan di Luar Uterus.

Menurut Sondakh (2015), konsep mengenai adaptasi bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

1. Memulai segera pernapasan dan perubahan dalam pola sirkulasi. Hal yang esensial pada kehidupan ekstrauterin,

2. Dalam 24 jam setelah bayi lahir, sistem ginjal, gastrointestinal, hematologi, metabolik, dan sistem neurologis bayi baru lahir harus berfungsi secara memadai untuk mempertahankan kehidupan ekstrauterin.

2.14 Konsep Dasar Bayi Ikterus Fisiologis

2.14.1 Pengertian Ikterus

Ikterus adalah keadaan yang ditandai kuning pada kulit, sklera akibat akumulasi bilirubin takter konjugasi yang berlebihan. Pada bayi baru lahir bila kadar bilirubin darah 5-7 mg/dl (Manggiasih & Jaya, 2016).

2.14.2 Etiologi Ikterus

Ikterus fisiologis disebabkan oleh kombinasi peningkatan produksi bilirubin akibat percepatan penghancuran eritrosit, penurunan kapasitas ekskresi akibat rendahnya kadar liganin dalam hepatosit, dan rendahnya aktivitas enzim konjugasi bilirubin *difosfogluconiltrasferase* (UDPGT) (Thor WR Hansen dkk, 2017).

Ikterus Patologis terjadi ketika ada faktor tambahan yang menyertai mekanisme dasar. Contohnya anemia, hemolitikum dan nonimun, polisitemia, dan adanya memar atau ekstrasvasasi darah lainnya. (Thor WR Hansen dkk, 2017).

2.14.3 Klasifikasi Bayi Ikterus

1. Ikterus Fisiologi

Tidak melewati kadar yang membahayakan atau yang mempunyai potensi menjadi kern ikterus dan tidak

menyebabkan suatu morbiditas pada bayi. Peningkatan bilirubin ini tidak melebihi 10 mg/dl pada bayi cukup bulan dan 12 mg/dl pada bayi kurang bulan yang terjadi pada 2-3 hari dan mencapai puncaknya pada hari ke 5-7, kemudian menurun kembali pada hari ke 14, selain itu penyebabnya bisa karena pemberian asi yang belum mencukupi (Oswari Hanifah, 2017).

2. Ikterus Patologi

Ikterus patologis dimulai sebelum usia 24 jam dan secara tidak langsung meningkat bilirubin serum, sehingga memerlukan fototerapi hingga kadar bilirubin serum melebihi 5 mg/dl per 24 jam. Tingkat bilirubin terkonjugasi >2 mg/dl, penyakit kuning menetap >2 minggu jika menunjukkan tanda-tanda sakit (muntah, lesu, sulit minum, penurunan berat badan, apnea, takipnea, suhu tidak stabil) (Bunyaniah, 2019).

3. Kren Ikterus

Kren mengacu pada ensefalopati bilirubin yang berasal dari deposit bilirubin terutama pada batang otak (brainstem) dan nucleus serebrobasal. warna kuning (jaundis pada jaringan otak) dan nekrosis neuron akibat toksik bilirubin tidak terkonjugasi (*unkonjugated* bilirubin) yang mampu melewati sawar darah otak karena kemudahannya

larut dalam lemak (*high lipid solubility*) (Purba Handayani, 2020).

2.14.4 Pemeriksaan Penunjang Ikterus

Menurut Mustofa dkk (2022), pemeriksaan penunjang yang sebaiknya dilakukan pada ikterik neonatus yaitu :

- a. Pemeriksaan laboratorium darah lengkap menunjukkan peningkatan jumlah trombosit
- b. Kultur darah dan pemberian protein C-reaktif (CRP) harus dilakukan jika dicurigai sepsis secara klinis.
- b. Analisis enzim G-6-PD (glukuroniltransferase)

2.7.5 Penatalaksanaan Ikterik Neonatus

Menurut Mardianti dkk (2022), penatalaksanaan ikterik neonatus antara lain yaitu:

- a. Memaparkan tubuh pada sinar ultraviolet di bawah sinar matahari dari jam 07.00-09.00 WIB.
- b. Asipan ASI yang cukup
- c. Fototerapi dilakukan jika kadar bilirubin tidak langsung lebih 10 mg/dl. Tujuannya adalah untuk mengurangi jumlah bilirubin yang ditemukan dikulit melalui feses dan urin melalui fotooksidasi bilirubin dan biliverdin.

2.14.5 Komplikasi Ikterus Neonatus

Menurut Mustofa dkk (2022), komplikasi pada ikterus neonatus antara lain :

- a. Kren Ikterus atau ensefalopati bilirubin
- b. Asfiksia

- d. Hipotermia
- e. Hipoglikemia

2.15 Imunisasi

2.15.1 Pengertian

Imunisasi adalah suatu upaya memberikan kekebalan tubuh baik, secara aktif maupun pasif melalui cara buatan (Wilson, 2015). Imunisasi bertujuan menurunkan angka kesakitan, kematian, dan kecacatan yang disebabkan oleh penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (Depkes RI, 2018).

2.15.2 Mekanisme Respon Imun Pada Imunisasi

Jenis imunisasi ini mempunyai kemampuan untuk mengenal benda asing. Benda asing yang pertama kali muncul dikenal oleh sistem imun spesifik sehingga terjadi sensitifitas sel-sel imun. Bila sel imun tersebut berpapasan kembali dengan benda asing yang sama, maka benda asing yang terakhir akan dikenal lebih cepat, kemudian akan dihancurkan.

2.15.3 Sasaran Imunisasi Tabel

Tabel 2.3 Sasaran Imunisasi

Jenis Imunisasi	Usia Pemberian	Jumlah Pemberian	Interval minimal
Hepatitis B	0-7 hari	1	-
BCG	1 bulan	1	-
Polio/IPV	1,2,3,4 bulan	4	4 minggu
DPT-HB-HIB	2,3,4 bulan	3	4 minggu
Campak	9 bulan	1	-
DPT-HB-HIB	18 bulan	1	-
Campak	24 bulan	1	-

Sumber : (Kemenkes, 2024).

2.15.4 Penyakit Yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi

Menurut Kemenkes (2016), penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi yaitu:

1. Imunisasi wajib antara lain : polio, tuberculosis, hepatitis B, difteri, campak rubella, dan sindrom bawaan akibat rubella.
2. Pada imunisasi yang dianjurkan antara lain : tetanus, pneumonia (radang paru), meningitis (radang selaput otak), cacar air.
3. Pada imunisasi lain disesuaikan terhadap kondisi suatu negara tertentu.

2.16 Manajemen Kebidanan

2.16.1 Pengertian

Manajemen kebidanan merupakan suatu metode atau bentuk pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam memberi asuhan kebidanan (Yulifah & Surachmindari, 2016).

2.16.2 Model Dokumentasi Asuhan Kebidanan

Menurut Yulifah & Surachmindari (2016), langkah-langkah tersebut adalah sebagai berikut:

1. Manajemen Kebidanan Tujuh Langkah Varney
 - a. Langkah I : Pengkajian (Pengumpulan Data Dasar)

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh

data dilakukan dengan cara anamnesis, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan, pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan khusus, dan pemeriksaan penunjang.

b. Langkah 2 : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi atas data yang telah dikumpulkan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik.

c. Langkah 3 : Identifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial

Pada langkah ini mengidentifikasi diagnosis potensial berdasarkan diagnosis/masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan diagnosis/masalah benar-benar terjadi.

d. Langkah 4 : Identifikasi Kebutuhan Segera

Pada langkah ini, bidan menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien.

e. Langkah 5: Perencanaan Asuhan Menyeluruh (Intervensi)

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

f. Langkah 6 : Pelaksanaan Rencana Asuhan (Implementasi)

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

g. Langkah 7 : Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang telah diberikan.

2. Pendokumentasian Asuhan SOAP

Untuk mengetahui apa yang telah dilakukan oleh bidan dapat didokumentasikan dalam bentuk SOAP :

S (Subjektif) : Pendokumentasian hasil dari pengumpulan data klie melalui anamnesis (langkah 1 Varney).

O (Objektif) : Pendokumentasian hasil dari pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan uji diagnosis lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan (Langkah I Varney).

A (Pengkajian/Assesment) : Pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi:

- a. Diagnosis/masalah
- b. Antisipasi diagnosis/masalah potensial;
- c. Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter/konsultasi/kolaborasi dan atau rujukan (langkah II, III, IVVarney).

P(Planning/Penatalaksanaan) : Pendokumentasian tindakan dan evaluasi perencanaan berdasarkan assesment (langkah V,VI,VII Varney).

2.17 Landasan Hukum Kewenangan Bidan

2.17.1 Landasan Hukum

Landasan Hukum tentang Praktik Kebidanan diatur dalam, Undang-undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan.

Pada Bab VI tentang Praktik Kebidanan bagian kedua Tugas dan Wewenang (Kemenkes RI, 2019), meliputi :

Pasal 46

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

1. Pelayanan kesehatan ibu
2. Pelayanan kesehatan anak
3. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana
4. Pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang dan/atau
5. Pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.

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

Pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara bertanggung jawab dan akuntabel.

Pasal 47

Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan dapat berperan sebagai :

1. Pemberi Pelayanan Kebidanan
2. Pengelola Pelayanan Kebidanan
3. Penyuluh dan konselor
4. Pendidik, pembimbing, dan fasilitator klinik
5. Penggerak peran serta masyarakat pemberdayaan perempuan dan atau
6. Peneliti

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 Pasal 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 dan
6. Melakukan deteksi dini kasus risiko dan komplikasi pada masa kehamilan, masa persalinan, pascapersalinan, masa nifas, serta asuhan pasca keguguran dan dianjurkan 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 pemantaun tumbuh kembang pada bayi, balita, dan anak prasekolah serta deteksi dini kasus penyulit, gangguan tumbuh kembang, 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.

2.17.2 Kompetensi Bidan

Menurut Kemenkes RI (2020), Kompetensi Bidan terdiri dari 7 (tujuh) area kompetensi meliputi: (1) Etik legal dan keselamatan klien, (2) Komunikasi efektif, (3) Pengembangan diri dan profesionalisme, (4) Landasan ilmiah praktik kebidanan, (5) Keterampilan klinis dalam praktik kebidanan, (6) Promosi kesehatan dan konseling, dan (7) Manajemen dan kepemimpinan. Kompetensi Bidan menjadi dasar memberikan pelayanan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kemenkes, 2020).

1. Kompetensi ke-1: Area Etik Legal dan Keselamatan Klien
 - a. Memiliki perilaku profesional.
 - b. Mematuhi aspek etik-legal dalam praktik kebidanan.
 - c. Menghargai hak dan privasi perempuan serta keluarganya.
 - b. Menjaga keselamatan klien dalam praktik kebidanan.
2. Kompetensi ke-2: Area Komunikasi Efektif
 - a. Berkomunikasi dengan perempuan dan anggota keluarganya.
 - c. Berkomunikasi dengan masyarakat.
 - d. Berkomunikasi dengan rekan sejawat.
 - e. Berkomunikasi dengan profesi lain/tim kesehatan lain.
 - f. Berkomunikasi dengan para pemangku kepentingan (*stakeholders*)

3. Kompetensi ke-3: Area Pengembangan Diri dan Profesionalisme

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

4. Kompetensi ke-4: Area Landasan Ilmiah Praktik Kebidanan

- a. Bidan memiliki pengetahuan yang diperlukan untuk memberikan asuhan yang berkualitas dan tanggap budaya sesuai ruang lingkup asuhan:
 - 1) Bayi Baru Lahir (Neonatus).
 - 2) Bayi, Balita dan Anak Prasekolah.
 - 3) Remaja.
 - 4) Masa Sebelum Hamil.
 - 5) Masa Kehamilan.
 - 6) Masa Persalinan.
 - 7) Masa Pasca Keguguran.
 - 8) Masa Nifas.
 - 9) Masa Antara.
 - 10) Masa Klimakterium.
 - 11) Pelayanan Keluarga Berencana.
 - 12) Pelayanan Kesehatan Reproduksi dan Seksualitas Perempuan.

- b. Bidan memiliki pengetahuan yang diperlukan untuk memberikan penanganan situasi kegawat daruratan dan sistem rujukan.
 - c. Bidan memiliki pengetahuan yang diperlukan untuk dapat melakukan Keterampilan Dasar Praktik Klinis Kebidanan.
5. Kompetensi ke-5: Area Keterampilan Klinis Dalam Praktik Kebidanan
- a. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada bayi baru lahir (neonatus), kondisi gawat darurat, dan rujukan.
 - b. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada bayi, balita dan anak pra sekolah, kondisi gawatdarurat,dan rujukan.
 - c. Kemampuan memberikan pelayanan tanggap budaya dalam upaya promosi kesehatan reproduksi pada remaja perempuan.
 - d. Kemampuan memberikan pelayanan tanggap budaya dalam upaya promosi kesehatan reproduksi pada masa sebelum hamil.
 - e. Memiliki ketrampilan untuk memberikan pelayanan ANC komprehensif untuk memaksimalkan, kesehatan Ibu hamil dan janin serta asuhan kegawat daruratan dan rujukan.
 - f. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada ibu bersalin, kondisi gawat darurat dan rujukan.

- g. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada pasca keguguran, kondisi gawat darurat dan rujukan.
 - h. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada ibu nifas, kondisi gawat darurat dan rujukan.
 - i. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada masa antara.
 - j. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada masa klimakterium.
 - k. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada pelayanan Keluarga Berencana
 - l. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada pelayanan kesehatan reproduksi dan seksualitas perempuan.
 - m. Kemampuan melaksanakan keterampilan dasar praktik klinis kebidanan
6. Kompetensi ke-6: Area Promosi Kesehatan dan Konseling
- a. Memiliki kemampuan merancang kegiatan promosi kesehatan reproduksi pada perempuan, keluarga, dan masyarakat.
 - b. Memiliki kemampuan mengorganisir dan melaksanakan kegiatan promosi kesehatan reproduksi dan seksualitas perempuan.

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

7. Kompetensi ke-7: Area Manajemen dan Kepemimpinan

- a. Memiliki pengetahuan tentang konsep kepemimpinan dan pengelolaan sumber daya kebidanan.
- c. Memiliki kemampuan melakukan analisis faktor yang mempengaruhi kebijakan dan strategi pelayanan kebidanan pada perempuan, bayi, dan anak.
- d. Mampu menjadi role model dan agen perubahan di masyarakat khususnya dalam kesehatan reproduksi perempuan dan anak.
- e. Memiliki kemampuan menjalin jejaring lintas program dan lintas sektor.