

TESIS
EDUKASI DAN KUNJUNGAN ANTENATAL CARE SEBAGAI
UPAYA DETEKSI DINI KOMPLIKASI KEHAMILAN
DAN LUARAN PERSALINAN

*Education And Antenatal Care Visits As Early Detection Of
Pregnancy Complications And Delivery Outcomes*

OLEH :

DELIANA LINDA LIMBONG

P102201001



PROGRAM STUDI ILMU KEBIDANAN
SEKOLAH PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2023

TESIS
EDUKASI DAN KUNJUNGAN ANTENATAL CARE SEBAGAI
UPAYA DETEKSI DINI KOMPLIKASI KEHAMILAN
DAN LUARAN PERSALINAN

TESIS
Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi
Ilmu Kebidanan

Disusun dan Diajukan Oleh :

DELIANA LINDA LIMBONG

Kepada

PROGRAM STUDI ILMU KEBIDANAN
SEKOLAH PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2023

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

**EDUKASI DAN KUNJUNGAN ANTENATAL CARE SEBAGAI
UPAYA DETEKSI DINI KOMPLIKASI KEHAMILAN
DAN LUARAN PERSALINAN**

Disusun dan diajukan oleh

DELIANA LINDA LIMBONG

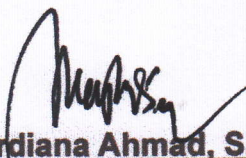
Nomor Pokok P102201001


Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian yang dibentuk dalam rangka
Penyelesaian Program Studi Magister Ilmu Kebidanan
Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin
Pada tanggal 09 Maret 2023
Dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

**Menyetujui
Komisi Penasehat**

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

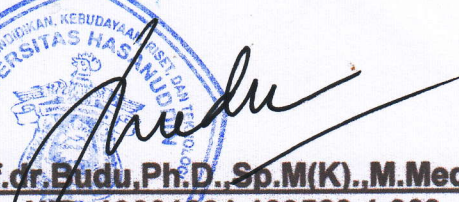

Dr. Mardiana Ahmad, S.SiT., M.Keb
NIP : 19670904 199001 2 002

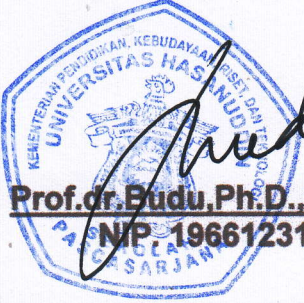

Prof. Dr. dr. Suryani As'ad, M.Sc., Sp.GK (K)
NIP. 19600504 198601 2 002

**Ketua Program Studi
Magister Ilmu Kebidanan**

**Dekan Sekolah Pascasarjana
Universitas Hasanuddin**


Dr. Mardiana Ahmad, S.SiT., M.Keb
NIP : 19670904 199001 2 002


Prof. dr. Budu, Ph.D., Sp.M(K), M.Med.Ed
NIP. 19661231 199503 1 009



PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Deliana Linda Limbong

NIM : P102201001

Program Studi : Ilmu Kebidanan

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar – benar merupakan hasil karya saya atas bimbingan pembimbing dan penguji dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa Sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 08 Maret 2023

Yang menyatakan



Deliana Linda Limbong

PRAKATA

Allamdulillah, Puji dan Syukur penulis panjatkan pada Rabb semesta alam atas nikmat kesempatan dan kesehatan serta karuniaNYA sehingga tesis ini dapat diselesaikan. Shalawat dan Salam kepada Rasulullah, Muhammad SAW beserta sahabatnya.

Penulisan tesis ini merupakan bagian dari rangkaian persyaratan dalam rangka penyelesaian Program Magister Ilmu Kebidanan Pascasarjana Universitas Hasanuddin.

Dengan selesainya tesis ini perkenankanlah penulis dengan segenap ketulusan hati menyampaikan ungkapan terima kasih yang sebesar – besarnya kepada yang terhormat ;

1. **Prof. Dr.Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc.**, selaku Rektor Universitas Hasanuddin Makassar.
2. **Prof. dr. Budu, Ph.D.,Sp.M (K) M. Med Ed** selaku Dekan Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar.
3. **Dr. Mardiana Ahmad, S.SiT,. M.Keb** selaku Ketua Program Studi Magister Kebidanan Universitas Hasanuddin Makassar.
4. Komisi Penasihat **Dr. Mardiana Ahmad, S.SiT,. M.Keb** dan **Prof.Dr.dr. Suryani As'ad, M.Sc.,Sp.GK(K)** selaku pembimbing yang dengan penuh kesabaran telah meluangkan waktunya membimbing dan mengarahkan serta memberi masukan yang sangat berguna dalam penyelesaian tesis ini.
5. **Dr. dr. St. Rafiah.,M.Si.**, **Dr. dr. Sharvianty Arifuddin.,Sp.OG(K)**. dan **Prof. Dr. Stang.,M.Kes.** selaku penguji yang telah memberikan saran – saran yang sangat berguna dalam memperbaiki proses penelitian dan penulisan tesis ini.
6. **Kepala Puskesmas Kairatu Kabupaten Seram Bagian Barat** dan jajarannya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melakukan penelitian dan **Kepala Puskesmas Waimital Kabupaten Seram Bagian Barat** dan jajarannya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melakukan penelitian di wilayah

kerjanya dan **seluruh ibu hamil**, yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini.

7. Seluruh **Staf pengajar S2 Ilmu Kebidanan Universitas Hasanuddin Makassar** yang telah memberikan bekal ilmu yang sangat bermanfaat bagi penulis
8. Ayahanda **Matheus Linda (Alm)** dan ibunda **Ludia Sesa** yang telah melahirkan, memelihara, membesarkan serta senantiasa memberikan dorongan, semangat, mencurahkan bantuan dan doanya kepada penulis. Semoga Allah SWT memberikan rahmat, keselamatan yang tak terhingga baginya dan saudara : **Overlinda Limbong, Novelinda Limbong** serta seluruh keluarga besar **Limbong, Sesa**, terima kasih doa, dukungan moril dan material sejak penulis memulai studi sampai pada tahap penyelesaian.
9. Semua sahabat yang telah banyak memberikan masukan, support dan masukan yang sangat berharga dan terima kasih atas motivasi dan kebersamaannya selama ini.
10. Rekan – rekan mahasiswa S2 angkatan XII, terima kasih atas kebersamaan dalam suka dan duka, bantuan dan dukungan selama perkuliahan.

Semoga seluruh bantuan, partisipasi dan doa yang disampaikan untuk penulis mendapat balasan pahala yang berlipat ganda dan menjadi amal jariyah, Amin Ya Rabbal Alamin. Dengan segenap kerendahan hati, penulis mengharapkan saran dan kritik membangun guna perbaikan dan penyempurnaan tesis ini. Semoga Allah SWT memberikan balasan kebaikan yang berlipat ganda dan senantiasa melimpah berkah dan rahmatnya kepada semua pihak yang telah membantu penyelesaian tesis ini. Semoga hasil tesis ini bisa bermanfaat bagi kita semua. Amin

Makassar, 09 Maret 2023

Penulis

Deliana Linda Limbong

ABSTRACT

DELIANA LINDA LIMBONG. *Edukasi dan Kunjungan Antenatal Care sebagai Upaya Deteksi Dini Komplikasi Kehamilan Dan Luaran Persalinan Di Kabupaten Seram Bagian Barat (dibimbing oleh **Mardiana Ahmad** dan **Suryani As'ad**)*

Penelitian ini bertujuan untuk Menganalisis edukasi dan kunjungan antenatal care sebagai upaya deteksi dini komplikasi kehamilan dan luaran persalinan di Kabupaten Seram Bagian Barat. Jenis penelitian menggunakan rancangan *One Group Pretest-Posttest design*, dilaksanakan pada bulan Februari sampai Juni 2022 di Puskesmas Waimital dan Kairatu Barat. Sampel diambil dengan Teknik *Quota Sampling* dengan jumlah 40 ibu hamil trimester III dibagi menjadi 2 kelompok intervensi yaitu ibu hamil yang melakukan Antenatal care yang teratur ($n=20$) dan tidak teratur ($n=20$). Pemberian edukasi (media video) diberikan sebanyak 3 kali dan diberikan kuesioner sebelum dan setelah edukasi, selanjutnya pada luaran persalinan dilakukan observasi pada ibu dan bayi. Data dianalisis menggunakan uji Chi-Square dan uji T-berpasangan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa edukasi media video berpengaruh secara signifikan terhadap pengetahuan ibu hamil yang berarti ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal care secara teratur akan mendapatkan edukasi yang dapat meningkatkan pengetahuan ibu hamil tentang deteksi dini komplikasi kehamilan. Sedangkan pada umur dan pendidikan berpengaruh secara signifikan terhadap pengetahuan ibu hamil yang berarti wanita yang berumur lebih muda akan cenderung mempunyai pengetahuan lebih luas dibanding wanita yang berumur lebih tua sedangkan pada pendidikan semakin tinggi pendidikan semakin tinggi pengetahuan seseorang. Kunjungan antenatal care berpengaruh secara signifikan terhadap komplikasi kehamilan dan luaran persalinan yang berarti ibu yang melakukan kunjungan antenatal care tidak akan mengalami komplikasi sedangkan pada ibu hamil dengan kunjungan antenatal care tidak teratur akan mengalami komplikasi persalinan pada ibu sebanyak 7 orang (35%) yaitu Ketuban pecah dini, kala 1 memanjang dan retensio plasenta. Sedangkan komplikasi pada bayi sebanyak 5 orang (25%) yaitu berat badan lahir rendah, asfiksia dan makrosomia.

Kata kunci: *edukasi, kunjungan antenatal care, komplikasi kehamilan, persalinan.*



ABSTRACT

DELIANA LINDA LIMBONG. *Education and Antenatal Care Visits as an Effort for Early Detection of Pregnancy Complications and Delivery Outcomes in West Seram District* (supervised by **Mardiana Ahmad** and **Suryani As'ad**)

This study aims to analyze education and antenatal care visits as an effort to detect early complications of pregnancy and delivery outcomes in West Seram District. This type of research uses the One Group Pretest-Posttest design, carried out from February to June 2022 at the Waimital and West Kairatu Public Health Centers. Samples were taken using the Quota Sampling Technique with a total of 40 third trimester pregnant women who were divided into 2 intervention groups, namely pregnant women who had regular (n=20) and irregular (n=20) antenatal care. Providing education (video media) was given 3 times and questionnaires were given before and after education, then on the outcome of the delivery, observations were made on the mother and baby. Data were analyzed using the Chi-Square test and paired T-test. The results of the study show that video media education has a significant effect on the knowledge of pregnant women, which means that pregnant women who make regular antenatal care visits will receive education that can increase pregnant women's knowledge about early detection of pregnancy complications. Meanwhile, age and education significantly influence the knowledge of pregnant women, which means that women who are younger will tend to have more extensive knowledge than women who are older whereas in education the higher the education the higher one's knowledge. Antenatal care visits have a significant effect on pregnancy complications and birth outcomes, which means that mothers who make antenatal care visits will not experience complications whereas pregnant women with irregular antenatal care visits will experience complications of delivery to the mother as many as 7 people (35%), namely premature rupture of membranes, prolonged 1st stage and retained placenta. While complications in infants were 5 people (25%) namely low birth weight, asphyxia and macrosomia.

Keywords: *education, antenatal care visits, pregnancy complications, childbirth.*



DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS	iv
PRAKATA	v
ABSTRACT	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR SINGKATAN.....	xvi
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.3. Tujuan Penelitian	6
1.3.1. Tujuan Umum.....	6
1.3.2. Tujuan Khusus	7
1.4. Manfaat Penelitian	7
1.4.1. Aspek Ilmiah	7
1.4.2. Aspek Praktis.....	7
BAB II	8
TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1. Tinjauan Umum Edukasi.....	8
2.1.1. Defenisi Edukasi	8
2.1.2. Tujuan Edukasi.....	9
2.1.3. Jenis edukasi / Pendidikan Kesehatan.....	9
2.1.4. Faktor yang mempengaruhi metode pendidikan kesehatan	10
2.2. Tinjauan Umum Antenatal Care (ANC).....	10
2.2.1. Pengertian Antenatal Care (ANC)	10
2.2.2. Tujuan Antenatal Care (ANC).....	11
2.2.3. Pelayanan Antenatal Care (ANC)	12

2.2.4.	Standar Pelayanan Antenatal care (ANC)	15
2.2.5.	Manfaat pemeriksaan kehamilan (Antenatal Care).....	16
2.2.6.	Tipe pelayanan Antenatal Care (ANC)	17
2.2.7	Faktor penyebab ketidakteraturan pemeriksaan Antenatal Care	19
2.2.8	Faktor – faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan ibu hamil dalam antenatal care	19
2.3.	Tinjauan Umum tentang Komplikasi Kehamilan	19
2.3.1.	Defenisi Komplikasi Kehamilan.....	19
2.3.2.	Jenis-jenis Komplikasi Kehamilan	20
2.3.3.	Dampak yang terjadi pada luaran persalinan	25
2.3.4.	Tanda – tanda bahaya dalam kehamilan	31
2.3.5.	Upaya pencegahan komplikasi kehamilan	32
2.4.	Tinjauan Umum tentang Persalinan	33
2.4.1.	Defenisi Persalinan.....	33
2.4.2.	Tujuan Persalinan	33
2.4.3.	Jenis – jenis persalinan.....	34
2.4.4.	Sebab - sebab Mulainya persalinan.....	35
2.4.5.	Tahapan Persalinan.....	36
2.4.6.	Tanda – tanda persalinan.....	38
2.4.7.	Faktor – faktor yang mempengaruhi persalinan	39
2.4.8.	Komplikasi persalinan	44
2.5.	Tinjauan Umum Bayi Baru Lahir	55
2.5.1.	Defenisi Bayi Baru Lahir	55
2.5.2.	Ciri – ciri bayi normal.....	55
2.5.3.	Asuhan bayi baru lahir normal	56
2.5.4.	Tanda-tanda bahaya yang harus diwaspadai pada bayi baru lahir	57
2.5.5.	Pemantauan Bayi Baru Lahir	58
2.5.6.	Penatalaksanaan Awal Bayi Baru Lahir.....	58
2.5.7.	Pencegahan Infeksi saat menangani Bayi Baru Lahir	59
2.6.	Pengaruh edukasi terhadap kunjungan ANC tentang deteksi dini komplikasi kehamilan	59

2.7.	Perbedaan hasil luaran persalinan terhadap ibu dan bayi pada ibu yang melakukan kunjungan antenatal care yang teratur dan tidak teratur.	60
2.8.	Kerangka Teori.....	63
2.9.	Kerangka Konsep	64
2.10.	Hipotesis Penelitian.....	65
BAB III	66
METODE PENELITIAN	66
3.1	Desain Penelitian	66
3.2	Lokasi Dan Waktu Penelitian.....	66
3.2.1	Lokasi penelitian.....	66
3.2.2	Waktu penelitian.....	66
3.3	Populasi dan Sampel Penelitian	66
3.3.1	Populasi	67
3.4	Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel	67
3.4.1	Kriteria Inklusi dan Eksklusi	68
3.5	Instrumen Penelitian dan Teknik Pengumpulan Data.....	68
3.5.1	Instrumen Penelitian	68
3.5.2	Teknik pengumpulan data	69
3.6	Definisi operasional dan Kriteria Objektif	70
3.7	Alur Penelitian.....	75
3.8	Prosedur Penelitian	77
3.9	Pengolahan dan Penyajian Data	79
3.9.1	Pengolahan Data	79
3.9.2	Analisa data.....	80
3.10	Izin penelitian dan Kelayakan Etik (Ethical Clereance)	81
BAB IV	82
HASIL DAN PEMBAHASAN	82
4.1.	Hasil Penelitian	82
4.1.1	Gambaran Umum dan Karakteristik Sampel Penelitian	82
4.1.2	Deskripsi Karakteristik Subyek.....	83

4.1.3 Pengaruh Edukasi Terhadap Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Deteksi Dini Komplikasi Kehamilan Pada Ibu Yang Melakukan Kunjungan Antenatal Care Teratur Dan Tidak Teratur.....	87
4.1.4. Perbedaan proses persalinan pada ibu yang melakukan kunjungan antenatal care teratur dan tidak teratur.....	88
4.1.5 Perbedaan komplikasi persalinan pada ibu yang melakukan kunjungan ANC teratur dan tidak teratur.....	89
4.1.6 Perbedaan antropometri bayi pada ibu yang melakukan kunjungan ANC teratur dan tidak teratur.....	90
4.1.7 Perbedaan komplikasi bayi pada ibu yang melakukan kunjungan ANC teratur dan tidak teratur.....	91
4.2. Pembahasan.....	92
4.2.1 Karakteristik Responden	92
4.2.2 Pengaruh Edukasi Terhadap Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Deteksi Dini Komplikasi Kehamilan Pada Ibu Yang Melakukan Kunjungan ANC Teratur dan Tidak Teratur.....	95
4.2.3 Perbedaan proses persalinan pada ibu yang melakukan kunjungan antenatal care teratur dan tidak teratur.....	96
4.2.4 Perbedaan komplikasi persalinan pada ibu yang melakukan kunjungan ANC teratur dan tidak teratur.....	97
4.2.5 Perbedaan antropometri bayi pada ibu yang melakukan kunjungan ANC teratur dan tidak teratur.....	98
4.2.6 Perbedaan komplikasi bayi pada ibu yang melakukan kunjungan ANC teratur dan tidak teratur.....	100
4.3 Keterbatasan Penelitian	101
BAB V 102	
KESIMPULAN DAN SARAN	102
5.1. Kesimpulan	102
5.2. Saran	102
DAFTAR PUSTAKA.....	104
LAMPIRAN	110

DAFTAR TABEL

NO	TEKS	HALAMAN
1	Tabel 2.1. Kunjungan Antenatal Care (ANC)	12
2	Tabel 2.2. Status Imunisasi Tetanus	13
3	Tabel 2.3. Lama Persalinan	36
4	Tabel 2.5. Nilai APGAR Score	56
5	Tabel 3.1. Defenisi Operasional dan Kriteria Objektif	69
6	Tabel 3.2. Rencana Pelaksanaan Edukasi	76
7	Tabel 4.1. Karakteristik responden berdasarkan umur, Pendidikan, pekerjaan, paritas, jarak kehamilan, status gizi ibu.	84
8	Tabel 4.2. Analisis Normalitas Data Edukasi tentang deteksi dini komplikasi kehamilan	90
9	Tabel 4.3. Analisis hasil pengetahuan ibu hamil <i>sebelum</i> dan <i>sesudah</i> edukasi pada ibu yang melakukan kunjungan ANC	91
10	Tabel 4.4. Analisis hasil pengetahuan ibu hamil sebelum dan sesudah edukasi berdasarkan umur ibu	93
11	Tabel 4.5. Analisis hasil pengetahuan ibu hamil sebelum dan sesudah edukasi berdasarkan Pendidikan ibu	93
12	Tabel 4.6. Analisis Hasil Luaran Persalinan Berdasarkan Proses Persalinan Pada Ibu Yang Melakukan Kunjungan ANC Teratur dan Tidak Teratur	94
13	Tabel 4.7. Analisis Luaran Persalinan Pada Ibu berdasarkan komplikasi pada ibu Yang Melakukan Kunjungan ANC Teratur Dan Tidak Teratur	95
14	Tabel 4.8. Analisis luaran persalinan berdasarkan antropometri bayi pada ibu yang melakukan kunjungan ANC Teratur dan Tidak teratur	95

15	Tabel 4.9. Analisis Luaran Persalinan Pada Bayi Berdasarkan Komplikasi Pada Ibu Yang Melakukan Kunjungan ANC Teratur Dan Tidak Teratur	96
----	--	----

DAFTAR GAMBAR

NO	TEKS	HALAMAN
1	Gambar 2.1. Jenis – jenis malposisi	44
2	Gambar 2.2. Presentasi muka (Prawirohardjo, 2016)	46
3	Gambar 2.3. Presentasi bokong (Prawirohardjo, 2016)	48
4	Gambar 2.4. Jenis – jenis Retensio plasenta	51
5	Gambar 2.6. Robekan jalan lahir	52
6	Gambar 2.7. Kerangka Teori	62
7	Gambar 2.8. Kerangka Konsep	63
8	Gambar 3.1. Desain Penelitian	65
9	Gambar 3.2. Alur Penelitian	74
10	Gambar 4.1. Grafik Tingkat Pengetahuan Ibu Hamil	85
11	Gambar 4.2. Grafik Tingkat Pengetahuan ibu hamil berdasarkan umur	87
12	Gambar 4.3 Grafik tingkat pengetahuan ibu berdasarkan Pendidikan	88
13	Gambar 4.4. Grafik Hasil luaran persalinan berdasarkan BBL	89
14	Gambar 4.5. Grafik Hasil luaran persalinan berdasarkan Panjang Badan	90

DAFTAR LAMPIRAN

1. Lembar Penjelasan Untuk Responden
2. Lembar Formulir Persetujuan
3. Lembar Kuesioner
4. Lembar Observasi Penelitian
5. Rekomendasi Persetujuan Etik
6. Permohonan Izin Etik Penelitian
7. Surat Izin Penelitian
8. Surat Keterangan Selesai Penelitian
9. SK Pembimbing
10. SK Penguji
11. Dokumentasi Penelitian
12. Master Tabel
13. Hasil SPSS

DAFTAR SINGKATAN

Singkatan	Kepanjangan
AKB	Angka Kematian Bayi
AKI	Angka Kematian Ibu
ANC	Antenatal Care
APGR	Appearance Pulse Grimance Activity Respiration
ASI	Air Susu Ibu
BB	Berat Badan
BBL	Berat Badan Lahir
BBLR	Berat Badan Lahir Rendah
BJ	Berat Janin
CPD	Continuing Professional Developmentt
CRP	C-reactive Protein
DJJ	Denyut Jantung Janin
DTT	Disinfeksi Tingkat Tinggi
Hb	Hemoglobin
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ISK	Infeksi Saluran Kencing
IUFD	Intra Uterine Fetal Death
K1	Kunjungan Pemeriksaan Pertama
K4	Kunjungan Pemeriksaan keempat
KB	Keluarga Berencana
KEK	Kekurangan Energi Kronik
KH	Kelahiran Hidup
KIA	Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	Komunikasi Informasi Edukasi
KPD	Ketuban Pecah Dini
LD	Lingkar Dada
LILA	Lingkar Lengan Atas
LK	Lingkar Kepala
PAP	Pintu Atas Panggul
PB	Panjang Badan
PMS	Penyakit Menular Seksual
SAD	Sepsis Awitan Dini
SAL	Sepsis Awitan Lanjutan
TB	Tinggi Badan
TFU	Tinggi Fundus Uteri
UK	Umur Kehamilan
VT	Vagina Toucher

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kehamilan merupakan proses fisiologis, akan tetapi karena suatu hal kehamilan dapat berkembang menjadi patologis sehingga berisiko baik terhadap ibu maupun janin yang di kandungnya. Masalah Kesehatan ibu dapat terjadi sebelum kehamilan dan pada akhirnya akan berdampak komplikasi pada masa kehamilan memerlukan perhatian khusus untuk menentukan kualitas hidup selanjutnya, (Fitriahadi, 2021).

Deteksi dini sebelum terjadinya komplikasi merupakan suatu skrining untuk menjangkir komplikasi yang kemungkinan akan terjadi pada ibu hamil. Apabila pada pemahaman ini kurang dikhawatirkan dapat melonjaknya kehamilan berisiko tinggi yang tidak terdeteksi hingga berujung kematian. Tingginya kejadian komplikasi pada ibu saat kehamilan dan persalinan, hal ini dapat menjadi penyumbang bagi tingginya angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB). Untuk itu perlunya pengenalan secara dini kemungkinan kelainan yang mungkin terjadi pada kehamilan dengan rutin melakukan pemeriksaan kehamilan antenatal care di fasilitas kesehatan (Noftalina, dkk, 2021).

Kehamilan resiko tinggi merupakan suatu proses kehamilan yang mempunyai resiko lebih tinggi dan lebih besar dari kehamilan normal atau pada umumnya (baik bagi ibu maupun bayi) dengan risiko sakit atau kematian sebelum atau sesudah proses persalinan nanti (Mardiyanti, Anggasari, 2020).

Secara garis besar kematian ibu hamil disebabkan karena rendahnya angka kunjungan ibu pada saat antenatal care karena keterlambatan deteksi dini kehamilan yang bermasalah. Komplikasi kehamilan yang sering menjadi penyebab utama kematian ibu adalah perdarahan (kebanyakan perdarahan setelah melahirkan), hipertensi selama kehamilan (Pre-eklamsia dan Eklamsia), sepsis dan infeksi dan persalinan. penyebab tidak langsung adalah anemia, KEK, dan keadaan

“4 terlalu” (terlalu muda/tua, sering melahirkan, banyak anak) (Komariyah, 2020).

Antenatal care merupakan upaya preventif program pelayanan Kesehatan obstetric untuk optimalisasi kematian maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan untuk mencegah terjadinya komplikasi kehamilan. Apabila ibu hamil tidak melakukan antenatal care tidak dapat dilakukan screening sejak awal adanya komplikasi pada saat hamil atau pada saat persalinan yang akan mengarah kepada kematian (Mahendra 2019).

Standar waktu pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan janin berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan yaitu pelayanan kesehatan ibu hamil dapat dilakukan dengan melihat cakupan K1 dan K4. Cakupan K1 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal pertama kali oleh tenaga kesehatan, dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Sedangkan cakupan K4 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar paling sedikit empat kali sesuai jadwal yang dianjurkan di tiap trimester, dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun (Profil Kesehatan Indonesia, 2020).

Salah satu tindakan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan serta sikap masyarakat khususnya ibu hamil tentang tanda-tanda bahaya kehamilan adalah dengan memberikan edukasi atau pendidikan kesehatan. Edukasi atau pendidikan kesehatan sendiri merupakan kegiatan atau usaha dalam menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Pemberian edukasi mengenai pentingnya antenatal care perlu ditingkatkan lagi untuk lebih meningkatkan kepatuhan ibu hamil dalam melakukan kunjungan antenatal care, karena meskipun sebagian responden telah memiliki kepatuhan dan juga tidak mengalami kejadian komplikasi saat hamil,

akan tetapi masih ada juga yang tidak patuh melakukan ANC dan juga mengalami kejadian komplikasi saat hamil (Damayanti, 2019).

Seseorang yang mendapat informasi mengenai suatu topik tertentu akan memiliki pengetahuan yang lebih baik dari pada yang tidak mendapat informasi, begitu juga informasi tentang deteksi risiko tinggi pada ibu hamil yang diberikan kepada responden melalui media audio visual (Notoatmodjo,2018). Penelitian yang dilakukan oleh Harsismanto & Sulaeman (2019), menunjukkan ada pengaruh pemberian edukasi menggunakan media video terhadap peningkatan sikap dan motivasi, dalam hal ini, tidak hanya pengetahuan, edukasi yang tersaji dengan baik dalam media audiovisual efektif meningkatkan motivasi dan sikap.

World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa setiap hari sekitar 808 wanita meninggal akibat komplikasi kehamilan seperti perdarahan berlebihan dan bengkak di kaki, tangan dan wajah yang disertai sakit kepala dan kejang, maupun komplikasi persalinan, atau sebanyak 295.000 kematian ibu sepanjang tahun 2017. Tingginya komplikasi persalinan menyumbang angka kematian ibu dan bayi, terutama di negara-negara dengan pendapatan menengah-ke bawah. Di Indonesia sendiri, angka kematian ibu pada tahun 2017 sebanyak 177 per kelahiran hidup (The World Bank, 2019), lebih tinggi dibandingkan dengan rata-rata di seluruh Asia Tenggara (152 per 100.000 kelahiran hidup). Penyebab langsung kematian karena Perdarahan (27,1%) diantaranya adalah perdarahan pasca persalinan (72,6%), Hipertensi (14%), Sepsis (10,7%) (World Health Organization, 2020).

Menurut Kementrian Kesehatan tahun 2020, jumlah kematian ibu yang dihimpun dari pencatatan program kesehatan keluarga di Kementerian Kesehatan pada tahun 2020 menunjukkan 4.627 kematian di Indonesia. Jumlah ini menunjukkan peningkatan dibandingkan tahun 2019 sebesar 4.221 kematian. Berdasarkan penyebab, sebagian besar kematian ibu pada tahun 2020 disebabkan oleh perdarahan sebanyak

1.330 kasus, hipertensi dalam kehamilan sebanyak 1.110 kasus, dan gangguan sistem peredaran darah sebanyak 230 kasus. Kematian ibu melahirkan adalah Perdarahan (28%), Eklamsia (24%), Infeksi (11%), Namun pada cakupan pelayanan ANC (K4) pada tahun 2019 sebanyak 88,5% dan turun pada tahun 2020 sebanyak 84,6%.

Berdasarkan data yang dilaporkan kepada Direktorat Kesehatan Keluarga dari seluruh kematian neonatus yang dilaporkan, 72,0% (20.266 kematian) terjadi pada usia 0-28 hari. Pada tahun 2020, penyebab kematian neonatal terbanyak adalah kondisi berat badan lahir rendah (BBLR) (35,2%). Penyebab kematian lainnya di antaranya asfiksia (27,4%), infeksi (3,4%), kelainan kongenital (11,4%), tetanus neonatorium (0,3%), dan lainnya (22,5%) (Profil Kesehatan Indonesia, 2020).

Dari data Dinas Kesehatan Provinsi Maluku, Penyebab kematian ibu hamil disebabkan oleh *Perdarahan* (36%), *Hipertensi dalam kehamilan* (7%), *Infeksi* (6%), *Gangguan Metabolik* (1%), *gangguan system peredaran darah* (9%). Angka Kematian Ibu Pada tahun 2019 Sebanyak 49 Ribu, dan tahun 2020 sebanyak 70 ribu. Namun pada tahun 2020 cakupan pelayanan ANC K1 (78,6%) dan K4 (64,3%). Berdasarkan data kematian neonatal sebanyak 223 kematian, penyebab kematian neonatal terbanyak adalah BBLR (45%), asfiksia (58%), infeksi (16%), kelainan kongenital (15%) (Profil Kesehatan Provinsi Maluku, 2020).

Berdasarkan studi pendahuluan dari Profil Puskesmas Kairatu Barat Kabupaten Seram Bagian Barat diperoleh kunjungan ibu hamil pada tahun 2021 sebanyak 309 orang sedangkan pada ibu hamil dengan K1 (87%) dan K4 (105%) dan yang memiliki buku KIA (87%). Profil Puskesmas Waimital Kabupaten Seram Bagian Barat diperoleh kunjungan ibu hamil pada tahun 2021 sebanyak 195 orang sedangkan ibu hamil dengan K1 (98%) dan K4 (73%) dan yang memiliki buku KIA (98%). Jumlah komplikasi kehamilan di Kabupaten Seram bagian barat pada tahun 2021 sebanyak 384 orang (43 %), penyebab kematian ibu

hamil disebabkan oleh *perdarahan, hipertensi, infeksi gangguan metabolik, retensio plasenta* dan kematian bayi disebabkan oleh *BBLR* dan *mikrosomia*.

Kehamilan risiko tinggi akan mempunyai outcome buruk akan terjadi pada luaran maternatal meliputi ketuban pecah dini, anemia, persalinan lama, CPD dan preeklamsia dan luaran bayi baru lahir sebagian besar lahir cukup bulan dengan berat badan sebagian besar BBLR dan sebagian besar mengalami asfiksia. Komplikasi kehamilan potensial utama yang mempengaruhi ibu hamil trimester III adalah hipertensi akibat kehamilan (Preeklamsia dan eklamsia), diabetes gestasional, anemia, perdarahan, plasenta previa, solusio plasenta, vasa praevia, persalinan premature, ketuban pecah dini dan sebagainya (Kusyani, 2020).

Menurut Penelitian Yeoh et al, 2016 bahwa 26% ibu dengan kehamilan risiko tinggi tidak pernah melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan sedangkan 89% Wanita hamil tanpa komplikasi kehamilan melakukan pemeriksaan teratur. Wanita hamil yang tidak pernah melakukan kunjungan antenatal mengalami komplikasi kehamilan yaitu koriomnionitis dan solusio plasenta serta 9,18 kali berisiko melahirkan bayi dengan berat badan rendah, 12,05 kali berisiko terjadi kematian janin dan 10,03 kali berisiko terjadi kematian janin (Priyanti, 2020).

Beberapa peneliti sebelumnya telah melakukan kajian untuk melihat media yang efektif dalam meningkatkan pengetahuan kesehatan yang didukung dengan teknologi yang dapat memberikan keleluasaan mendapatkan informasi lebih cepat, mudah dan bisa digunakan dimana saja dan dapat diakses kapan saja, seperti edukasi media video. Penelitian yang dilakukan oleh Surhatika, 2021 menunjukkan bahwa film animasi tanda bahaya mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap pengetahuan dan sikap ibu hamil dalam mendeteksi komplikasi kehamilan. Penelitian ini, masih perlu dikembangkan untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap ibu hamil dalam mendeteksi

komplikasi kehamilan, yakni dengan metode edukasi media video dialek daerah. Dialek daerah yang dimaksudkan dalam penelitian ini adalah perbedaan dalam penuturan suatu bahasa yang dikaitkan dengan wilayah geografis dan suku. Penggunaan dialek daerah dimaksudkan agar ibu hamil lebih mudah memahami materi edukasi yang disampaikan terutama pada daerah dengan tingkat pendidikan dan pengetahuan ibu hamil yang rendah.

Hasil penelitian Kusyuni, 2021 menunjukkan bahwa ada hubungan antara pemeriksaan kehamilan K4 dengan kejadian kehamilan resiko tinggi pada ibu hamil. Obyek penelitian ini adalah ibu hamil dengan umur kehamilan 37 minggu namun tidak melakukan observasi sampai pada luaran persalinan. Oleh sebab itu, penelitian sebelumnya dapat dikembangkan dengan cara mengukur frekuensi kunjungan ANC pada trimester III (umur kehamilan 28 minggu) dan melakukan observasi pada luaran persalinan untuk mengetahui komplikasi yang akan terjadi pada ibu dan bayi.

Berdasarkan uraian di atas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang " Edukasi dan kunjungan antenatal care sebagai upaya deteksi dini komplikasi kehamilan dan luaran persalinan".

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang pemikiran di atas, Adapun rumusan masalah dalam penelitian ini adalah :

1. Apakah ada pengaruh edukasi pada pengetahuan ibu hamil tentang deteksi dini komplikasi kehamilan pada ibu yang melakukan kunjungan ANC Teratur dan Tidak teratur?
2. Bagaimana perbedaan hasil luaran persalinan pada ibu dan bayi yang melakukan kunjungan antenatal care yang teratur dan tidak teratur ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis edukasi dan kunjungan antenatal care sebagai upaya deteksi dini komplikasi kehamilan dan luaran persalinan di Puskesmas

Kairatu Barat dan Puskesmas Waimital Kabupaten Seram Bagian Barat Provinsi Maluku.

1.3.2 Tujuan Khusus

Penelitian ini bertujuan untuk :

- a. Menilai pengaruh edukasi terhadap pengetahuan ibu hamil tentang deteksi dini komplikasi kehamilan pada ibu yang melakukan kunjungan antenatal care teratur dan tidak teratur.
- b. Menilai perbedaan proses persalinan pada ibu yang melakukan kunjungan antenatal care teratur dan tidak teratur.
- c. Menilai perbedaan komplikasi persalinan pada ibu yang melakukan kunjungan antenatal care teratur dan tidak teratur.
- d. Menilai perbedaan antropometri bayi pada ibu yang ANC teratur dan tidak teratur.
- e. Menilai perbedaan komplikasi bayi pada ibu yang melakukan kunjungan antenatal care teratur dan tidak teratur.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1. Aspek Ilmiah

- a. Memberikan informasi tentang edukasi dan kunjungan antenatal care sebagai upaya deteksi dini komplikasi kehamilan dan luaran persalinan
- b. Penelitian ini diharapkan mampu memberikan tambahan ilmu pengetahuan bagi pengembangan kajian Kesehatan ibu dan janin. Temuan dari studi ini dapat menjadi salah satu referensi bagi peneliti lain untuk membangun hipotesis yang lebih baik.

1.4.2. Aspek Praktis

Pada hasil penelitian ini dapat digunakan di institusi pelayanan Kesehatan khususnya puskesmas dan bidan agar lebih meningkatkan pemberian edukasi kepada ibu hamil tentang deteksi dini komplikasi kehamilan khususnya untuk kehamilan trimester III untuk meningkatkan Kesehatan ibu dan janin dan pentingnya kunjungan antenatal care selama masa kehamilan sehingga menghasilkan persalinan yang baik.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Tinjauan Umum Edukasi

2.1.1. Defenisi Edukasi

Edukasi atau Pendidikan Kesehatan merupakan kegiatan atau usaha dalam menyampaikan pesan Kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Dengan adanya pesan tersebut maka masyarakat, kelompok atau individu mampu memperoleh pengetahuan tentang Kesehatan yang lebih baik (Sari HS, dkk, 2018).

Edukasi Kesehatan merupakan bagian dari Pendidikan Kesehatan yang dapat diartikan sebagai pemberi informasi, instruksi dan peningkatan pemahaman terkait Kesehatan (Notoatmodjo S.2014; Sayekti, 2020).

Edukasi Kesehatan atau Pendidikan Kesehatan selalu dilaksanakan menggunakan media atau alat. Media berasal dari Bahasa latin yaitu “medius” yang memiliki arti “perantara” atau “pengantar” yang memiliki fungsi untuk membantu komunikasi antara komunikator dengan komunikan (Ramadhanty, 2021).

Edukasi kesehatan menurut WHO (2015) adalah berbagai kombinasi pengalaman belajar yang dirancang untuk membantu individu dan komunitas memperbaiki kesehatan mereka, dengan meningkatkan pengetahuan atau sikap yang memengaruhi mereka.

Edukasi selama kunjungan Antenatal Care (ANC) tentang tanda bahaya kehamilan sangat penting dilakukan karena dapat meningkatkan kesadaran ibu hamil terhadap tanda bahaya kehamilan sehingga secara cepat dan tepat mencari perawatan Kesehatan yang akan mengurangi terjadinya komplikasi yang mengakibatkan meningkatnya angka kesakitan dan kematian ibu (Assaf, 2018).

Media edukasi yang digunakan untuk memberikan promosi kesehatan antara lain yaitu media audiovisual. Audiovisual memberikan

pengaruh yang sangat besar dalam perubahan perilaku masyarakat. media audiovisual merupakan alat bantu pendidikan yang memiliki unsur suara dan gambar, yang sifatnya mampu meningkatkan persepsi, mampu meningkatkan pengetahuan dan meningkatkan ingatan (Sari.HS, 2018).

2.1.2. Tujuan Edukasi

Tujuan edukasi salah satunya adalah untuk meningkatkan pengetahuan yang akan menyebabkan perubahan gaya hidup dan sikap yang mempengaruhi kualitas hidup (Thomas.et.al, 2016).

2.1.3. Jenis edukasi / Pendidikan Kesehatan

1. Metode didaktik

Untuk metode didaktik, orang yang lebih aktif dalam memberikan penjelasan adalah tenaga kesehatan. Artinya mereka yang memberikan pendidikan kesehatan lebih aktif dibandingkan dengan sasaran yang dimilikinya. Sedangkan sasarannya itu sendiri justru bersifat pasif.

Maksud dari kata pasif dalam metode ini adalah mereka tidak diberikan kesempatan untuk bertanya atau bahkan mengemukakan pendapat. Hal ini terjadi karena proses pendidikan bersifat satu arah atau one Way metode. Beberapa hal yang termasuk dalam metode ini, di antaranya (Bahar, dkk, 2021) yaitu:

- a. Kegiatan langsung yang ditunjukkan dengan metode ceramah
- b. Kegiatan tidak langsung yang ditunjukkan dengan: penggunaan poster, penggunaan media cetak seperti halnya majalah, koran, atau bahkan surat kabar penggunaan media elektronik seperti halnya radio atau bahkan televisi.

2. Metode Sokratik

Berbeda halnya dengan metode di bagian atas tadi. Untuk metode yang satu ini, sasaran justru diberikan banyak kesempatan dalam mengemukakan pendapat. Dengan demikian, mereka pun ikut turut aktif dalam proses belajar mengajar di bidang kesehatan.

Dengan kata lain, metode yang satu ini dikenal dengan sebutan metode dua arah. Artinya ada komunikasi antara pihak yang menyampaikan pesan dengan pihak penerima. Karena itulah metode ini juga dikenal dengan sebutan two Way metode.

- a. Kegiatan langsung ditandai dengan : curah pendapat, demonstrasi, diskusi, simulasi, sosio drama, bermain peran atau role playing, seminar, symposium, studi kasus
- b. Kegiatan tidak langsung ditandai dengan : penyuluhan kesehatan yang dilakukan melalui media elektronik, seperti halnya telepon, penggunaan satelit komunikasi.

2.1.4. Faktor yang mempengaruhi metode pendidikan kesehatan

Keberhasilan penggunaan metode dalam pendidikan kesehatan tentunya dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor-faktor tersebut diantaranya adalah :

- a. Faktor petugas yang memberikan Pendidikan
Untuk faktor yang satu ini umumnya ia berkaitan dengan tingkat persiapan yang dilakukannya. Kemudian penguasaan pada ilmu kesehatan yang dimiliki. Kemudian tampilan dan juga cara yang digunakan dalam menyampaikan pendidikan kesehatan tersebut.
- b. Faktor sasaran yang dituju
Sementara untuk faktor sasaran ada beberapa hal yang mempengaruhinya. Seperti tingkat pendidikan, sosial ekonomi, kepercayaan hingga kondisi lingkungan.
- c. Faktor proses pada pendidikan kesehatan yang dilakukan sementara untuk bagian yang satu ini umumnya berkaitan dengan waktu, tempat serta penggunaan alat peraga.

2.2. Tinjauan Umum Antenatal Care (ANC)

2.2.1. Pengertian Antenatal Care (ANC)

Antenatal Care (ANC) merupakan layanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang sudah terlatih untuk ibu hamil

selama masa kehamilan sesuai standar pelayanan antenatal yang sudah ditetapkan dalam Standar Pelayanan Kebidanan (Lasut, 2019).

Antenatal care merupakan pelayanan yang di berikan pada ibu hamil untuk monitor, mendukung kesehatan ibu dan mendeteksi ibu apakah ibu hamil normal atau bermasalah. Kehamilan melibatkan perubahan fisik maupun emosional dari ibu serta perubahan sosial dalam keluarga, memantau perubahan - perubahan fisik yang normal yang dialami ibu serta tumbuh kembang janin, juga mendeteksi dan serta menatalaksanan kondisi yang tidak normal dan menghasilkan kelahiran bayi yang cukup bulan (Hasibuan, 2019).

Antenatal Care adalah asuhan yang diberikan ibu sebelum persalinan, dan prenatal care dan merupakan pelayanan untuk memonitor, mendukung kesehatan ibu dan mendeteksi ibu apakah ibu hamil normal atau bermasalah (Fatimah, Fatmasaanti, 2020).

2.2.2. Tujuan Antenatal Care (ANC)

Tujuan Antenatal Care merupakan memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi, Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu dan bayi, mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, obstetric, dan pembedahan, mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin, mempersiapkan ibu supaya masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif, mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi supaya dapat tumbuh dan berkembang secara normal (Fatkhayah, 2020). Tujuan Antenatal Care (ANC) (Dartiwen, Nurhayati, 2019) sebagai berikut :

- a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan Kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin.

- b. Meningkatkan dan mempertahankan Kesehatan fisik, mental dan social pada ibu dan bayi.
- c. Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau implikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk Riwayat penyakit secara umum, kebidanan, dan pembedahan.
- d. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- e. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI Eksklusif
- f. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

2.2.3. Pelayanan Antenatal Care (ANC)

Pelayanan antenatal yang diberikan melalui pengawasan, pemberian pendidikan dan penanganan secara medis untuk mendapatkan kehamilan dan persalinan yang aman (Qomar, Na'mah, Yelvin, 2020).

Pelayanan antenatal merupakan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan profesional (dokter spesialis kandungan dan kebidanan, dokter umum, bidan dan perawat) kepada ibu hamil selama masa kehamilannya, yang mengikuti program pedoman pelayanan antenatal yang ada dengan titik berat pada kegiatan promotif dan preventif (Leny, 2019).

Pelayanan antenatal care terpadu adalah keterpaduan pelayanan dengan beberapa program lain yang memerlukan intervensi selama kehamilan (Maternity et al, 2017).

Pelayanan Antenatal Care pada kehamilan normal minimal 4 kali antara lain:

- Trimester I sebanyak 1 kali : Umur kehamilan 0 – 14 minggu
- Trimester II sebanyak 1 kali : Umur kehamilan 14 – 28 minggu
- Trimester III sebanyak 2 kali : Umur kehamilan 28 – 36 minggu

Pelayanan Antenatal Care pada kehamilan normal minimal 6 kali antara lain:

- Trimester I sebanyak 2 kali : Umur kehamilan 0 – 14 minggu
- Trimester II sebanyak 1 kali : Umur kehamilan 14 – 28 minggu
- Trimester III sebanyak 3 kali : Umur kehamilan 28 – 36 minggu
- Minimal 2 kali pemeriksaan oleh dokter pada trimester 1 dan 3 (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Kunjungan antenatal care dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain mencakup usia, tingkat pengetahuan, status pekerjaan, paritas, jarak kehamilan, pengetahuan ibu dan sikap wanita hamil. Selain faktor tersebut terdapat pula faktor yang memfasilitasi perilaku ibu hamil yang mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan yang ada.

Tabel 2.1. Kunjungan Antenatal Care (ANC)

Kunjungan ANC	Waktu	Alasan
Trimester I	Sebelum 14 minggu	<ul style="list-style-type: none"> a. Mendeteksi masalah yang dapat ditangani sebelum membahayakan jiwa. b. Mencegah masalah, misalnya : tetanus neonatal, anemia, kebiasaan tradisional yang berbahaya. c. Membangun hubungan saling percaya d. Memulai persiapan kelahiran dan kesiapan menghadapi komplikasi e. Mendorong perilaku sehat (nutrisi, kebersihan, olahraga, istirahat, seks dan sebagainya)
Trimester II	14-27 minggu	Sama dengan trimester I : kewaspadaan khusus terhadap hipertensi kehamilan (deteksi gejala preeklamsia, pantau tekanan darah, evaluasi edema, proteinuria).
Trimester III	27-36 minggu	Sama, ditambah : deteksi kehamilan ganda.

	36 minggu	Sama, ditambah : deteksi kelainan letak atau kondisi yang memerlukan persalinan di RS.
--	-----------	--

Pelayanan kesehatan ibu hamil yang diberikan harus memenuhi jenis pelayanan Antenatal 10 T (Profil Kesehatan Indonesia, 2020) antara lain :

1. Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan
 - Tinggi badan ibu untuk menentukan status gizi
 - Minimal BB ibu naik sebanyak 9 kg atau 1 kg setiap bulannya
2. Pengukuran tekanan darah
 - Tekanan darah >140/90 mmHg (Hipertensi)
3. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)
 - LILA <23,5 cm, risiko KEK (Kurang Energi Kronis)
4. Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri)
 - Untuk mengetahui usia kehamilan
5. Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus sesuai status imunisasi

Tabel 2.2. Status Imunisasi Tetanus

Status T	Interval Minimal Pemberian	Masa Perlindungan
T1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit
T2	1 bulan setelah T1	3 tahun
T3	6 bulan setelah T2	5 tahun
T4	12 bulan setelah T3	10 tahun
T5	12 bulan setelah T4	Lebih dari 25 tahun

6. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan
 - Untuk memenuhi kebutuhan volume darah pada ibu hamil dan nifas karena masa kehamilan meningkat seiring dengan pertumbuhan janin.
7. Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
 - Untuk memantau, mendeteksi dan menghindari factor resiko prenatal.
8. Pelaksanaan temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling, termasuk KB pasca persalinan)
9. Pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein urin dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya)
10. Tatalaksana kasus sesuai indikasi.

2.2.4. Standar Pelayanan Antenatal care (ANC)

Terdapat 6 standar dalam standar pelayanan antenatal sebagai berikut:

a) Standar 3 : Identifikasi Ibu Hamil

Bidan melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan motivasi ibu, suami dan anggota keluarganya agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilannya sejak dini dan secara teratur.

b) Standar 4 : Pemeriksaan dan Pemantauan Antenatal

Bidan memberikan sedikitnya empat kali pelayanan antenatal dan pemantauan ibu dan janin seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal. Bidan juga harus mengenal kehamilan risiko tinggi atau kelainan, khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS/infeksi HIV ; Memberikan pelayanan imunisasi, nasehat dan penyuluhan kesehatan serta tugas terkait lainnya yang diberikan oleh puskesmas. Mereka harus mencatat data yang tepat pada kunjungan. Bila ditemukan kelainan, mereka harus mampu mengambil tindakan yang diperlukan dan merujuknya untuk tindakan selanjutnya.

c) Standar 5 : Palpasi abdomen

Bidan melakukan pemeriksaan abdominal secara seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan, serta bila umur kehamilan bertambah, memeriksa posisi, bagian terendah janin dan masuknya kepala janin ke dalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.

d) Standar 6 : Pengelolaan anemia pada kehamilan

Bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan, dan atau rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

e) Standar 7 : Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan

Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda serta gejala pre eklamsi lainnya serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya

f) Standar 8 : Persiapan persalinan

Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami serta keluarganya pada trimester ketiga, untuk memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman serta suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik, disamping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila tiba-tiba terjadi keadaan gawat darurat (Febriyeni, dkk, 2021).

2.2.5. Manfaat pemeriksaan kehamilan (Antenatal Care)

Pemeriksaan antenatal juga memberikan manfaat terhadap ibu dan janinnya yaitu mengurangi dan menegakkan secara dini komplikasi kehamilan dan mengurangi penyulit masa antepartum , mempertahankan dan meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani ibu hamil dalam menghadapi proses persalinan, dapat meningkatkan kesehatan ibu pasca persalinan dan untuk dapat memberikan ASI dan dapat melakukan proses persalinan secara aman. Sedangkan manfaat untuk janin dapat

memelihara Kesehatan ibu sehingga mengurangi kejadian prematuritas, kelahiran mati dan berat bayi lahir rendah (Mappaware, dkk, 2020).

2.2.6. Tipe pelayanan Antenatal Care (ANC)

Berikut tiga tipe pelayanan asuhan kehamilan berdasarkan pemberi asuhan (Dartiwen, Nurhayati, 2019) :

a. Pelayanan kebidanan primer / mandiri

- 1) Menetapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan
- 2) Memberikan pelayanan dasar pada anak remaja dan wanita pranikah dengan melibatkan klien
- 3) Memberikan asuhan kebidanan kepada klien selama kehamilan normal
- 4) Memberikan asuhan kebidanan kepada klien dalam masa persalinan dengan melibatkan klien / keluarga
- 5) Memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir
- 6) Memberikan asuhan kebidanan pada klien dalam masa nifas dengan melibatkan klien atau keluarga
- 7) Memberikan asuhan kebidanan pada Wanita usia subur yang membutuhkan pelayanan keluarga berencana
- 8) Memberikan asuhan kebidanan pada Wanita gangguan siste reproduksi dan Wanita dalam masa klimakterium dan menopause
- 9) Memberikan asuhan kebidanan pada bayi, balita dengan melibatkan keluarga.

b. Pelayanan kolaborasi

Merupakan asuhan kebidanan yang diberikan kepada klien dengan tanggung jawab Bersama semua pemberi layanan yang terlibat seperti bidan, dokter atau tenaga Kesehatan professional lainnya.

Tugas kolaborasi / kerja sama :

- 1) Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai fungsi kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga

- 2) Memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil berisiko tinggi dan pertolongan pertama pada kegawatan yang memerlukan Tindakan kolaborasi
- 3) Memberikan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa persalinan dan pertolongan pertama pada kegawatan yang memerlukan tindakan kolaborasi
- 4) Memberikan asuhan kebidanan pada ibu dalam dalam masa nifas dan pertolongan pertama pada kegawatan yang memerlukan tindakan kolaborasi
- 5) Memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dan pertolongan pertama pada kegawatan yang memerlukan tindakan kolaborasi
- 6) Memberikan asuhan kebidanan pada balita berisiko tinggi dan pertolongan pertama pada kegawatan yang memerlukan Tindakan kolaborasi.

c. Pelayanan rujukan

Merupakan asuhan kebidanan yang dilakukan dengan menyerahkan tanggung jawab kepada dokter, ahli atau tenaga Kesehatan, professional lainnya untuk mengatasi masalah Kesehatan klien di luar kewenangan bidan dalam rangka menjamin kesejahteraan ibu dan anaknya.

Tugas merujuk :

- 1) Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai fungsi keterlibatan klien dan keluarga
- 2) Memberikan asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada kehamilan risiko tinggi dan kegawatdaruratan
- 3) Memberikan asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada masa persalinan dengan penyulit tertentu dengan melibatkan klien dan keluarga.
- 4) Memberikan asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada ibu dalam masa nifas dengan penyulit tertentu dan gawat darurat

yang memerlukan konsultasi dan rujukan dengan melibatkan keluarga

- 5) Memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan kelainan tertentu dan gawat darurat yang memerlukan konsultasi dan rujukan dengan melibatkan keluarga
- 6) Memberikan asuhan kebidanan kepada anak balita dengan kelainan tertentu dengan rujukan pada kehamilan risiko tinggi dan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi dan rujukan.

2.2.7 Faktor penyebab ketidakteraturan pemeriksaan Antenatal Care

Menurut Rodiyatun, dkk (2018) mengidentifikasi beberapa kemungkinan penyebab ketidakteraturan pemeriksaan meliputi faktor ibu (pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, riwayat kesehatan ibu atau riwayat obstetri), faktor lainnya seperti faktor sosial ekonomi dan budaya. Selain faktor diatas faktor tenaga kesehatan, faktor informasi, faktor pekerjaan, serta sarana dan prasarana termasuk jarak tempuh ke tempat pelayanan kesehatan dari jangkauan sasaran (ibu hamil) turut mempengaruhi perilaku berkaitan dengan pemeriksaan kehamilan.

2.2.8 Faktor – faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan ibu hamil dalam antenatal care

Factor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan ibu hamil ANC meliputi factor pengalaman, lingkungan (teman atau keluarga), adanya efek samping obat, tingkat ekonomi, interaksi dengan tenaga Kesehatan, dan tingkat pengetahuan tentang kesehatan (Mahendra, 2019).

2.3. Tinjauan Umum tentang Komplikasi Kehamilan

2.3.1. Defenisi Komplikasi Kehamilan

Setiap kehamilan memiliki kemungkinan terjadinya komplikasi atau komplikasi yang dapat membahayakan ibu atau bayi, baik pada kehamilan risiko rendah maupun risiko tinggi (Chou et al., 2018).

Deteksi dini sebelum terjadinya komplikasi merupakan suatu skrining untuk menjangring komplikasi yang kemungkinan akan terjadi pada

ibu hamil. Apabila pada pemahaman ini kurang dikhawatirkan dapat melonjaknya kehamilan berisiko tinggi yang tidak terdeteksi hingga berujung kematian. Tingginya kejadian komplikasi pada ibu saat kehamilan dan persalinan, hal ini dapat menjadi penyumbang bagi tingginya angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB). Untuk itu perlunya pengenalan secara dini kemungkinan kelainan yang mungkin terjadi pada kehamilan dengan rutin melakukan pemeriksaan kehamilan/ antenatal care di fasilitas kesehatan (Noftalina, dkk, 2021).

Kehamilan resiko tinggi merupakan suatu proses kehamilan yang mempunyai resiko lebih tinggi dan lebih besar dari kehamilan normal atau pada umumnya (baik bagi ibu maupun bayi) dengan risiko sakit atau kematian sebelum atau sesudah proses persalinan nanti (Mardiyanti, Anggasari, 2020).

Komplikasi kehamilan dan persalinan merupakan penyebab utama kematian perempuan usia 15-19 tahun (WHO, 2018).

2.3.2. Jenis-jenis Komplikasi Kehamilan

a. Trimester I

1) Hiperemesis gravidarum

Hiperemesis gravidarum adalah komplikasi kehamilan trimester pertama yang ditandai dengan muntah - muntah berlebihan, dapat menyebabkan dehidrasi dan muntah darah jika tidak segera diobati. Komplikasi kehamilan ini tentu mengkhawatirkan karena dapat menyebabkan ibu dan janin kekurangan nutrisi.

2) Infeksi / sepsis

Pada kehamilan, terdapat 2 penyebab sepsis yang utama yakni ISK (infeksi saluran kencing) dan sepsis puerperalis. Keduanya merupakan penyebab penting terjadinya AKI pada kehamilan (Suryantoro, 2021).

Menurut WHO, sepsis puerperalis didefinisikan sebagai infeksi pada tractus genitalia yang waktu terjadinya adalah sesaat

setelah rupture membrane pada saat kelahiran hingga 42 hari postpartum dengan disertai dua atau lebih gejala.

Tanda dan gejala antara lain :

- Sakit saat buang air kecil
- Sakit punggung
- Demam
- Urine berbau dan berwarna keruh
- Nyeri pelvis
- Serta involusi uterine yang terlambat

ISK pada kehamilan dapat bervariasi mulai dari asymptomatic bakteriuria hingga pyelonephritis. Kasus ISK yang sering menyebabkan AKI adalah ISK saluran kencing bagian atas.

Tanda dan gejala antara lain :

- Demam menggigil
- Dysuria
- Urgency
- Frequency
- Flank pain
- anoreksia

3) Hamil Ektopik

Kehamilan ektopik merupakan kehamilan yang terjadi di luar rahim. Telur yang sudah dibuahi akan menempel dan tumbuh di tempat yang tidak semestinya. Kondisi ini paling sering terjadi di daerah saluran telur sekitar 98%, kehamilan ektopik juga dapat terjadi di indung telur, rongga perut, atau leher rahim.

Tanda dan gejala antara lain :

- Payudara yang sakit
- Kelelahan
- Mual

4) Keguguran atau abortus

Keguguran atau abortus adalah perdarahan dalam jumlah sedikit atau mungkin hanya bercak hingga banyak, dan adanya gumpalan darah atau jaringan yang ikut keluar.

Keguguran dini (early miscarriage) adalah komplikasi kehamilan yang sering terjadi di kehamilan trimester I

Tanda ini juga disertai dengan nyeri serta kram di perut bagian bawah, bisa juga nyeri yang menjalar hingga bokong dan panggul.

b. Komplikasi pada trimester kedua

1) Anemia

Anemia menurut *World health organization* (WHO) adalah kadar hemoglobin darah di bawah 11 gr/dl pada kehamilan (Nuru Yesuf & Agegniche, 2021). Anemia dalam kehamilan adalah anemia akibat kekurangan zat besi, dan jenis anemia yang pengobatannya mudah dan murah.

Anemia merupakan salah satu risiko kematian ibu, kejadian bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR), infeksi terhadap janin dan ibu, keguguran, dan kelahiran prematur (Kemenkes RI, 2016).

WHO telah mendefinisikannya anemia dalam kehamilan pada (Renzo, 2015) :

- Trimester I < 11 g/dL
- Trimester II < 10,5 g/dL
- Trimester III < 11 g/dL

Anemia pada kehamilan dianggap sebagai salah satu faktor risiko utama yang berkontribusi 20-40% kematian ibu secara langsung atau tidak langsung melalui gagal jantung, preeklampsia, perdarahan antepartum, perdarahan postpartum, dan sepsis nifas. Serta berat lahir rendah yang dapat berkontribusi pada peningkatan persentase kematian bayi di negara-negara berkembang (Satyam, 2015).

2) Inkompetensi serviks

Inkompetensi serviks adalah salah satu komplikasi yang dapat terjadi di akhir trimester kedua (minggu ke 20) kehamilan. Serviks adalah leher rahim yang menjadi penghubung antara vagina dan rahim. Inkompetensi serviks terjadi ketika serviks tidak mampu menahan tekanan Rahim yang makin besar selama hamil. Hal ini dapat menyebabkan terjadi ketuban pecah dini dan kelahiran premature.

Tanda dan gejala antara lain :

- Panggul terasa pegal
- Keluar cairan keputihan
- Kram pada perut

3) Ketuban pecah dini (KPD)

Ketuban pecah dini (KPD) didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. KPD preterm adalah KPD sebelum kehamilan 37 minggu. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan dan dapat menyebabkan persalinan premature dan kematian neonatal pada bayi baru lahir dan hipertensi (Saghafi, 2018).

Ketuban pecah dini bisa menyebabkan terjadinya oligohidramnion yang menekan tali pusat sehingga mengalami penyempitan dan aliran darah yang membawa oksigen ke janin terhambat sehingga menimbulkan asfiksia.

Tanda dan gejala :

- Keluar semburan cairan dari vagina
- Celana dalam basah seperti mengompol dengan volume air yang banyak.

c. Komplikasi pada trimester ketiga

1) Diabetes gestasional

Diabetes gestasional adalah penyakit kencing manis (gula darah tinggi). Kondisi ini dapat terjadi pada usia kehamilan berapa pun, namun lazimnya berlangsung di usia kehamilan trimester III.

Tanda dan gejala antara lain :

- Sering merasa haus
- Sering buang air kecil
- Mudah kelelahan

Penyakit ini dapat meningkatkan resiko komplikasi pada ibu yaitu : preeklamsia, kelahiran premature, penyakit kuning pada janin, ukuran badan bayi besar (makrosomia) yang dapat menyulitkan persalinan

2) Preeklamsia

Preeklamsia adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan odema akibat kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan. Preeklamsia berat dapat menjadi eklamsia dengan penambahan kejang – kejang. Preeklamsia terjadi karena adanya mekanisme imunoloh yang kompleks dan aliran darah ke plasenta berkurang akibatnya jumlah zat makanan yang dibutuhkan janin berkurang, makanya preeklamsia semakin parah atau berlangsung lama bisa menghambat pertumbuhan janin (Fatmawati, et. Al, 2017).

Tanda dan gejala antara lain :

- Tekanan darah tinggi
- Kadar protein tinggi dalam urine
- Pembengkakan pada wajah, tangan dan kaki

Preeklamsia dapat mengakibatkan janin lahir dengan BBLR, kelahiran premature, IUFD, apgar score yang rendah (Ngwenya, 2017;Faisa, dkk,2019).

3) Eklamsia

Eklamsia didefenisikan sebagai terjadinya kejang dan perubahan tingkat kesadaran yang tidak disebabkan oleh epilepsy atau gangguan kejang lainnya dengan tanda preeklamsia berat.

Eklamsia terjadi antepartum usia kehamilan 20-40 minggu atau dalam beberapa jam sampai 48 jam setelah kelahiran. Eklamsia terjadi ketika preeklamsia berkembang dan menyerang otak. Komplikasi ini dapat menyebabkan ibu hamil mengalami kejang, kehilangan kesadaran, dan gelisah berat (Gueerien, dkk, 2013).

4) Perdarahan antepartum

Perdarahan antepartum adalah perdarahan pada kehamilan lanjut atau diatas 20 minggu yang disebabkan plasenta previa, solusio plasenta dan vasa previa. Penyebab tidak langsung perdarahan antepartum adalah paritas, kelainan uterus, usia, riwayat seksio sesarea.

- a) Plasenta previa adalah plasenta dengan implantasi di sekitar segmen bawah rahim, sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum.
- b) Solusio plasenta adalah pemisahan plasenta secara premature dari dinding samping uterus.
- c) Vasa previa adalah perdarahan dari pembuluh darah umbilicus (darah janin).

Pada ibu yang mengalami perdarahan antepartum, bentuk perdarahan yang terjadi bisa sedikit ataupun banyak, hal ini yang dapat menimbulkan penyulit bagi janin karena aliran darah ke janin berkurang yang dapat menyebabkan BBLR, Prematur askiksia dan kematian janin dalam rahim (Ritakirana, 2014).

2.3.3. Dampak yang terjadi pada luaran persalinan

a. Luaran persalinan pada Ibu

1) Kematian maternatal

Kematian ibu adalah kematian seorang wanita terjadi saat hamil, bersalin atau 42 hari setelah persalinan dengan penyebab yang berhubungan langsung atau tidak langsung terhadap persalinan (Anggraini, Riansari, 2018).

2) Eklamsia

Eklamsia didefinisikan sebagai kejadian kejang pada Wanita dengan preeklamsia yang ditandai dengan adanya peningkatan tekanan darah secara tiba – tiba, peningkatan tekanan darah yang mendadak dan tinggi akan menyebabkan kegagalan autoregulasi aliran darah. sebelum kejang biasanya di dahului oleh kumpulan gejala impending yang dapat berupa nyeri epigastrium, penglihatan kabur, penglihatan kabur. Hal ini dapat menyebabkan perdarahan otak, edema paru, sidroma help, koma dan dapat menyebabkan kematian pada ibu dan janin (Octarianingsih, Rivandi, 2014).

3) Perdarahan postpartum

Perdarahan post partum adalah perdarahan lebih dari 500-600 ml selama 24 jam setelah anak lahir termasuk perdarahan karena retensio plasenta.

Faktor penyebab terjadinya perdarahan seperti atonia uteri, retensio plasenta dan laserasi jalan lahir telah mengalami penurunan. Usia, paritas, dan jarak kehamilan, anemia juga faktor penyebab terjadinya perdarahan. Terlalu muda, dan terlalu tua, terlalu dekat proses persalinan dapat menyebabkan terjadinya perdarahan post partum, makadari itu disarankan agar selama kehamilan ibu melakukan kunjungan Antenatal Care (ANC) untuk mencegah terjadinya komplikasi selama kehamilan, persalinan dan nifas (Anggraini, Riansari, 2018).

4) KPD

Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput ketuban setiap saat sebelum terdapat tanda-tanda persalinan. Dibedakan menjadi dua yaitu KPD < 12 jam dan KPD ≥ 12 jam. Pecahnya ketuban sebelum persalinan atau pembukaan pada primipara kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm (Rohmawati, 2018).

Ketuban pecah dini berkaitan dengan komplikasi persalinan, meliputi kelahiran kurang bulan, sindrom gawat napas, kompresi tali pusat, khorioamnionitis, abruption plasenta, sampai kematian janin yang meningkatkan mortalitas dan morbiditas perinatal. Ketuban pecah dini (KPD) merupakan salah satu factor yang menyebabkan kejadian asfiksia neonatorum.

KPD menyebabkan terjadinya oligohidramnion yang menekan tali pusat sehingga mengalami penyempitan dan aliran darah yang membawa oksigen ke janin terhambat sehingga menimbulkan asfiksia (Wiradharma, 2017).

5) Persalinan lama (Distosia)

Beberapa istilah distosia antara lain persalinan lama, persalinan sulit, persalinan disfungsi, failure to progress (kegagalan pembukaan), disproporsi sefalopelvic (CPD) dan persalinan macet. Distosia dapat didiagnosis selama fase aktif tahap pertama atau pada tahap kedua termasuk fase penurunan kepala dan fase pengeluaran janin (Sanstrom, 2016).

b. Luaran persalinan pada bayi

1) Kematian perinatal

Kematian perinatal adalah kematian bayi sejak bayi berumur 28 minggu dalam uterus, kematian baru lahir, dan sampai kematian yang berumur 7 hari di luar kandungan (Kirana, 2014).

Kematian janin disebabkan oleh masalah di plasenta, membrane, tali pusat, perdarahan antepartum, infeksi, preklamsia dan eklamsia, letang sungang, usia, indeks masa tubuh, deprivasi sosial, masalah plasenta, gangguan pada ibu (infeksi), kehamilan lewat waktu, kehamilan kembar, dan isoimunisasi. Faktor maternal yaitu, umur ibu, umur kehamilan

dan penyakit yg diderita oleh ibu seperti preeklampsia, eklampsia, diabetes mellitus, dan KPD. Faktor fetal yaitu hamil kembar, kelainan kongenital. Faktor plasental yaitu kelainan tali pusat, lilitan tali pusat, solutio plasenta dan plasenta previa. (Gerungan, 2016).

2) BBLR

WHO mendefinisikan bahwa bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram disebut sebagai berat badan lahir rendah (BBLR).

Factor – factor yang berhubungan dengan BBLR antara lain:

- Factor ibu meliputi penyakit (preeklamsia, eklamsia hipertensi), komplikasi pada kehamilan (perdarahan), usia terlalu muda maupun terlalu tua (<20 tahun dan > 35 tahun), jumlah anak yang dilahirkan lebih dari 3, jarak kelahiran yang terlalu dekat atau pendek, riwayat BBLR sebelumnya, keadaan social ekonomi dan sering mengkonsumsi rokok, alcohol, dan narkotika.
- Factor bayi meliputi premature, hidramion, gemili, kelainan kromosom dan infeksi janin kronik, factor plasenta dan factor lingkungan (Septiani, Ulfa, 2018).

3) Kelahiran premature

Kelahiran premature adalah kelahiran yang terjadi pada usia kehamilan setiap saat setelah awal minggu gestasi ke 20 sampai akhir minggu ke 37.

Kejadian kelahiran preterm yang dipengaruhi oleh preeklamsia berat yaitu akibat terjadinya spasmus pembuluh darah sehingga menyebabkan penurunan aliran darah ke plasenta sehingga mengakibatkan gangguan fungsi plasenta, dan hal ini akan menimbulkan komplikasi pada janin yang salah satunya yaitu kelahiran premature (Octarianingsih, Rivandi, 2014).

4) Asfiksia

Asfiksia neonatorum adalah suatu keadaan bayi baru lahir yang mengalami gagal bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir, sehingga bayi tidak dapat memasukkan oksigen dan tidak dapat mengeluarkan zat asam arang dari tubuhnya (Ayu, Syarif, 2021).

Factor – factor yang mempengaruhi kejadian asfiksia pada baru lahir :

- Factor antepartum : paritas, umur, hipertensi, kadar hemoglobin, perdarahan antepartum.
- Factor intrapartum : presentasi janin, meconium air ketuban, KPD, dan masalah tali pusat
- Factor janin : prematuritas dan berat badan lahir

5) Ikterus neonatus

Ikterus neonatorum adalah keadaan klinis pada bayi yang ditandai oleh pewarnaan ikterus pada kulit dan sklera akibat akumulasi bilirubin tak terkonjugasi yang berlebihan. Ikterus secara klinis akan mulai tampak pada bayi baru lahir bila kadar bilirubin darah 5-7 mg/dL.² Ikterus selama usia minggu pertama terdapat pada sekitar 60% bayi cukup bulan dan 80% bayi preterm.

Faktor risiko yang merupakan penyebab tersering ikterus neonatorum di wilayah Asia dan Asia Tenggara antara lain, inkompatibilitas ABO, defisiensi enzim G6PD, BBLR, sepsis neonatorum, dan prematuritas (Bahar, 2017).

6) Makrosomia

Makrosomia adalah bayi yang lahir dengan berat badan lebih dari 4000 gram. Saat lahir, bayi yang besar masa kehamilan secara khas memiliki wajah yang kerubi (seperti tomat atau cushingoid), badan montok, bengkak, kemerahan, dan kulit bercorak.

Makrosomia juga sering disebut dengan giant baby atau bayi raksasa. Kemunculan bayi-bayi seperti ini disebabkan oleh beberapa faktor. Pertama, orangtuanya memang besar. Kedua, faktor ibu hamil yang menderita diabetes mellitus. Ketiga, faktor ibu yang mengalami kelebihan berat badan pada saat hamil dan terakhir faktor ibu yang mengalami kehamilan lewat waktu (Noviyanti, 2020).

Bayi makrosomia adalah bayi yang kebanyakan lahir dari ibu yang berat badan yang berlebih di awal kehamilan, mengalami peningkatan berat badan berlebih selama masa hamil, atau ibu yang kehamilannya pasca matur.

7) Sepsis / infeksi

Sepsis neonatorum merupakan suatu sindrom klinis bakteremia yang ditandai dengan gejala dan tanda sistemik terutama pada bulan pertama kehidupan. Dari awitan gejala, sepsis neonatorum dibedakan menjadi dua jenis yaitu sepsis awitan dini (SAD) timbul dalam 72 jam pertama kehidupan dan sepsis awitan lanjut (SAL) timbul setelah umur 72 jam.

Faktor risiko sepsis meliputi faktor risiko mayor yaitu ketuban pecah dini (KPD) >18 jam, ibu demam intrapartum >38,0 C, korioamnionitis, ketuban berbau, denyut jantung janin (DJJ) >160x/menit. Faktor risiko minor terdiri dari KPD >12jam, demam intrapartum >37,50 C, skor APGAR rendah (menit 1 skor). Sepsis didiagnosis berdasarkan adanya gejala klinis seperti letargi, refleks hisap menurun, merintih, iritabel, kejang, terdapat gangguan kardiovaskular, gangguan hematologik, gangguan gastrointestinal, gangguan respirasi, waktu pengosongan lambung memanjang, dan pemeriksaan laboratorium seperti CRP>10mg/L, IT ratio t0,25, leukosit 30.000/ μ L, trombosit (Wilay, dkk, 2010).

2.3.4. Tanda – tanda bahaya dalam kehamilan

Tanda – tanda bahaya dalam kehamilan (Agustian Dwi Mahendra, 2019) antara lain :

a. Muntah terus dan tak mau makan

Mual muntah memang banyak dialami oleh ibu hamil, terutama ibu hamil pada trimester pertama kehamilan. Namun jika mual – muntah tersebut terjadi terus – menerus dan berlebihan bisa menjadi tanda bahaya pada masa kehamilan. Hal itu dikarenakan dapat menyebabkan kekurangan gizi, dehidrasi dan penurunan kesadaran. Segera temui dokter jika hal ini terjadi agar mendapatkan penanganan dengan cepat.

b. Janin dirasakan kurang bergerak dibandingkan sebelumnya

Pergerakan janin yang kurang aktif atau bahkan berhenti merupakan tanda bahaya selanjutnya. Hal ini menandakan jika janin mengalami kekurangan oksigen atau kekurangan gizi. Jika dalam dua jam janin bergerak dibawah sepuluh kali, segera periksakan kondisi tersebut ke dokter.

c. Perdarahan pada hamil muda atau hamil tua

Ibu hamil harus waspada jika mengalami perdarahan hebat pada usia kehamilan muda, bisa menjadi tanda mengalami keguguran. Namun, jika mengalami perdarahan pada usia tua, bisa menjadi pertanda plasenta menutupi jalan lahir.

d. Bengkak pada kaki, tangan dan wajah atau sakit kepala disertai kejang

Selama masa kehamilan ibu hamil sering mengalami perubahan bentuk tubuh seperti bertambahnya berat badan. Ibu hamil akan mengalami beberapa pembengkakan seperti pada tangan, kaki dan wajah karena hal tersebut. Namun, jika pembengkakan pada kaki, tangan dan wajah disertai dengan pusing kepala, nyeri uluhati, kejang dan pandangan kabur segera bawa ke

dokter untuk ditangani, karena bisa saja ini bertanda terjadinya pre-eklamsia.

e. Air ketuban keluar sebelum waktunya

Jika ibu hamil mengalami pecah ketuban sebelum waktunya segera periksakan dirinya ke dokter, karena kondisi tersebut dapat membahayakan kondisi ibu dan bayi. Hal ini dapat mempermudah terjadinya infeksi dalam kandungan

f. Demam tinggi

Ibu hamil harus mewaspadaai hal ini jika terjadi, hal ini dikarenakan bisa saja jika demam dipicu karena adanya infeksi. Jika demam terlalu tinggi, ibu hamil harus segera diperiksakan ke rumah sakit untuk mendapatkan pertolongan pertama.

2.3.5. Upaya pencegahan komplikasi kehamilan

Pencegahan komplikasi kehamilan meliputi :

- a. Pengetahuan adalah hasil tau atau hasil pemahaman ibu hamil tentang suatu objek dan informasi yang berkaitan dengan komplikasi kehamilan
- b. Sikap adalah sebagai respon tertutup atau tanggapa ibu hamil terhadap komplikasi yang ditunjukan dengan pertanyaan setuju atau tidak setuju
- c. Praktik ibu adalah semua aktivitas nyata yang dilakukan ibu hamil secara langsung maupun tidak langsung mendukung pencegahan komplikasi kehamilan seperti kepatuhan minum tablet Fe dan asam folat yang diberikan oleh tenaga Kesehatan, tidak merokok, tidak mengkonsumsi alcohol dan minuman keras, tidak berpantang makanan, rutin melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 6 kali, rutin menimbang BB dan menganalisis kenaikannya perbulan, perawatan higienisitas dan sanitasi personal, konsumsi makanan sehat untuk kehamilan, memantau perubahan tubuh selama hamil (Sriatmi, dkk, 2020).

2.4. Tinjauan Umum tentang Persalinan

2.4.1. Defenisi Persalinan

Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. Dengan demikian bisa dikatakan bahwa persalinan (labor) adalah rangkaian peristiwa mulai dari kenceng-kenceng teratur sampai dikeluarkannya produk konsepsi (janin, plasenta, ketuban, dan cairan ketuban) dari uterus ke dunia luar melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau dengan kekuatan sendiri (Utami, Fitriahadi, 2019).

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), berlangsung dalam waktu 18-24 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Utami, Fitriahadi, 2019).

Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir kemudian berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Sulfianti, dkk, 2020).

2.4.2. Tujuan Persalinan

- a. Tujuan asuhan persalinan secara umum adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan. Dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman dengan memperhatikan asuhan saying ibu.
- b. Tujuan khusus asuhan persalinan adalah :
 - 1) Melindungi keselamatan ibu dan BBL
 - 2) Memberikan dukungan persalinan normal, mendeteksi dan menatalaksanakan komplikasi tepat waktu
 - 3) Memberikan dukungan secara cepat bereaksi terhadap kebutuhan ibu, pasangan dan keluarga selama persalinan dan kelahiran bayi (Yulianti, Ningsi, 2019).

2.4.3. Jenis – jenis persalinan

Jenis – jenis persalinan dapat dikelompokkan menjadi 4 antara lain :

1. Persalinan spontan

Persalinan spontan adalah proses persalinan lewat vagina yang berlangsung tanpa menggunakan alat maupun obat tertentu, baik itu induksi, vakum atau metode lainnya. Persalinan spontan benar – benar hanya mengandalkan tenaga dan usaha ibu untuk mendorong keluarnya bayi. Persalinan spontan dapat dilakukan dengan presentasi belakang kepala (kepala janin lahir terlebih dahulu) maupun presentasi bokong (sungsang).

2. Persalinan normal

Persalinan normal (eutokia) adalah proses kelahiran janin pada kehamilan cukup bulan (term, 37 – 42 minggu), pada janin letak memanjang presentasi belakang yang disusul dengan pengeluaran plasenta dan seluruh proses kelahiran ini berakhir dalam waktu kurang dari 24 tanpa Tindakan pertolongan buatan tanpa komplikasi.

3. Persalinan anjuran (induksi)

Persalinan anjuran adalah persalinan yang baru dapat berlangsung setelah permulaannya dianjurkan dengan suatu perbuatan atau Tindakan misalnya dengan pemecahan ketuban atau dengan memberi suntikan oksitosin

4. Persalinan Tindakan

Persalinan Tindakan adalah persalinan yang tidak dapat berjalan normal secara spontan atau tidak berjalan sendiri, oleh karena terdapat indikasi adanya penyulit persalinan sehingga persalinan dilakukan dengan memberikan Tindakan menggunakan alat bantu (Eka, 2019).

Jenis – jenis persalinan menurut lama kehamilan dan berat janin

1. Abortus

Abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan, berat janin < 500 gram dan umur kehamilan < 20 minggu.

- a. Eastman : terputusnya kehamilan, fetus belum sanggup hidup di luar uterus, berat janin 400 – 1000 gram, umur kehamilan kurang dari 28 minggu.
- b. Jefcoat : pengeluaran hasil konsepsi kurang dari umur kehamilan 28 minggu, fetus belum viable by law
- c. Holmer : terputusnya kehamilan kurang dari umur kehamilan 16 minggu, proses plasentasi belum selesai.

2. Persalinan immaturus

Pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu sampai 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500 – 900 gram

3. Persalinan prematuritas

- a. Persalinan sebelum umur hamil 28 minggu sampai 36 minggu
- b. Berat janin kurang dari 1000 – 2499 gram

4. Persalinan aterm

- a. Persalinan antara umur hamil 37 minggu sampai 42 minggu
- b. Berat janin di atas 2500 gram

5. Persalinan serotinus atau postmaturus atau post date

- a. Kehamilan yang melebihi waktu 42 jam sebelum terjadinya persalinan.
- b. Kehamilan postterm merupakan kehamilan yang berlangsung selama 42 minggu atau lebih sejak awal periode haid yang diikuti oleh ovulasi 2 minggu kemudian (Sulfianti, dkk, 2020).

2.4.4. Sebab - sebab Mulainya persalinan

Hormon-hormon yang dominan pada saat kehamilan yaitu:

a. Estrogen

Berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim dan memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis.

b. Progesteron

Berfungsi untuk menurunkan sensitivitas otot rahim, menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanik, dan menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.

Pada kehamilan, kedua hormon tersebut berada dalam keadaan yang seimbang sehingga kehamilan dapat dipertahankan. Perubahan keseimbangan kedua hormon tersebut menyebabkan oksitosin yang dikeluarkan oleh hipose parst posterior dapat menimbulkan kontraksi dalam bentuk Braxton Hicks.

2.4.5. Tahapan Persalinan

Persalinan dibagi menjadi 4 tahap. Pada kala I serviks membuka dari 0 sampai 10 sm. Kala I dinamakan juga kala pembukaan. Kala II disebut juga kala pengeluaran, oleh karena kekuatan his dan kekuatan mendedan, janin didorong keluar sampai lahir. Dalam kala III atau disebut juga kala urie, plasenta terlepas dari dinding uterus dan dilahirkan. Kala IV mulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam kemudian. Dalam kala tersebut diobservasi apakah terjadi perdarahan post partum (Yulianti, Ningsi, 2019).

a. Kala I

Persalinan Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga ibu masih dapat berjalan-jalan. Klinis dinyatakan mulai terjadi partus jika timbul his dan ibu mengeluarkan lendir yang bersemu darah (bloody show). Proses ini berlangsung kurang lebih 18-24 jam, yang terbagi menjadi 2 fase, yaitu

- Fase laten (8 jam) : pembukaan serviks berlangsung lambat mulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm

- Fase aktif (7 jam) : pembukaan serviks 4 cm sampai pembukaan 10 cm. Dalam fase aktif masih dibagi menjadi 3 fase lagi, yaitu:
 - Fase akselerasi : dimana dalam waktu 2 jam pembukaan 3 menjadi 4 cm
 - Fase dilatasi maksimal, yakni dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm
 - Fase deselerasi, dimana pembukaan menjadi lambat kembali. Dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm.

b. Kala II (Pengeluaran)

Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Pada kala ini his menjadi lebih kuat dan cepat kurang lebih 2-3 menit sekali.

Tanda dan gejala kala II :

- 1) His semakin kuat dengan interval 2 3 menit
- 2) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
- 3) Ibu merasakan adanya tekanan pada rectum atau vagina
- 4) Perenium menonjol
- 5) Vulva – vagina dan sfingter ani membuka
- 6) Peningkatan pengeluaran lendir dan darah

Tabel 2.3. Lama Persalinan

Uraian	Primipara	Multipara
Kala I	13 jam	7 jam
Kala II	1 jam	½ jam
Kala III	½ jam	¼ jam
Total	14 ½ jam	7 ¾ jam

c. Kala III (Pelepasan Uri)

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusat. Beberapa menit

kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya.

d. Kala IV (Observasi)

Dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum.

Observasi yang harus dilakukan pada Kala IV adalah:

- 1) Tingkat kesadaran ibu
- 2) Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, dan pernapasan
- 3) Kontraksi uterus
- 4) Terjadinya perdarahan Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 500 cc

Asuhan dan pemantauan pada kala IV :

- 1) Berikan rangsangan taktil
- 2) Evaluasi TFU
- 3) Perkirakan kehilangan darah
- 4) Periksa perenium
- 5) Evaluasi kondisi ibu
- 6) Dokumentasi dalam partograf

Hal diatas dilakukan pada 2 jam pertama setelah melahirkan 1 jam pertama dilakukan pengecekan setiap 15 menit dan 1 jam kedua setiap 30 menit.

2.4.6. Tanda – tanda persalinan

Agar dapat mendiagnose persalinan, bidan harus memastikan perubahan serviks dan kontraksi yang cukup.

- a. Perubahan serviks, kepastian persalinan dapat ditentukan hanya jika serviks secara progresif menipis dan membuka
- b. Kontraksi yang cukup/adekuat, kontraksi yang dianggap adekuat jika:
 - 1) Kontraksi terjadi teratur, minimal 3 kali dalam 10 menit, setiap kontraksi berlangsung sedikitnya 40 detik.
 - 2) Uterus mengeras selama kotraksi, sehingga tidak bisa menekan uterus dengan menggunakan jari tangan.

Indikator persalinan sesungguhnya ditandai dengan kemajuan penipisan dan pembukaan serviks.

Tanda-tanda persalinan sudah dekat:

- a. Menjelang minggu ke-36, pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala janin sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh kontraksi Braxton Hicks. Sedangkan pada multigravida kepala janin baru masuk pintu atas panggul saat menjelang persalinan.
- b. Terjadinya his permulaan. Kontraksi ini terjadi karena perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dan memberikan rangsangan oksitosin. Semakin tua kehamilan, maka pengeluaran estrogen dan progesteron makin berkurang, sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering sebagai his palsu.

2.4.7. Faktor – faktor yang mempengaruhi persalinan

1. Passage (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina)

Bidang-bidang hodge :

Bidang hodge adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam/vagina toucher (VT), Adapun bidang hodge sebagai berikut:

- a) Hodge I : Bidang yang setinggi dengan Pintu Atas Panggul (PAP) yang dibentuk oleh promontorium, artikulasio-iliaca, sayap sacrum, linea inominata, ramus superior os pubis, tepi atas symfisis pubis
- b) Hodge II : Bidang setinggi pinggir bawah symfisis pubis berhimpit dengan PAP (Hodge I)
- c) Hodge III : Bidang setinggi spina ischiadika berhimpit dengan PAP (Hodge I)
- d) Hodge IV : Bidang setinggi ujung os soccygis berhimpit dengan PAP (Hodge I)

Ukuran-Ukuran Panggul :

a. Panggul luar

- 1) Distansia Spinarum yaitu diameter antara kedua Spina Iliaca anterior superior kanan dan kiri ; 24-26 cm
- 2) Distansia kristarum yaitu diameter terbesar antara kedua crista iliaca kanan dan kiri : 28-30 cm
- 3) Distansia boudeloque atau konjugata eksterna yaitu diameter antara lumbal ke-5 dengan tepi atas symphysis pubis : 18-20 cm
- 4) Lingkar panggul yaitu jarak antara tepi atas symphysis pubis ke pertengahan antara trochanter dan spina iliaca anterior superior kemudian ke lumbal ke-5 kembali ke sisi sebelahnya sampai kembali ke tepi atas symphysis pubis. Diukur dengan metlin. Normal: 80-90 cm.

b. Panggul dalam

- 1) Pintu atas panggul
 - a) Konjugata Vera atau diameter antero posterior yaitu diameter antara promontorium dan tepi atas symfisis: 11 cm. Konjugata obstetrika adalah jarak antara promontorium dengan pertengahan symfisis pubis.
 - b) Diameter transversa (melintang), yaitu jarak terlebar antara kedua linea inominata: 13 cm
 - c) Diameter oblik (miring) yaitu jarak antara artikulasio sakro iliaca dengan tuberkulum pubicum sisi yang bersebelah : 12 cm
- 2) Bidang tengah panggul
 - a) Bidang luas panggul terbentuk dari titik tengah symfisis, pertengahan acetabulum dan ruas sacrum ke-2 dan ke-3. Merupakan bidang yang mempunyai ukuran paling besar, sehingga tidak menimbulkan masalah dalam mekanisme penurunan kepala. Diameter anteroposterior 12,75 cm, diameter tranversa 12,5 cm.

b) Bidang sempit panggul. Merupakan bidang yang berukuran kecil, terbentang dari tepi bawah symfisis, spina ischiadika kanan dan kiri, dan 1-2 cm dari ujung bawah sacrum. Diameter antero-posterior : 11,5 cm ; diameter tranversal : 10 cm

3) Pintu bawah panggul

a) Terbentuk dari dua segitiga dengan alas yang sama, yaitu diameter tuber ischiadikum. Ujung segitiga belakang pada ujung os sacrum, sedangkan ujung segitiga depan arkus pubis.

b) Diameter antero posterior yaitu ukuran dari tepi bawah symfisis ke ujung sacrum : 11,5 cm

c) Diameter tranversal: jarak antara tuber ischiadikum kanan dan kiri : 10,5 cm

d) Diameter sagitalis posterior yaitu ukuran dari ujung sacrum ke pertengahan ukuran tranversal : 7,5 cm

Inklinasio pelvis Adalah kemiringan panggul, sudut yang terbentuk antara bidang semu pintu atas panggul dengan garis lurus tanah sebesar 55-60 derajat.

Empat jenis panggul dasar dikelompokkan sebagai berikut:

- a. Ginekoid (tipe wanita klasik)
- b. Android (mirip panggul pria)
- c. Antropoid (mirip panggul kera anthropoid)
- d. Platipeloid (panggul pipih)

2. Passenger (Janin dan Plasenta)

Passenger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka ia dianggap juga sebagai bagian dari passenger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal.

Ukuran Kepala Janin :

a. Diameter

- 1) Diameter Sub Occipito Bregmatika 9,5 cm

- 2) Diameter occipitofrontalis. Jarak antara tulang oksiput dan frontal, ± 12 cm
- 3) Diameter vertikomento / supraoksipitomental / mento occipitalis $\pm 13,5$ cm, merupakan diameter terbesar terjadi pada presentasi dahi
- 4) Diameter submentobregmatika $\pm 9,5$ cm /Diameter anteroposterior pada presentasi muka

Diameter melintang pada tengkorak janin adalah:

- 1) Diameter Biparietalis 9,5 cm
- 2) Diameter Bitemporalis ± 8 cm

b. Ukuran Circumferensia (Keliling)

- 1) Circumferensial fronto occipitalis ± 34 cm
 - 2) Circumferensia mento occipitalis ± 35 cm
 - 3) Circumferensia sub occipito bregmatika ± 32 cm
- Ukuran badan lain :

a. Bahu

- 1) Jaraknya ± 12 cm (jarak antara kedua akromion)
- 2) Lingkaran bahu ± 34 cm

b. Bokong

- 1) Lebar bokong (diameter intertrokanterika) ± 12 cm
- 2) Lingkaran bokong ± 27 cm

Presentasi Janin

Presentasi adalah bagian janin yang pertama kali memasuki pintu atas panggul dan terus melalui jalan lahir saat persalinan mencapai aterm. Bagian presentasi adalah bagian tubuh janin yang pertama kali teraba oleh jari pemeriksa saat melakukan pemeriksaan dalam. Faktor-faktor yang menentukan bagian presentasi adalah letak janin, sikap janin, dan ekstensi atau fleksi kepala janin.

Letak Janin

Letak adalah hubungan antarasumbu panjang (punggung) janin terhadap sumbu panjang (punggung ibu). Ada dua macam letak (1)

memanjang atau vertikal, dimana sumbu panjang janin paralel dengan sumbu panjang ibu; (2) melintang atau horizontal, dimana sumbu panjang janin membentuk sudut terhadap sumbu panjang ibu. Letak memanjang dapat berupa presentasi kepala atau presentasi sacrum (sungsang). Presentasi ini tergantung pada struktur janin yang pertama memasuki panggul ibu.

Sikap Janin

Sikap adalah hubungan bagian tubuh janin yang satu dengan bagian tubuh yang lain. Janin mempunyai postur yang khas (sikap) saat berada dalam rahim. Hal ini sebagian merupakan akibat pola pertumbuhan janin dan sebagian akibat penyesuaian janin terhadap bentuk rongga rahim. Pada kondisi normal, punggung janin sangat fleksi kepala fleksi ke arah dada, dan paha fleksi ke arah sendi lutut. Sikap ini disebut fleksi umum. Tangan disilangkan di depan toraks dan tali pusat terletak diantara lengan dan tungkai.

Penyimpangan sikap normal dapat menimbulkan kesulitan saat anak dilahirkan. Misalkan pada presentasi kepala, kepala janin dapat berada dalam sikap ekstensi atau fleksi yang menyebabkan diameter kepala berada dalam posisi yang tidak menguntungkan terhadap batas-batas panggul ibu. Diameter biparietal adalah diameter lintang terbesar kepala janin. Dari semua diameter anteroposterior, terlihat bahwa sikap ekstensi atau fleksi memungkinkan bagian presentasi dengan ukuran diameter memasuki panggul ibu. Kepala yang berada dalam sikap fleksi sempurna memungkinkan diameter suboksi pitobregmatika (diameter terkecil) memasuki panggul dengan mudah.

Posisi Janin

Posisi adalah hubungan antara bagian presentasi (oksiput, sacrum, mentum / dagu, sinsiput / puncak kepala yang defleksi / menengadahi) terhadap empat kuadran panggul ibu. Yaitu posisi oksipito Anterior Kanan (OAKa), Oksipito tranversa kanan (OTKa), oksipito posterior kanan (OPKa), oksipito posterior kiri (OPKi), oksipito tranversa kiri

(OTKi), oksipito anterior kiri (OAKi). Engagement menunjukkan bahwa diameter tranversal terbesar bagian presentasi telah memasuki pintu atas panggul. Pada presentasi kepala yang fleksi dengan kepala yang fleksi dengan benar, diameter biparietal merupakan diameter terbesar.

3. Power (Kekuatan)

Kekuatan terdiri dari kemampuan ibu melakukan kontraksi involunter dan volunter secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi involunter disebut juga kekuatan primer, menandai dimulainya persalinan. Apabila serviks berdilatasi, usaha volunter dimulai untuk mendorong, yang disebut kekuatan sekunder, dimana kekuatan ini memperbesar kekuatan kontraksi involunter.

Posisi Ibu

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak memberikan sejumlah keuntungan yaitu mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak meliputi posisi berdiri, berjalan, duduk, jongkok. Posisi tegak memungkinkan gaya gravitasi membantu penurunan janin.

Psikologis

Wanita bersalin biasanya akan mengutarakan kekhawatirannya jika ditanya. Perilaku dan penampilan wanita serta pasangannya merupakan petunjuk berharga tentang jenis dukungan yang akan diperlukannya.

2.4.8. Komplikasi persalinan

a. Defenisi

Komplikasi persalinan merupakan keadaan penyimpangan dari normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi karena gangguan akibat dari persalinan (Iskandar, 2019).

b. Komplikasi persalinan Kala I dan Kala II

1) Malposisi

Malposisi merupakan posisi abnormal vertex kepala janin (dengan ubun – ubun kecil sebagai penanda) terhadap panggul ibu. Penilaian posisi normal apabila kepala dalam keadaan fleksi, bila fleksi baik maka kedudukan oksiput lebih rendah dari pada sinsiput, keadaan ini disebut posisi oksiput transversal atau anterior. Sedangkan keadaan dimana oksiput berada di atas posterior dari diameter transversal pelvis adalah suatu malposisi (Kurniarum, 2016).

Diagnosis	Hasil pemeriksaan
Posisi oksiput posterior	<ul style="list-style-type: none">▪ Pemeriksaan abdominal: bagian terendah datar, bagian kecil janin teraba di anterior dan denyut jantung janin terdengar di samping (<i>flank</i>)▪ Pemeriksaan vaginal: oksiput ke arah sakrum, sinsiput di anterior akan mudah diraba bila kepala defleksi
Posisi oksiput lintang	<ul style="list-style-type: none">▪ Posisi oksiput janin yang masih lintang terhadap rongga panggul ibu hingga akhir persalinan kala 1 karena gagal berotasi ke posisi oksiput anterior

Gambar 2.1. Jenis – jenis malposisi

Penyebab malposisi diantaranya diameter antero posterior biasanya pada panggul android, segmen depan menyempit biasanya pada panggul android, otot – otot dasar panggul yang lembek pada multipara (Kurniarum, 2016).

2) Malpresentasi

Malpresentasi meliputi semua presentasi selain vertex. Factor predisposisi malpresentasi diantaranya, Wanita multipara, kehamilan gemili, polihidramnion/ oligohidramnion, plasenta previa, kelainan bentuk uterus atau terdapat massa/ mioma uteri, partus preterm (Kemkes, 2013).

- Presentasi dahi

Presentasi dahi adalah posisi kepala antara fleksi dan defleksi, sehingga dahi merupakan bagian terendah. Posisi ini biasanya akan berubah menjadi letak muka atau belakang kepala. Kepala menusuk panggul dengan dahi melintang / miring pada waktu putar paksi dalam, dahi memutar kedepan dan berada di bawah alkus pubis, kemudian terjadi defleksi sehingga lahirlah dagu (Kurniarum, 2016), etiologi presentase dahi diantaranya panggul sempit, janin besar, multiparitas, kelainan janin, kematian janin, intra uterin.

Diagnose presentasi dahi pada pemeriksaan abdominal : kepala janin lebih separuhnya di atas pelvis, denyut jantung janin sepihak dengan bagian kecil. Pada pemeriksaan vaginal : oksiput lebih tinggi dari sinsiput, teraba fontanella anterior dan orbita, bagian kepala masuk pintu atas panggul (PAP) adalah antara tulang orbita dan daerah ubun – ubun besar, ini adalah diameter yang paling besar, sehingga sulit lahir pervaginam (Kemenkes, 2013). Penatalaksanaan : lakukan seksio sesarea bila janin hidup dan bila janin mati lakukan kraniotomi bila memungkinkan atau seksio sesarea bila syarat dan sarana kraniotomi tidak terpenuhi (Kemenkes, 2013).

- Presentasi muka

Presentase muka disebabkan oleh terjadinya ekstensi yang penuh dari kepala janin. Yang teraba pada muka janin adalah mulut, hidung, pipi. Etiologi presentasi muka diantaranya diameter antero posterior panggul lebih Panjang dari diameter transvesa, segmen depan menyempit , otot – otot dasar panggul yang lembek pada multipara, kepala janin yang kecil dan bulat (Kemenkes,2013).

Diagnosa presentase muka pada pemeriksaan abdominal : lekukan teraba antara daerah oksiput dan punggung (sudut fabre), denyut jantung janin sepihak dengan bagian kecil janin.

Pada pemeriksaan vaginal : muka dengan muda teraba, teraba mulut dan bagian rahang mudah diraba, tulang pipi, tulang orbita, kepala janin dalam keadaan defleksi maksimal. Daggu merupakan titik acuan dari posisi kepala sehingga ada presentasi muka dagu anterior (posisi muka fleksi) dan presentasi muka dagu posterior (posisi muka defleksi max) (Kemenkes,2013).



Gambar 2.2. Presentasi muka (Prawirohardjo, 2016)

Penanganan pada posisi dagu anterior apabila pembukaan lengkap lahirkan dengan persalinan spontan pervaginam dan apabila pembukaan belum lengkap dan tidak ada kemajuan pembukaan dan penurunan maka lakukan seksio sesarea. Penanganan pada posisi dagu posterior, apabila pembukaan lengkap lahirkan dengan seksio sesarea dan apabila belum pembukaan lengkap dan tidak ada kemajuan pembukaan dan penurunan lakukan seksio sesarea (Kemenkes, 2013).

- Presentase majemuk

Presentase majemuk adalah terjadinya prolaps satu atau lebih ekstremitas pada presentase kepala atau bokong. Kepala memasuki panggul bersamaan dengan kaki dan tangan. Presentasi majemuk juga dapat terjadi mana kala bokong memasuki panggul bersamaan dengan tangan. Factor yang meningkatkan kejadian presentasi majemuk adalah prematuritas, multiparitas, panggul sempit, kehamilan ganda,

atau pecahnya selaput ketuban dengan bagian terendah janin yang masih tinggi (Prawirohardjo, 2016).

Penanganan :

- Ibu diletakkan dalam posisi Trendelenburg (knee-chest position)
 - Dorongan tangan ke atas luar dari simpisis pubis dan pertahankan disana sampai timbul kontraksi sehingga kepala turun ke rongga panggul
 - Lanjutkan penatalaksanaan persalinan normal
 - Jika prosedur gagal / terjadi prolapsus tali pusat, lakukan seksio sesarea
- Presentasi bokong (sungsang)

Persalinan letak sungsang merupakan proses persalinan pada bayi yang letaknya sesuai dengan sumbu badan ibu, kepala berada pada fundus uteri sedangkan bokong merupakan bagian terbawah di daerah pintu atas panggul atau simfisis. Dalam persalinan normal, kepala yang merupakan bagian terbesar lahir terlebih dahulu, sedangkan persalinan letak sungsang justru kepala yang merupakan bagian terbesar bayi keluar terakhir. Persalinan kepala pada letak sungsang tidak mempunyai mekanisme “moulage” karena susunan tulang dasar kepala yang rapat dan padat, sehingga hanya mempunyai waktu 8 menit, setelah badan bayi lahir. Keterbatasan waktu persalinan kepala dan tidak mempunyai mekanisme “ moulage” dapat menimbulkan kematian bayi yang besar (Amelia, 2019).

Penyebab letak sungsang berasal dari factor ibu maupun janin. Penyebab letak sungsang yang termasuk factor ibu diantaranya adalah keadaan rahim, keadaan plasenta, dan keadaan janin lahir. Keadaan rahim yang memungkinkan menjadi penyebab letak sungsang adalah rahim arkuatus,

septum pada rahim, uterus dupleks atau terdapat mioma dalam kehamilan.

Keadaan plasenta dengan letak rendah maupun plasenta previa juga dapat menyebabkan letak sungsang. Sementara itu, keadaan jalan lahir yang dapat menjadi factor penyebab kelahiran letak sungsang adalah sempitnya panggul ibu, deformitas tulang panggul, atau terdapat tumor yang menghalangi jalan lahir. Selain factor ibu, factor janin juga dapat menjadi penyebab letak sungsang seperti tali pusat pendek atau mengalami lilitan tali pusat, hidrosefalus atau anensefalus, kehamilan kembar, hidramnion atau oligohidramnion, prematuritas (Amelia, 2019) (Manuaba,2010).

Diagnosa presentasi bokong diperoleh dari Gerakan janin teraba di bagian bawah abdomen, pemeriksaan abdominal (kepala terletak dibagian atas bokong pada daerah pelvis, auskultasi menunjukkan denyut jantung janin lokasinya lebih tinggi), pemeriksaan vaginal teraba bokong atau kaki, sering disertai adanya meconium (Kemenkes, 2013).



Gambar 2.3. Presentasi bokong (Prawirohardjo, 2016)

Tatalaksana umum :

- Persalinan lama pada presentasi sungsang adalah indikasi seksio sesarea
- Seksio sesarea lebih aman dan direkomendasikan pada : presentasi bokong pada primigravida, double footling breech, pelvis yang kecil atau malformasi, janin yang sangat

besar, bekas seksio sesarea dengan indikasi CPD, kepala yang hiperekstensi atau defleksi

- Persalinan pada presentasi kaki sebaiknya dilahirkan dengan seksio sesarea. Persalinan pervaginam hanya bila : persalinan sudah sedemikian maju dan pembukaan sudah lengkap, bayi preterm yang kemungkinan hidupnya kecil, bayi kedua pada kehamilan kembar.

c. Komplikasi persalinan Kala III dan Kala IV

- Perdarahan postpartum

Perdarahan pascapersalinan adalah perdarahan yang melebihi 500 ml melalui jalan lahir yang terjadi selama atau setelah persalinan kala III. Kondisi dalam persalinan menyebabkan kesulitan untuk menentukan jumlah perdarahan yang terjadi karena tercampur dengan air ketuban dan serapan pakaian atau kain alas tidur. Oleh sebab itu maka batasan operasional untuk periode pascapersalinan adalah setelah bayi lahir. Sedangkan tentang jumlah perdarahan, disebutkan perdarahan yang lebih dari normal dimana telah menyebabkan perubahan tanda vital (pasien mengeluh lemah, berkeringat dingin, menggigil, hipernea, sistolik < 90 mmHg, nadi > 100 kali / menit, kadar Hb < 8 gr% (Prawirohardjo, 2016).

Perdarahan pascapersalinan primer terjadi dalam 24 jam pertama. Ada beberapa kemungkinan penyebab yaitu atonia uteri, retensio plasenta, perlukaan jalan lahir, tertinggalnya plasenta di dalam uterus, kelainan proses pembekuan darah akibat hypofibrinogenemia, penatalaksanaan kala III yang salah (Kurniarum, 2016).

1) Atonia uteri

Pada kehamilan cukup bulan aliran darah ke uterus sebanyak 500 – 800 cc/menit. Jika uterus tidak bisa

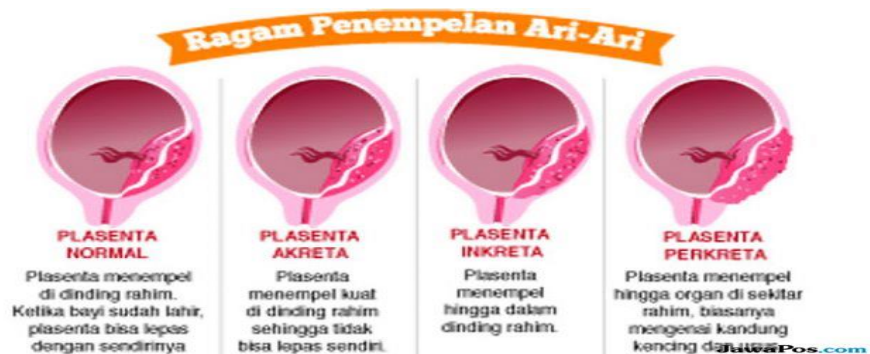
berkontraksi dengan segera setelah kelahiran plasenta, maka ibu dapat mengalami perdarahan selama 350 – 500 cc/menit dari bekas tempat melekatnya plasenta. Bila uterus berkontraksi maka myometrium akan menjepit pembuluh darah yang menyusup di antara myometrium (JNPKKR,2016). Atonia uteri adalah suatu kondisi dimana myometrium tidak berkontraksi dan jika ini terjadi maka darah yang keluar dari bekas tempat melekatnya plasenta menjadi tidak terkendali. Atonia uteri didefinisikan uterus tidak berkontraksi setelah plasenta lahir dan sudah dilakukan masase selama 15 detik (PPIBI, 2016).

Atonia uteri dapat terjadi pada ibu melahirkan dengan factor predisposisi : regangan rahim berlebihan, seperti : gemelli, makrosomia, polihidramnion atau paritas tinggi, umur terlalu muda atau terlalu tua, multipara dengan jarak kelahiran yang pendek, partus lama, malnutrisi, adanya mioma uteri yang mengganggu kontraksi rahim, persalinan cepat (partus presipitatus), persalinan yang diinduksi atau dipercepat dengan oksitosin (augmentasi), pengaruh magnesium sulfat sebagai anti konvulsi pada pre eklamsia / eklamsia (Kurniarum, 2016).

2) Retensio plasenta

Retensio plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga atau melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir. Plasenta yang sukar dilepaskan dengan pertolongan aktif kala III disebabkan oleh adhesi yang kuat antara plasenta dan uterus (Salma Tri, 2018). Perdarahan pervaginam disebabkan oleh pelepasan plasenta secara Duncan yaitu pelepasan / separasi plasenta atau secara Schultze yaitu plasenta sudah

sebagian lepas tetapi tidak keluar pervaginam. Pada retensio plasenta, sepanjang plasenta belum terlepas, maka tidak akan menimbulkan perdarahan. Sebagian plasenta yang sudah lepas dapat menimbulkan perdarahan yang cukup banyak (perdarahan kala III) dan harus diantisipasi dengan segera melakukan manual plasenta, meskipun kala uri belum lewat setengah jam.



Gambar 2.4. Jenis – jenis Retensio plasenta

3) Inversio uteri

Inversion uteri adalah suatu kejadian terbaliknya uterus bagian dalam ke arah luar, sehingga bagian fundus uteri dipaksa melalui serviks dan menonjol ke dalam atau keluar dari vagina. Kejadian inversio dapat terjadi paska persalinan atau disebut inversio uteri obstetri, maupun bukan paska persalinan yang lebih dikenal dengan inversio uteri ginekologi, akibat proses primer di uterus seperti fibroid, sarkoma dan kanker endometrium.² Menurut durasinya, inversio paska persalinan dapat dikelompokkan menjadi inversio uteri akut, subakut dan kronis.

Tanda dan gejala utama inversio uteri akut adalah perdarahan dan syok. Ketepatan dan kecepatan diagnosa dan penanganan kasus akan mengurangi morbiditas dan mortalitas akibat inversio uteri. Pada prinsipnya ada dua

tujuan penanganan inversio uteri akut, yaitu reposisi uterus dan penanganan syok yang terjadi. Kunci keberhasilan penanganan adalah kerjasama team sebab keduanya harus dilakukan secara berkesinambungan. dan kadang syok tidak akan teratasi sebelum reposisi uterus.



Gambar 2.5. Inversio uteri

4) Sisa Plasenta

Retensio sisa plasenta atau rest placenta adalah plasenta tidak lepas sempurna dan meninggalkan sisa, dapat berupa fragmen plasenta atau selaput ketuban atau tertinggalnya kotiledon atau lobus suksepturiat di dalam uterus.

Beberapa faktor potensial yang menjadi penyebab terjadinya retensio sisa plasenta yaitu manajemen aktif kala III yang tidak benar, abnormalitas plasenta, kelahiran bayi yang terlalu cepat. Sisa plasenta dalam cavum uteri dapat menyebabkan terjadinya perdarahan post partum sekunder. Sisa plasenta akan menghalangi kontraksi dan retraksi sempurna otot uterus sehingga terjadi subinvolusi uteri, menghambat penekanan pembuluh darah yang terbuka dan mengganggu hemostasis (proses penghentian perdarahan) pada tempat implantasi. Tanpa disertai kontraksi uterus secara efektif, perdarahan akan berlangsung dengan cepat, Selain hal tersebut faktor risiko yang dapat menyebabkan terjadinya perdarahan

post partum adalah umur, paritas, anemia, partus lama, persalinan dengan tindakan.

5) Robekan jalan lahir

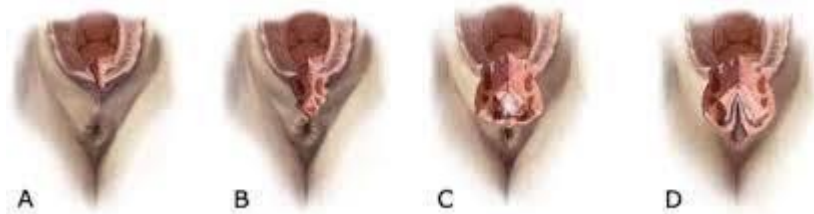
Ruptur perineum merupakan robekan perineum atau perlukaan jala lahir yang terjadi pada saat kelahiran bayi baik menggunakan alat maupun tidak. Rupture perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya (Kusmawati, 2017).

Laserasi yang terjadi pada jalan lahir dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor maternal, faktor janin, dan faktor pendukung. Faktor maternal seperti paritas, umur ibu dan jarak kelahiran serta pinggul sempit. Selain itu kejadian saat proses persalinan pada ibu juga mempengaruhi, seperti adanya partus pesipitatus yang tidak ditolong ataupun tidak dapat dikendalikan, ibu yang terus menerus dan tidak berhenti mengejan, persalinan yang diselesaikan dengan tergesa-gesa dan adanya intervensi yaitu dorongan fundus yang berlebihan.

Faktor janin yang menyebabkan terjadinya laserasi salah satunya karena bayi besar, yaitu bayi yang mempunyai berat lebih dari 4000 gram. Laserasi terjadi karena perineum tidak cukup kuat menahan regangan kepala bayi. Semakin besar berat badan bayi yang dilahirkan akan meningkatkan risiko terjadinya laserasi perineum.

Ada beberapa hal yang dapat menyebabkan terjadinya laserasi pada jalan lahir, baik itu secara spontan (tidak menggunakan alat) ataupun dengan episiotomi (menggunakan alat). Laserasi jalan lahir yang terjadi secara spontan (ruptur perineum spontan)

disebabkan karena perineum yang kaku, persalinan yang cepat atau presipitatus, pimpinan persalinan yang salah, tidak adanya kerjasama yang baik antara ibu dengan bidan selama proses persalinan, serta penggunaan perasat manual yang dilakukan bidan dengan tidak tepat.



Gambar 2.6. Robekan jalan lahir

2.5. Tinjauan Umum Bayi Baru Lahir

2.5.1. Defenisi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterin.

Bayi baru lahir (BBL) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. BBL memerlukan penyesuaian fisiologi berupa maturasi, adaptasi (menyusuaikan diri dari kehidupan intrauteri ke kehidupan ekstrauterine) dan toleransi BBL untuk dapat hidup dengan baik (Herman, 2018)

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran dengan umur kehamilan 37-42 minggu, BB 2500-4000 gram, dan dapat beradaptasi dengan lingkungan.

2.5.2. Ciri – ciri bayi normal

Ciri-ciri Bayi Normal antara lain

- a. BB : 2500-4000 gr
- b. UK : 37-42 minggu
- c. LD : 30-38 cm
- d. LK : 33-35
- e. BJ : pada menit-menit I : 180 x/mnt

- f. Nafas pada meni-meni I : 80 x/mnt
- g. Kulit licin dan kemerah-merahan
- h. Rambut lanugo berkurang
- i. Kuku panjang dan lemas
- j. Genetalia laki-laki , testis sudah turun
- k. Genetalia perempuan, labia minora sudah tertutup
- l. Reflek isap dan menelan positif
- m. Eliminasi baik (urine dan tinja) dalam 24 jam

2.5.3. Asuhan bayi baru lahir normal

a. Asuhan segera bayi baru lahir

Adalah asuhan yang diberikan pada bayi tersebut selama jam pertama setelah kelahiran. Sebagian besar bayi baru lahir akan menunjukkan usaha pernafasan spontan dengan sedikit bantuan atau gangguan.

- Aspek-aspek penting dari asuhan segera Bayi Baru Lahir
- Jagalah bayi agar tetap kering dan hangat
- Usahakan adanya kontak kulit bayi dengan kulit ibunya sesegera mungkin.
- Segera setelah Bayi Baru Lahir
- Sambil secara cepat menilai pernafasannya, letakkan bayi dengan handuk diatas perut ibu.
- Dengan kain bersih dan kering atau kasa, lap darah atau lendir bayi dari wajah bayi untuk mencegah jalan udaranya terhalang. Periksa ulang pernafasan bayi.

b. Adapun penilaian pada bayi baru lahir adalah:

Penilaian segera setelah lahir sebelum menit pertama yaitu penilaian :

- Pernafasan : tidak ada pernafasan, pernafasan lambat, pernafasan teratur(menangis keras)
- Denyut jantung/ nadi : <100x/menit atau tidak ada denyutan jantung

- Warna kulit : biru/pucat,ekstremitas biru, badan merah, seluruh kulit warnanya merah

Dimana sebagian bayi akan bernafas atau menangis secara spontan dalam waktu 30 detik setelah lahir. Bila bayi tersebut bernafas dan menangis (terlihat dari pergerakan dada paling sedikit 30 kali per menit), biarkan bayi tersebut dengan ibunya. Jika bayi tidak bernafas dalam waktu 30 detik, segeralah cari bantuan dan mulailah langkah-langkah resusitasi bayi tersebut. Persiapkan kebutuhan resusitasi untuk setiap bayi dan siapkan rencana untuk meminta bantuan khususnya bila ibu tersebut memiliki riwayat eklamsia,perdarahan,persalinan lama atau macet, persalinan dini.

Tabel 2.4. Nilai APGAR Score

NO	TANDA	0	1	2
1	Appearance (Warna kulit)	Pucat	Badan kemerahan , ekstremitas biru	Seluruh badan kemerahan
2	Pulse rate	Tidak ada	<100x/menit	> 100 x/menit
3	Reaksi rangsangan	Tidak ada	Sedikit gerak mimic	Batuk / bersin
4	Tonus otot	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
5	Pernafasan	Tidak ada	Lemah tidak teratur	Baik/ menangis

Keterangan :

7– 10 : bayi normal

3 – 6 : asfiksia sedang

0 – 3 : asfiksia berat

2.5.4. Tanda-tanda bahaya yang harus diwaspadai pada bayi baru lahir

- a. Pernafasan : kurang dari 30 x/menit atau lebih dari 60 x/menit.
- b. Kehangatan : terlalu panas (> dari 38⁰C) dan terlalu dingin (< dari 36⁰C)
- c. Warna : kuning (terutama dalam 24 jam pertama), biru, pucat, memar
- d. Pemberian makan : hisapan lemah mengantuk berlebihan, banyak muntah.

- e. Tali pusat : merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah.
- f. Infeksi: suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan Pernafasan sulit
- g. Tinja / kemih : tidak berkemih dalam 24 jam pertama, tinja lembek, Sering, Warna hijau tua, ada lendir atau darah pada tinja.
- h. Aktifitas : menggigil, tangis tidak biasa, lemas, lunglai, kejang.

2.5.5. Pemantauan Bayi Baru Lahir

- a. 2 jam pertama sesudah lahir

Hal-hal yang dinilai waktu pemantauan bayi pada jam pertama sesudah lahir meliputi:

- Kemampuan menghisap
- Bayi tampak aktif atau lunglai
- Bayi kemerahan atau biru

- b. Sebelum penolong persalinan meninggalkan ibu dan bayinya penolong persalinan melakukan pemeriksaan dan penilaian terhadap ada atau tidaknya masalah kesehatan yang memerlukan tindak lanjut seperti:

- Bayi kecil / bayi kurang bulan
- Hipotermia
- Gangguan pernafasan
- Cacat bawaan dan trauma lahir
- Infeksi

2.5.6. Penatalaksanaan Awal Bayi Baru Lahir

Penatalaksanaan awal bayi baru lahir

- a. Pencegahan infeksi
- c. Penilaian awal
- d. Pencegahan kehilangan panas
- e. Perangsangan taktil
- f. Perawatan tali pusat
- g. Memulai pemberian ASI

h. Pemberian profilaksis mata

2.5.7. Pencegahan Infeksi saat menangani Bayi Baru Lahir

Pencegahan infeksi saat menangani bayi baru lahir antara lain :

- a. Cuci tangan dengan seksama sebelum dan setelah melakukan kontak bayi
- b. Pakai sarung tangan bersih saat menangani bayi yang belum dimandikan
- c. Pastikan semua peralatan dan benang tali pusat steril/DTT
- d. Pastikan semua pakaian, handu, selimut, serta kain yang digunakan untuk bayi dalam keadaan bersih.

2.6. Pengaruh edukasi terhadap kunjungan ANC tentang deteksi dini komplikasi kehamilan

Edukasi Kesehatan merupakan bagian dari pendidikan kesehatan yang dapat diartikan sebagai pemberi informasi, instruksi, dan tingkat pemahaman terkait kesehatan yang dapat diberikan melalui media tertentu, media edukasi Kesehatan yang membantu mempermudah dalam penyampaian pesan Kesehatan.

Edukasi selama kunjungan antenatal care tentang deteksi dini komplikasi kehamilan penting dilakukan karena dapat meningkatkan kesadaran ibu hamil terhadap tanda – tanda bahaya dalam kehamilan secara cepat dan mencari perawatan Kesehatan yang akan mengurangi terjadinya komplikasi yang mengakibatkan meningkatnya angka kesakitan dan kematian ibu (Assaf, 2018).

Dengan mempromosikan Kesehatan ibu berfokus pada pengetahuan dan perilaku dengan memberikan Pendidikan kesehatan pada masyarakat yang dapat meningkatkan penggunaan pelayanan antenatal care sehingga rendahnya cakupan K4 dapat teratasi dan tercapainya pelayanan ANC sesuai standart yang ditentukan (Andriani, 2019).

Tingkat pengetahuan ibu tentang deteksi dini komplikasi kehamilan sangat penting, karena jika seseorang didasari dengan pengetahuan

yang baik akan hal tersebut maka ibu akan tau apa saja risiko yang akan terjadi selama kehamilan dan akan membuat ibu lebih peduli dan termotivasi untuk patuh melakukan kunjungan ANC, berguna untuk mencegah risiko dan komplikasi kehamilan agar ibu dan janin tetap sehat, serta dapat meningkatkan kualitas hidup ibu dan bayi (Hardaniyati, 2021).

Terdapat banyak ibu hamil yang tidak mengetahui tentang komplikasi kehamilan sehingga perlu dilakukan penyuluhan kepada ibu hamil yang bertujuan memberi wawasan dan kewaspadaan terhadap komplikasi kehamilan (Komariyah, 2020).

Usaha mencegah komplikasi kehamilan dan persalinan diantaranya dengan penguatan pelayanan kesehatan ibu di semua tingkat pelayanan kesehatan, terutama di tingkat pelayanan kesehatan primer (Puskesmas) yang merupakan hulu dari alur penanganan kesehatan ibu hamil. Cara penguatan pelayanan kesehatan di tingkat primer diantaranya dengan pemberian edukasi (Suarayasa, 2020)

2.7. Perbedaan hasil luaran persalinan terhadap ibu dan bayi pada ibu yang melakukan kunjungan antenatal care yang teratur dan tidak teratur.

Antenatal care adalah upaya preventif program pelayanan Kesehatan obstetric yang terencana berupa observasi, edukasi dan penanganan medik pada ibu hamil untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Quadrani, 2017).

Pelayanan antenatal sering disebut pemeriksaan kehamilan adalah pelayanan yang diberikan oleh tenaga profesional yaitu dokter, spesialis, bidan, dokter umum, dan perawat. bidan dapat memberikan KIE (Komunikasi Informasi, Edukasi) kepada ibu hamil, suami dan keluarganya tentang kondisi ibu dan masalahnya (Maduddin et, al., 2019).

Dengan melakukan ANC yang rutin ibu hamil dapat terhindar dari masalah baik dalam kehamilannya maupun dalam proses persalinannya serta masa nifasnya (Ihsanul.M, 2018).

Adanya hubungan signifikan antara pemeriksaan kehamilan K4 dengan kejadian kehamilan risiko tinggi karena untuk menghindari risiko komplikasi pada kehamilan dan persalinan, anjurkan ibu hamil untuk melakukan kunjungan antenatal komprehensif yang berkualitas minimal empat kali, termasuk minimal satu kali kunjungan di antar suami / pasangan atau anggota keluarga (KEMENKES, 2018).

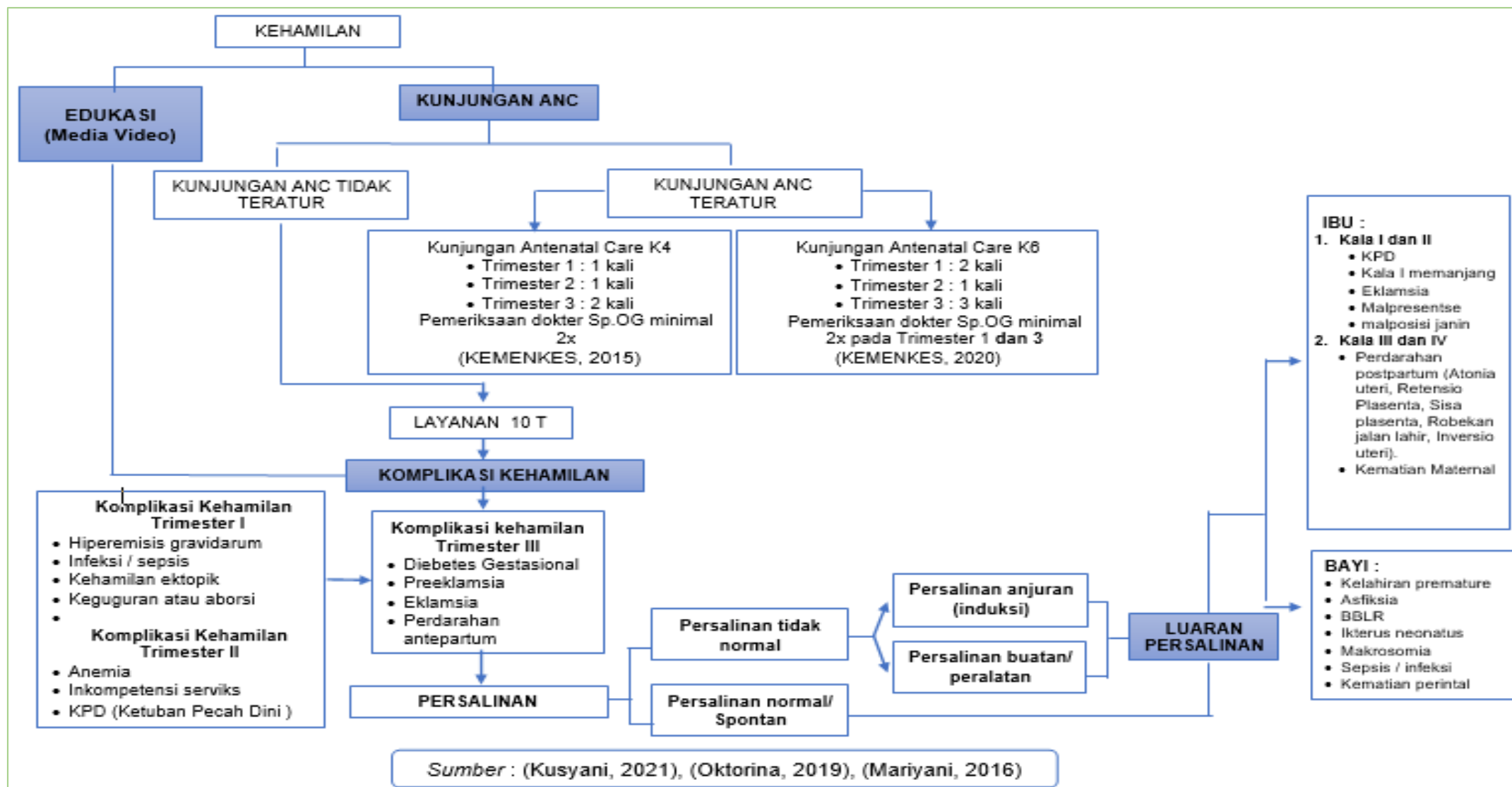
Adanya hubungan antara pemeriksaan K4 dengan kehamilan risiko tinggi, pemeriksaan antenatal care < 4 kali berhubungan dengan peningkatan kehamilan risiko tinggi dan persalinan tindakan. Kurangnya pemeriksaan antenatal berhubungan dengan score apgar yang rendah, sehingga pemeriksaan antenatal care yang adekuat merupakan factor penting dalam menurunkan angka kematian ibu dan anak (Sarwono, 2018).

Penilaian terhadap pelaksanaan pelayanan Kesehatan ibu hamil dapat dilakukan dengan melihat cakupan K1 dan cakupan K4 merupakan jumlah ibu hamil yang telah mendapatkan pelayanan antenatal sesuai dengan SOP yang paling sedikit empat kali sesuai dengan jadwal yang telah dianjurkan di tiap trimester, jika dibandingkan dengan jumlah sasaran ibu hamil di suatu sasaran wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Namun pada kenyataannya masih banyak ibu hamil yang kurang menyadari pentingnya pemeriksaan kehamilan sehingga berdampak pada tidak terdeteksinya factor – factor risiko tinggi yang kemungkinan dialami oleh ibu hamil, sehingga risiko ini baru diketahui pada saat persalinan (Elisabeth, 2015).

Kehamilan resiko tinggi akan mempunyai outcome buruk yang berakibat pada kematian ibu maupun janin apabila tidak dilakukan tata laksana secara tepat. Pada dasarnya kehamilan risiko tinggi disebabkan oleh 4 faktor : factor antenatal : kehamilan dengan letak, kehamilan

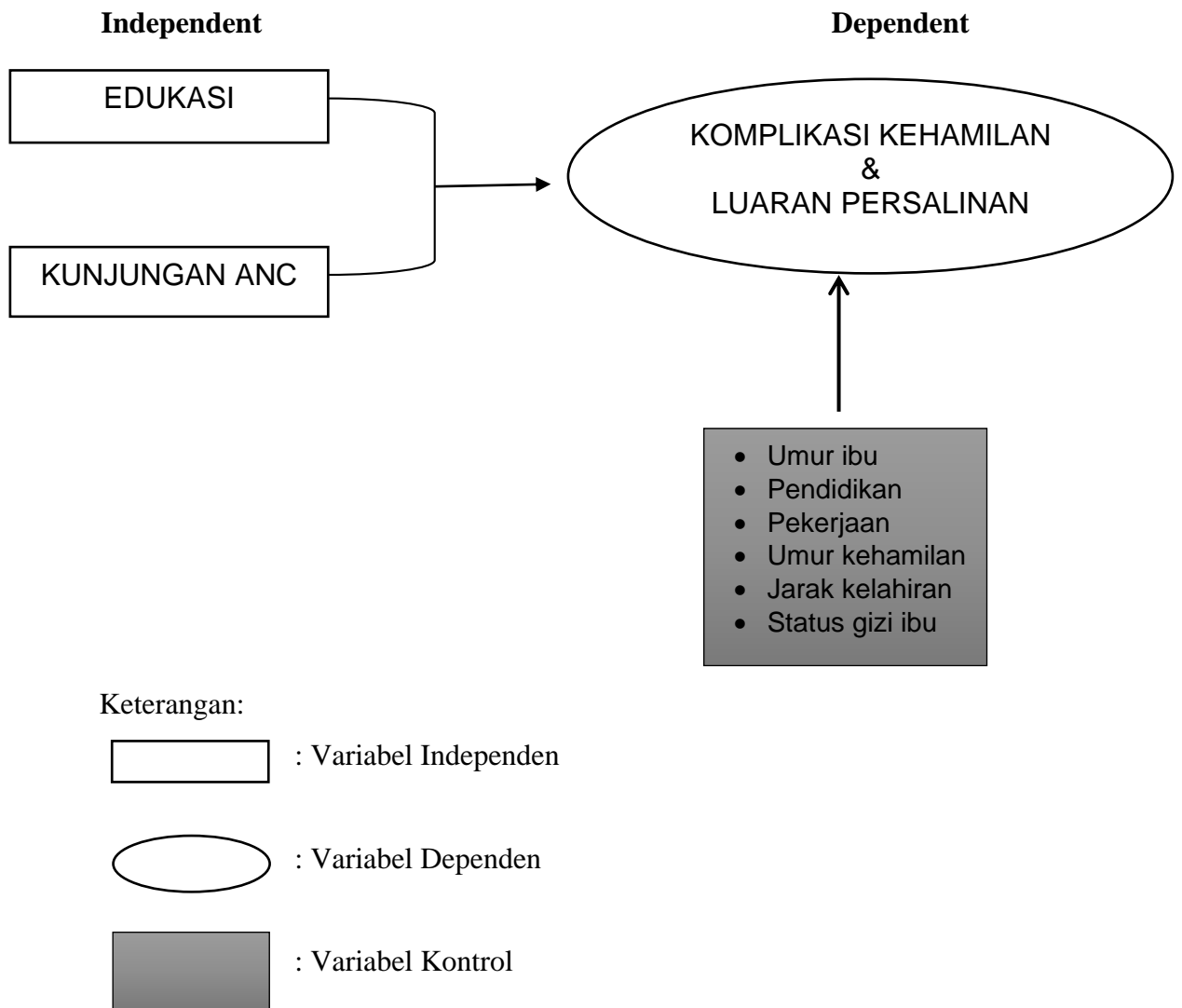
ganda , gangguan pertumbuhan , hidramion dan preeklamsia. Factor intrapartum : perdarahan rupture uteri, plasenta previa, ketuban pecah dini, sdistress janin. Factor obstetric : penyakit ibu dan janin , gangguan plasenta , gangguan tali pusat komplikasi janin, penyakit neonatus dan kelainan genetic (Kusyani, 2021).

2.8. Kerangka Teori



Gambar 2.7. Kerangka Teori

2.9. Kerangka Konsep



Gambar 2.8. Kerangka Konsep

2.10. Hipotesis Penelitian

- a. Ada pengaruh edukasi terhadap pengetahuan ibu hamil tentang deteksi dini komplikasi kehamilan terhadap ibu yang melakukan kunjungan antenatal care teratur dan tidak teratur
- b. Tidak ada perbedaan proses persalinan pada ibu yang melakukan kunjungan antenatal care teratur dan tidak teratur.
- c. Ada perbedaan komplikasi persalinan pada ibu yang melakukan kunjungan antenatal care teratur dan tidak teratur.
- d. Ada perbedaan antropometri bayi pada ibu yang melakukan kunjungan antenatal care teratur dan Tidak teratur.
- e. Ada perbedaan komplikasi persalinan pada bayi pada ibu yang melakukan kunjungan antenatal care teratur dan tidak teratur.