

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan proses yang diawali dengan terjadinya pembuahan, yaitu penyatuan sel telur dan sel sperma yang menjadi awal terbentuknya kehidupan baru. Proses ini didahului oleh serangkaian tahapan biologis yang saling berkaitan, meliputi pembentukan gamet (sel telur dan sel sperma), ovulasi atau pelepasan sel telur, fertilisasi sebagai proses penyatuan kedua gamet, serta implantasi embrio ke dalam dinding rahim. Apabila seluruh tahapan tersebut berlangsung secara normal, maka embrio dapat berkembang menjadi janin. Dengan demikian, kehamilan dapat diartikan sebagai proses pertumbuhan dan perkembangan janin di dalam rahim yang dimulai sejak terjadinya konsepsi hingga memasuki awal persalinan.(Oktavia & Lubis, 2024).

Kehamilan merupakan periode di mana terjadi perubahan kondisi biologis wanita disertai dengan perubahan-perubahan psikologis dan terjadinya proses adaptasi terhadap pola hidup dan proses kehamilan itu sendiri. Kehamilan merupakan suatu proses yang diawali dengan terjadinya fertilisasi, yaitu penyatuan antara spermatozoa dan ovum, kemudian diikuti oleh proses nidasi atau implantasi embrio pada dinding rahim. Sejak terjadinya fertilisasi hingga kelahiran bayi, kehamilan normal umumnya berlangsung selama kurang lebih 40 minggu, yang setara dengan 10 bulan menurut perhitungan obstetri atau sekitar 9 bulan berdasarkan kalender internasional. Masa kehamilan dibagi menjadi tiga trimester, yaitu trimester pertama pada usia kehamilan 0–12 minggu, trimester kedua pada usia 13–28 minggu, dan trimester ketiga yang berlangsung pada usia kehamilan 29–42 minggu. (Oktavia & Lubis, 2024).

2. Tanda-tanda Kehamilan

a. Tanda Pasti Hamil (Dewita Rahmatul Amin et al., 2024)

Tanda pasti kehamilan merupakan indikator medis atau bukti yang dapat secara pasti menegaskan keberadaan kehamilan. Tanda-tanda ini dapat diidentifikasi melalui pemeriksaan medis atau prosedur tertentu yang memberikan bukti langsung mengenai keberadaan janin atau perubahan fisik pada tubuh wanita hamil. Beberapa tanda pasti kehamilan meliputi:

1) Teraba Bagian-bagian Janin

Pada kehamilan 22 minggu, bagian-bagian janin dapat diraba pada wanita yang kurus dan otot perut relaksasi. Pada usia kehamilan 28 minggu, bagian janin menjadi lebih jelas diraba, dan gerakan janin dapat dirasakan oleh ibu.

2) Gerakan Janin

Pada usia kehamilan 20 minggu, gerakan janin dapat dirasakan oleh pemeriksa, menunjukkan perkembangan aktifitas janin dalam kandungan.

3) Terdengar Denyut Jantung Janin

Dengan menggunakan ultrasound, denyut jantung janin dapat terdengar pada usia kehamilan 6-7 minggu. Penggunaan doppler dapat mendengar denyut jantung pada usia 12 minggu, sementara stetoskop *Leannec* dapat digunakan pada usia 18 minggu. Frekuensi denyut jantung janin biasanya antara 120-160 kali/menit dan akan lebih jelas terdengar saat ibu tidur terlentang atau miring dengan punggung bayi di depan.

4) Ultrasonografi (USG)

USG dapat digunakan mulai dari usia kehamilan 4-5 minggu untuk memastikan kehamilan dengan melihat adanya kantong gestasi, gerakan janin, dan denyut jantung janin (Dewita Rahmatul Amin et al., 2024).

3. Perubahan Fisik pada Ibu Hamil Trimester III

a. Uterus

Selama kehamilan, uterus mengalami peningkatan ukuran dan berat yang sangat signifikan, yaitu dari sekitar 300 gram menjadi kurang lebih 1.000 gram pada akhir kehamilan usia 40 minggu. Perubahan ini diikuti dengan peningkatan tinggi fundus uteri (TFU) sesuai usia kehamilan. Pada usia kehamilan 28 minggu, TFU umumnya berada sekitar 2-3 jari di atas pusat, kemudian pada usia 36 minggu mencapai satu jari di bawah *prosesus xifoideus*. Menjelang usia kehamilan 40 minggu, TFU kembali turun hingga sekitar tiga jari di bawah *prosesus xifoideus* sebagai akibat masuknya kepala janin ke dalam rongga panggul. Memasuki trimester III, istmus uteri semakin berkembang dan membentuk segmen bawah rahim (SBR). Pada kehamilan lanjut, kontraksi otot-otot di bagian atas uterus menyebabkan SBR menjadi semakin tipis dan melebar sehingga tampak batas yang jelas antara korpus uteri yang lebih tebal dengan segmen bawah rahim yang lebih tipis. Batas tersebut dikenal sebagai lingkaran retraksi fisiologis, yang merupakan salah satu perubahan anatomis normal menjelang persalinan.

b. Ovarium

Ovulasi terhenti, fungsi pengeluaran hormon estrogen dan progesteron di ambil alih oleh plasenta.

c. Serviks

Selama kehamilan, serviks mengalami peningkatan vaskularisasi sehingga menjadi lebih lunak. Perubahan ini dikenal sebagai tanda Goodell, yang merupakan salah satu tanda fisiologis kehamilan. Selain itu, kelenjar endoserviks mengalami pembesaran dan menghasilkan sekret mukus dalam jumlah yang lebih banyak. Peningkatan aliran darah serta pelebaran pembuluh darah pada serviks juga menyebabkan perubahan warna menjadi kebiruan atau keunguan, yang dikenal sebagai tanda Chadwick (Riswati, dkk. 2021)

d. Vagina dan vulva

Selama kehamilan, dinding vagina mengalami perubahan fisiologis sebagai bentuk persiapan menghadapi proses persalinan. Perubahan tersebut ditandai dengan meningkatnya ketebalan sel-sel otot polos, sehingga dinding vagina menjadi lebih panjang dan memiliki kemampuan yang lebih baik untuk meregang saat proses kelahiran berlangsung. (Marfuah, 2023).

e. Payudara Mamae

Memasuki trimester III, kelenjar payudara mengalami pertumbuhan yang semakin pesat sehingga ukuran payudara bertambah besar sebagai persiapan untuk proses laktasi. Pada usia kehamilan sekitar 32 minggu, mulai dapat keluar cairan berwarna putih menyerupai susu yang masih sangat encer. Selanjutnya, sejak usia kehamilan 32 minggu hingga menjelang persalinan, cairan yang dihasilkan berubah menjadi berwarna kekuningan dan kaya akan kandungan lemak, yang dikenal sebagai kolostrum.

f. Sistem pernapasan

Menurut (Riswati, 2021) salah satu keluhan pada ibu hamil sesak dan pendek napas. Hal itu disebabkan oleh usus yang tertekan ke arah diafragma akibat pembesaran rahim. Kapasitas vital paru sedikit meningkat selama hamil. Seorang wanita hamil selalu bernapas lebih dalam, yang lebih menonjol adalah pernapasan dada (*thoracic breathing*).

g. Saluran pencernaan (*traktus digestivus*)

Makin besarnya uterus, lambung dan usus akan bergeser. Demikian juga dengan yang lainnya seperti apendiks yang akan bergeser ke arah atas dan lateral.

h. Sistem integumen

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi yang terjadi di beberapa daerah kulit tertentu, seperti pada muka disebut

masker kehamilan (*cholasma gravidarum*), pada payudara terjadi di area puting susu dan areola payudara, dan pada perut disebut *nigra striae*.

i. Sistem perkemihan

Pada trimester ketiga kehamilan, kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul keluhan sering buang air kecil dan akan timbul lagi karena kandungan kencing akan mulai tertekan kembali. Pada kehamilan tahap lanjut pelvis ginjal kanan dan ureter lebih berdelatasi dari pada pelvis kiri akibat pergeseran uterus yang berat ke kanan. Perubahan-perubahan ini membuat pelvis dan ureter mampu menampung urin dalam volume yang lebih besar dan juga memperlambat laju aliran urine.

j. Kelenjar endokrin

Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran 15 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasi kelenjar dan peningkatan vaskularisasi.

k. Sistem kardiovaskuler

Sel darah merah makin meningkat jumlahnya untuk dapat mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim, tetapi pertambahan sel darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah sehingga terjadi *hemodilusi* yang disertai anemia fisiologis.

l. Sistem muskuloskeletal

Esterogen dan relaksasi memberikan efek maksimal pada relaksasi otot dan ligamen pelvic pada akhir kehamilan. Relaksasi ini digunakan oleh pelvis untuk meningkatkan kemampuannya dalam menguatkan posisi janin diakhir kehamilan ini saat kelahiran, ligamen pada simpisis pubis dan karena merupakan efek samping dari estrogen, maka *sakroiliaka* akan terkena. Lamanya dan membesarnya jaringan yang menyebabkan terjadinya hidrasi pada trimester akhir. Simpisis pubis melebar 4 mm pada usia gestasi 32 minggu dan *sakrokokigeus* tidak teraba diikuti terabanya *kokogues* sebagai pengganti bagian belakang.

4. Perubahan Psikologis pada Ibu Hamil Trimester III

- a. Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh dan tidak menarik.

- b. Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu.
- c. Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
- d. Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
- e. Ibu tidak sabar menunggu kelahiran bayinya.
- f. Semakin ingin menyudahi kehamilannya.
- g. Aktif mempersiapkan kelahiran bayinya.
- h. Bermimpi dan berkhayal tentang bayinya.
- i. Rasa tidak nyaman
- j. Perubahan emosional

5. Dukungan Psikologis terhadap Ibu hamil Trimester III

Trimester III merupakan periode menunggu dan waspada bagi ibu hamil. Pada periode ini ibu hamil memerlukan perhatian khusus dari suami, keluarga dan petugas kesehatan atau bidannya. beberapa hal yang dapat dilakukan adalah:

a. Dukungan Suami

Dukungan dari suami merupakan hal yang pertama diharapkan oleh ibu hamil karena suami merupakan orang yang terdekat dengan istri. Selama kehamilan istrinya suami hendaknya menunjukkan rasa senang dengan kehamilan istri, bahagia mendapat keturunan, selalu memperhatikan kesehatan dan keadaan istri, tidak menyakiti istri, menghibur/menenangkan bila melihat istri susah, membantu istri mengerjakan tugas rumah tangga, menasehati istri agar tidak terlalu letih dalam bekerja, berdoa untuk kesehatan dan keselamatan istri dan keluarga, mengantar istri memeriksa kehamilannya, mengajak dan menemani istri jalan-jalan, sering diskusi dengan istri tentang kehamilan dan rencana persalinan dan meyakinkan istri untuk selalu siap mendampingi saat persalinan. Istri yang selalu bahagia dan gembira selama kehamilan akan berdampak baik terhadap perkembangan janin dan bersemangat dalam menghadapi persalinan (Rahmah et al., 2022).

b. Dukungan Keluarga

Adanya dukungan dari ayah, ibu, mertua dan saudara pada ibu hamil membuatnya bahagia dan lebih bersemangat dalam menghadapi kehamilannya. Ibu atau calon nenek biasanya akan melanjutkan tradisi keluarga dalam merawat wanita hamil, melahirkan sampai nifas. Ada kebanggaan tersendiri bagi keluarga besar bila dapat meneruskan tradisi keluarga tersebut secara turun temurun. Tradisi keluarga tersebut membawa kesan tersendiri bagi ibu hamil dan juga merasa lebih diperhatikan oleh keluarga besarnya. Sepanjang tradisi keluarga tersebut tidak bertentangan atau berakibat buruk bagi ibu hamil dan janinnya dari segi kesehatan, tradisi tersebut dapat saja diteruskan dan dilestarikan (Rahmah et al., 2022).

c. Dukungan Petugas Kesehatan

Bidan merupakan orang yang paling dekat dan paling mengerti dengan permasalahan yang bisanya dialami oleh ibu selama hamil. Perubahan fisiologis, psikologis dan masalah-masalah yang mungkin timbul selama kehamilan, baik trimester I, II, maupun III sebaiknya diberitahukan kepada ibu sehingga ibu siap menerimanya. Dukungan yang dapat diberikan bidan pada ibu hamil diantaranya: melayani ibu dan keluarga dengan baik dan ramah, membina rasa saling percaya dengan ibu dan keluarga, sabar dalam menjawab setiap pertanyaan ibu dan keluarga, meyakinkan ibu bahwa kehamilannya baik-baik saja, membantu menyelesaikan masalah yang sedang dihadapi ibu, meyakinkan ibu akan terus mendampingi sampai proses persalinan, memberi semangat pada ibu hamil trimester III untuk menghadapi persalinan (Rahmah et al., 2022).

d. Membantu ibu mempersiapkan dirinya menjadi orangtua

Peran sebagai orangtua merupakan sesuatu yang baru bagi calon ibu primigravida. Perasaan senang, bahagia, takut, khawatir campur aduk menjadi satu. Bidan dan keluarga harus mampu meyakinkan ibu bahwa dia dapat merawat bayinya dengan baik dan benar nanti. Sepanjang

kehamilannya bidan dan keluarga terus memberikan dukungan kepada ibu agar kehamilan ibu dapat berjalan dengan baik sampai tiba saatnya melahirkan (Rahmah et al., 2022).

e. Membantu ibu mempersiapkan *sibling*

Sibling bagi ibu hamil multigravida kadang dapat menjadi masalah tersendiri, untuk itu harus dipersiapkan sedini mungkin dengan baik agar dapat menerima adiknya nanti. Persiapan *sibling* sebaiknya dilakukan pada saat ibu dan suami mulai merencanakan kehamilan dan berlanjut sampai kehamilan benar-benar terjadi. Namun bila hal tersebut terlewat, ibu dan suami masih bisa melakukan persiapan *sibling* selama masa kehamilan. Ibu bisa mengajak komunikasi sang kakak dengan calon adiknya dengan mengelus-elus perut ibu dan mencoba merabanya ketika ada gerakan janin. Ibu juga bisa meminta sang kakak untuk membantu memijat kaki dan tangan ibu bila kelelahan dan meyakinkan sang kakak bahwa dia sangat diperlukan ibu untuk membantu merawat adiknya nanti. Beri pujian bila kakak melakukan sesuatu sesuai dengan yang ibu minta dan beri penjelasan bila dia salah melakukannya. Ibu juga bisa menggunakan boneka sebagai media dalam bermain peran bagaimana ibu dan sang kakak mengurus adik bayi kalau lahir nanti, seperti pura-pura memandikan, mengganti popok, menggendong, membelai dan menidurkan kalau bayi menangis (Rahmah et al., 2022).

6. Kebutuhan Dasar pada Ibu Hamil Trimester III

a. Kebutuhan Oksigenasi

Wanita hamil Kebutuhan oksigenasi meningkat kira-kira 20% sehingga untuk memenuhi kebutuhannya itu, wanita hamil selalu bernapas lebih dalam. Pada kehamilan 32 minggu atau lebih, tidak jarang wanita mengeluh sesak napas dan pendek napas karena diafragma sulit bergerak akibat membesarnya uterus. Untuk memenuhi kebutuhan oksigen ini, dapat dilakukan senam (Isnaini & Simanjuntak, 2023).

b. Nutrisi

Widya Karya Pangan dan Gizi Nasional menganjurkan pada ibu hamil untuk meningkatkan asupan energinya sebesar 285 kkal per hari. Tambahan energi ini bertujuan untuk memasok kebutuhan ibu dalam memenuhi kebutuhan janin. Asupan gizi ibu hamil didapatkan dengan mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, asam folat, kalsium, vitamin dan minum cukup cairan (menu seimbang) (Isnaini & Simanjuntak, 2023).

Tabel 2. 1 Porsi Makan

Bahan Makanan	Ibu Hamil trimester 2 & 3	Contoh
Nasi atau makanan pokok	6 porsi	1 porsi= 100 gr atau $\frac{3}{4}$ gelas nasi
Protein hewani seperti: ikan, telur, ayam, dan lainnya	4 porsi	1 porsi= 50 gr atau 1 potong sedang ikan 1 porsi= 55 gr atau 1 butir telur ayam
Protein nabati seperti: tahu, tempe dan kacang-kacangan	4 porsi	1 porsi= 50 gr atau 2 potong sedang tempe 1 porsi= 100 gr atau 2 potong sedang tahu
Sayur-sayuran	4 porsi	1 porsi= 100 gr atau 1 mangkuk sayur matang tanpa kuah
Buah-buahan	4 porsi	1 porsi= 100 gr atau 1 potong sedang pisang 1 porsi= 100-190 gr atau 1 potong besar pepaya
Minyak	5 porsi Minyak atau lemak termasuk santan yang digunakan dalam pengolahan, makanan digoreng, ditumis atau dimasak dengan santan	1 porsi= 5 gr atau 1 sendok teh, yang digunakan dalam pengolahan makanan seperti menggoreng, menumis dan pengolahan lainnya yang menggunakan minyak
Gula	2 porsi	1 porsi= 10 gr atau 1 sendok makan bersumber dari kue manis, teh manis, dan lain-

lainya. Gula dapat digunakan
untuk pengolahan
makanan/minuman

Sumber: (Kemenkes, 2021)

c. *Personal Hygiene*

Kebersihan diri selama kehamilan harus benar-benar dijaga. Mandi dan menyikat gigi paling sedikit dilakukan dua kali dalam (Yulia Herliani et al., 2024).

d. *Pakaian*

Pemilihan pakaian yang tepat selama kehamilan akan membuat ibu merasa lebih nyaman dan ini akan berdampak terhadap kesejahteraan ibu dan janin (Yulia Herliani et al., 2024).

e. *Eliminasi (BAB/BAK)* Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering buang air kecil. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih, terutama ketika lambung dalam keadaan kosong. Meminum air putih hangat ketika perut dalam keadaan kosong dapat merangsang gerak peristaltik usus. Jika ibu sudah mengalami dorongan, maka segeralah untuk buang air besar agar tidak terjadi konstipasi (Isnaini & Simanjuntak, 2023).

f. *Istirahat dan Tidur*

Ibu hamil dianjurkan untuk merencanakan periode istirahat, terutama saat hamil tua. Posisi berbaring miring dianjurkan untuk perfusi uterin dan oksigenasi *fetoplasental*. Selama periode istirahat yang singkat, seorang perempuan bisa mengambil posisi terlentang kaki disandarkan pada tinggi dinding untuk meningkatkan aliran vena dari kaki dan mengurangi edema kaki serta varises vena. Ibu hamil disarankan tidur pada waktu malam hari yakni dengan durasi 7-8 jam dan tidur siang dengan durasi kurang lebih 1-2 jam. Kebutuhan untuk meluruskan tulang punggung dan menaikkan ekstremitas bawah ke posisi yang lebih tinggi setiap 1 hingga 2 jam sekali perlu untuk meminimalisir ketidaknyamanan yang dapat terjadi selama kehamilan (Yulia Herliani et al., 2024).

g. Aktivitas

Ibu hamil dapat melakukan aktivitas sehari-hari seperti biasanya sesuai batas toleransinya (Yulia Herliani et al., 2024).

h. Seksual

Kebutuhan seksual pada akhir trimester III, perubahan libido ada yang meningkat ada yang menurun. Penurunan libido pada trimester III biasanya lebih sering terjadi pada primigravida karena takut menghadapi persalinan, khawatir bayinya cacat (Yulia Herliani et al., 2024).

i. Mobilisasi dan *Body* Mekanik

Keluhan yang sering muncul dari perubahan ini adalah rasa pegal di punggung dan kram kaki ketika tidur malam hari. Untuk mencegah dan mengurangi keluhan ini perlu adanya sikap tubuh yang baik. Beberapa hal yang harus diperhatikan adalah hendaknya ibu hamil memakai sepatu dengan hak rendah/tanpa hak dan jangan terlalu sempit; posisi tubuh saat mengangkat beban, yaitu dalam keadaan tegak dan pastikan beban terfokus pada lengan; tidur dengan posisi kaki ditinggikan; duduk dengan posisi punggung tegak; hindari duduk atau berdiri terlalu lama (ganti posisi secara bergantian untuk mengurangi ketegangan otot) (Isnaini & Simanjuntak, 2023).

7. Ketidaknyamanan pada Trimester III

Tabel 2. 2 Ketidaknyamanan Ibu Hamil TM III

No	Ketidaknyamanan	Cara Mengatasi
1.	Oedema	a. Hindari pakaian ketat b. Hindari makanan yang berkadar garam tinggi c. Hindari duduk/berdiri dalam jangka waktu lama d. Istirahat dan naikkan tungkai selama 20 menit berulang-ulang e. Berbaring atau duduk dengan kaki ditinggikan f. Hindari berbaring terlentang g. Hindari kaos kaki yang ketat
2.	Gatal dan Kaku pada Jari	a. Kompres dingin atau mandi berendam atau dengan <i>shower</i> b. Posisi tubuh yang baik pada saat berdiri, duduk maupun ketika mengambil sesuatu

	jangan dengan membungkuk tetapi tulang belakang tetap diusahakan dalam posisi tegak
	c. Sering berbaring apabila merasa lelah
3. Gusi berdarah	a. Minum suplemen vit C dapat mengurangi <i>incident</i> gusi berdarah b. Berkumur dengan air hangat, air garam c. Jaga kebersihan gigi d. Periksa ke dokter gigi secara teratur
4. Haemoroid	a. Hindari hal yang menyebabkan konstipasi b. Hindari mengejan pada saat defikasi c. Buat kebiasaan defikasi yang baik d. Jangan duduk terlalu lama di toilet e. Lakukan senam kegel secara teratur f. Duduk pada bak yang diisi air hangat selama 15-20 menit sebanyak 3 sampai 4 x sehari
5. Insomnia	a. Mandi air hangat sebelum tidur b. Minum minuman hangat (susu hangat, teh hangat) sebelum tidur c. Sebelum tidur jangan melakukan aktifitas yang dapat membuat susah tidur d. Tidur dengan posisi relaks dan lakukan relaksasi
6. Keputihan	a. Jaga kebersihan dengan mandi setiap hari b. Bersihkan alat kelamin dan keringkan setiap sehabis BAB atau BAK c. Membersihkan alat kelamin (cebok) dari arah depan ke belakang d. Ganti celana dalam apabila lembab/basah e. Pakai celana dalam yang terbuat dari katun sehingga menyerap keringat dan membuat sirkulasi udara yang baik, Tidak dianjurkan memakai semprot atau <i>douch</i>
7. Keringat bertambah	a. Mandi/berendam secara teratur b. Memakai pakaian yang longgar dan tipis, terbuat dari katun supaya menyerap keringat c. Perbanyak minum cairan untuk menjaga hidrasi
8. Rasa perih pada jari tangan atau kaki	Ibu hamil dapat dianjurkan untuk tidur berbaring miring ke kiri, postur tubuh yang benar saat duduk atau berdiri.
9. Napas sesak	a. Jelaskan penyebab fisiologinya b. Dorong agar secara sengaja mengatur laju dan dalamnya pernapasan pada kecepatan normal yang terjadi. c. Merentangkan tangan diatas kepala serta menarik napas panjang d. Mendorong postur tubuh yang baik, melakukan pernapasan interkostal
10. Nyeri ulu hati (<i>heart burn</i>)	a. Hindari makanan berminyak/digoreng

	b. Hindari makanan yang berbumbu merangsang c. Sering makan makanan ringan d. Hindari kopi dan rokok b. Minum air 6-8 gelas sehari, kunyah permen karet
11. Pusing atau <i>syncope</i>	a. Bangun secara perlahan dari posisi istirahat b. Hindari berdiri terlalu lama dalam lingkaran yang hangat dan sesak c. Hindari berbaring dalam posisi telentang
12. Perut kembung	a. Hindari makanan yang mengandung gas b. Mengunyah makanan secara sempurna c. Lakukan senam secara teratur d. Pertahankan kebiasaan buang air besar secara teratur.
13. Sakit punggung atas dan bawah	a. Gunakan posisi tubuh yang baik b. Gunakan bra yang menopang dengan ukuran yang tepat c. Gunakan kasur yang keras d. Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung
14. Varises pada kaki	a. Tinggikan kaki sewaktu berbaring b. Jaga agar kaki tidak bersilangan c. Hindari berdiri atau duduk terlalu lama d. Senam untuk melancarkan peredaran darah e. Hindari pakaian atau korset yang ketat.

Sumber: (Bdn. Eka Vicky Yulivantina et al., 2024)

8. Tanda Bahaya pada Trimester III

Trimester III adalah usia kehamilan 7-9 bulan atau kehamilan berusia 29-42 minggu. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester II meliputi:

a. Perdarahan Pervaginam

Perdarahan pada masa kehamilan lanjut setelah 22 minggu sampai sebelum persalinan. Perdarahan pervaginaan dikatakan tidak normal bila ada tanda-tanda seperti keluarnya darah merah segar atau kehitaman dengan bekuan perdarahan kadang banyak kadang tidak terus menerus, perdarahan disertai rasa nyeri. Perdarahan semacam ini bisa berarti plasenta previa, solusio plasenta, ruptur uteri, atau dicurigai adanya gangguan pembekuan darah.

1) Plasenta Previa

Plasenta previa didefinisikan sebagai plasenta yang berimplantasi diatas atau mendekati *ostium* serviks interna. Beberapa

faktor predisposisi yang menyebabkan terjadinya plasenta previa diantaranya kehamilan ibu sudah usia lanjut (>22 minggu), multiparitas, serta mempunyai riwayat *seksio caesaria* sebelumnya. Gejala umum yang terjadi pada kasus plasenta previa seperti terjadi perdarahan tanpa rasa nyeri secara tiba-tiba dan kapan saja, uterus tidak berkontraksi dan bagian terendah janin tidak masuk pintu atas panggul. Jenis-jenis plasenta previa diantaranya:

- a) Plasenta previa totalis yaitu posisi plasenta menutupi *ostium internal* secara keseluruhan,
- b) Plasenta previa parsialis yaitu posisi plasenta yang menutupi *ostium interna* sebagian saja,
- c) Plasenta previa marginalis yaitu posisi plasenta yang berada di tepi *ostium interna*,
- d) Plasenta previa letak rendah, yaitu posisi plasenta yang berimplantasi di segmen bawah uterus.

2) Solusio Plasenta

Pada persalinan normal, plasenta akan lepas setelah bayi lahir, namun karena keadaan abnormal plasenta dapat lepas sebelum waktunya atau yang disebut solusio plasenta. Beberapa faktor komplikasi sebagai penyebab solusio plasenta yaitu hipertensi, adanya trauma abdominal, kehamilan gemelli, kehamilan dengan hidramnion, serta defisiensi zat besi. Tanda gejala yang ditimbulkan seperti terjadinya perdarahan dengan nyeri yang menetap, hilangnya denyut jantung janin (gawat janin), uterus terus menegang dan perdarahan yang keluar tidak sesuai dengan beratnya syok.

3) Ruptur Uteri

Ruptur uteri adalah robeknya dinding uterus pada saat kehamilan/persalinan, pada saat umur kehamilan lebih dari 28 minggu.

b. Penglihatan Kabur

Penglihatan menjadi kabur atau berbayang dapat disebabkan oleh sakit kepala yang hebat, sehingga terjadi oedema pada otak dan meningkatkan resistensi otak yang mempengaruhi sistem saraf pusat, yang dapat menimbulkan kelainan serebral (nyeri kepala, kejang), dan gangguan penglihatan. Perubahan penglihatan atau pandangan kabur, dapat menjadi tanda pre-eklampsia. Masalah visual yang mengidentifikasi keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual yang mendadak, misalnya penglihatan kabur atau berbayang, melihat bintik-bintik (*spot*), berkunang-kunang.

Selain itu adanya skotoma, diplopia dan ambliopia merupakan tanda-tanda yang menunjukkan adanya pre-eklampsia berat yang mengarah pada eklampsia. Hal ini disebabkan adanya perubahan peredaran darah dalam pusat penglihatan di korteks serebri atau di dalam retina (oedema retina dan spasme pembuluh darah). Penanganan umum:

- 1) Jika tidak sadar atau kejang, segera dilakukan mobilisasi seluruh tenaga yang ada dan menyiapkan fasilitas tindakan gawat darurat
- 2) Segera dilakukan penilaian terhadap keadaan umum termasuk tanda-tanda vital sambil menanyakan riwayat penyakit sekarang dan terdahulu dari pasien atau keluarganya.

c. Gerakan Janin Berkurang

Ibu tidak merasakan gerakan janin sesudah kehamilan 29 minggu atau selama persalinan. Penanganan Umum:

- 1) Memberikan dukungan emosional pada ibu
- 2) Menilai denyut jantung janin (DJJ):
 - a) Bila ibu mendapat sedative, tunggu hilangnya pengaruh obat, kemudian nilai ulang
 - b) Bila DJJ tidak terdengar minta beberapa orang mendengarkan menggunakan stetoskop doppler

d. Kejang

Pada umumnya kejang didahului oleh makin memburuknya keadaan dan terjadinya gejala gejala sakit kepala, mual, nyeri ulu hati sehingga muntah. Bila semakin berat, penglihatan semakin kabur kesadaran menurun kemudian kejang. Kejang dalam kehamilan dapat merupakan gejala dari eklamsia penanganan umum:

- 1) Baringkan pada sisi kiri tempat tidur arah kepala ditinggikan sedikit untuk mengurangi kemungkinan aspirasi secret, muntahan, atau darah
- 2) Bebaskan jalan nafas
- 3) Hindari jatuhnya pasien dari tempat tidur
- 4) Lakukan pengawasan ketat

e. Demam tinggi

Ibu hamil menderita demam dengan suhu tubuh lebih 38°C dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam tinggi dapat merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan.

Penanganan Umum: demam tinggi dapat ditangani dengan: istirahat baring, minum banyak, kompres untuk menurunkan suhu. Komplikasi yang ditimbulkan akibat mengalami demam tinggi antara lain: sistitis (infeksi kandung kencing), *pielonefritis* akut (infeksi saluran kemih atas).

f. Bengkak pada muka dan tangan

Hampir separuh dari ibu-ibu akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat atau meletakkan lebih tinggi. Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan tidak hilang setelah beristirahat dan diikuti dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini bisa merupakan pertanda anemia, gagal jantung atau pre eklamsia. Sistem kerja ginjal yang tidak optimal pada wanita hamil mempengaruhi sistem kerja tubuh sehingga menghasilkan kelebihan cairan. Ini dapat terlihat setelah kelahiran, ketika pergelangan kaki yang bengkak secara temporer semakin parah. Ini dikarenakan jaringan tambahan yang diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan janin

selama dalam kandungan tidak lagi dibutuhkan dan akan dibuang setelah sebelumnya diproses oleh ginjal menjadi urin. Oleh karena ginjal belum mampu bekerja secara optimal, kelebihan cairan yang menumpuk dihasilkan di sekitar pembuluh darah hingga ginjal mampu memprosesnya lebih lanjut. Terkadang bengkak membuat kulit di kaki di bagian bawah meregang, terlihat mengkilat, tegang dan sangat tidak nyaman.

Kram kaki sering terjadi di malam hari ketika tidur. Kram dihubungkan dengan kadar garam dalam tubuh dan perubahan sirkulasi. Pengobatan Cina menganggap kram ada hubungannya dengan kekurangan energi pada darah dan ginjal, penanganan Umum:

- 1) Istirahat cukup
- 2) Mengatur diet, yaitu meningkatkan konsumsi makanan yang mengandung protein dan mengurangi makanan yang mengandung karbohidrat serta lemak.
- 3) Kalau keadaan memburuk namun memungkinkan, dokter akan mempertimbangkan untuk segera melahirkan bayi demi keselamatan ibu dan bayi (Farming & Aisa, S., Kartini, K., & Sabur, 2024).

9. Deteksi Dini Kehamilan Risiko Tinggi Menggunakan “Kartu Skor Poedji Rochjati” (KSPR) dan Penanganan Serta Prinsip Rujukan

a. Kehamilan Resiko Tinggi

Kehamilan resiko tinggi adalah kehamilan yang memiliki resiko meninggalnya bayi, ibu atau melahirkan bayi yang cacat atau terjadi komplikasi kehamilan, yang lebih besar dari resiko pada wanita normal umumnya. Kehamilan resiko tinggi adalah suatu kehamilan yang memiliki resiko lebih besar dari biasanya (baik bagi ibu maupun bayinya), akan terjadinya penyakit atau kecacatan atau kematian sebelum maupun sesudah persalinan. Kehamilan resiko tinggi adalah keadaan yang dapat mempengaruhi optimalisasi ibu maupun janin pada kehamilan yang dihadapi (Farming & Aisa, S., Kartini, K., & Sabur,

2024). Ada beberapa faktor risiko yang dapat terjadi di pada kehamilan adalah:

1) Faktor Risiko pada ibu Hamil

a) Riwayat Operasi

Riwayat operasi pada uterus seperti *sectio caesarea*, kuretase, miomektomi, atau operasi rahim lainnya merupakan faktor risiko tinggi pada kehamilan berikutnya karena dapat menyebabkan komplikasi seperti plasenta previa, ruptur uteri, dan perlunya persalinan operasi ulang. Penelitian menunjukkan bahwa ibu dengan riwayat operasi *caesar* memiliki kemungkinan lebih tinggi mengalami komplikasi pada kehamilan dan persalinan, serta sering memerlukan tindakan operasi kembali pada persalinan berikutnya (Sudarsih et al., 2023).

b) Riwayat Kehamilan

Riwayat kehamilan sebelumnya sangat mempengaruhi tingkat risiko pada kehamilan berikutnya. Ibu yang pernah mengalami komplikasi seperti preeklamsia, diabetes, hipertensi, atau abortus berulang memiliki risiko lebih tinggi mengalami komplikasi kembali pada kehamilan selanjutnya. Faktor riwayat penyakit sebelum atau selama kehamilan termasuk salah satu penyebab utama kehamilan risiko (Khariza et al., 2024).

c) Riwayat Persalinan

Ibu dengan riwayat persalinan operasi, persalinan prematur, partus lama, tindakan ekstraksi, vakum, atau komplikasi saat persalinan memiliki kemungkinan lebih besar mengalami komplikasi pada persalinan selanjutnya (B. A. M. Putri & Rosyidah, 2023).

2) Hasil Pemeriksaan Fisik

Hasil pemeriksaan fisik umum (tinggi badan kurang dari 145 cm, deformitas pada tulang panggul, kehamilan disertai anemia, penyakit jantung, diabetes mellitus, paru-paru atau ginjal). Hasil

pemeriksaan kehamilan (kehamilan trimester satu hiperemesis gravidarum berat, perdarahan, infeksi intrauterin, nyeri abdomen, serviks inkompeten, kista ovarium atau mioma uteri, kehamilan trimester dua dan tiga: preeklamsia-eklamsia, perdarahan, kehamilan kembar, dismaturitas atau gangguan pertumbuhan, kehamilan dengan kelainan letak: sungsang, lintang, kepala belum masuk PAP minggu ke-36 pada primigravida, hamil dengan dugaan disproporsi sefalopelfik, kehamilan lewat waktu diatas 42 minggu).

3) Saat inpartu

Pada persalinan dengan risiko tinggi memerlukan perhatian serius, karena pertolongan akan menentukan tinggi rendahnya kematian ibu dan neonatus (perinatal).

- 4) Keadaan risiko tinggi dari sudut ibu (ketuban pecah dini, infeksi intrauterin, persalinan lama melewati batas waktu perhitungan partograf WHO, persalinan terlantar, ruptur uteri iminens, ruptur uteri, persalinan dengan kelainan letak janin: (sungsang, kelainan posisi kepala, letak lintang), distosia karena tumor jalan lahir, distosia bahu bayi, bayi yang besar, perdarahan antepartum (plasenta previa, solusio plasenta, ruptur sinus marginalis, ruptur vasa previa).
- 5) Keadaan risiko tinggi ditinjau dari sudut janin (pecah ketuban disertai perdarahan (pecahnya vasa previa), air ketuban warna hijau, atau prolapsus funikuli, dismaturitas, makrosomia, infeksi intrauterin, distress janin, pembentukan kaput besar, retensio plasenta).
- 6) Keadaan risiko tinggi post partum (persalinan dengan retensio plasenta, atonia uteri post partum, persalinan dengan robekan perineum yang luas, robekan serviks, vagina dan ruptur uteri).

Skrining antenatal/deteksi dini terhadap kehamilan resiko tinggi, dapat dilakukan dengan menggunakan instrumen bantu, Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR). KSPR mempermudah bidan dan tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan yang tepat berdasarkan tingkat risiko ibu hamil. Implementasi KSPR membantu mengurangi angka

kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) dengan memastikan bahwa ibu hamil risiko tinggi mendapatkan intervensi yang sesuai, seperti rujukan lebih awal ke rumah sakit yang dilengkapi dengan fasilitas obstetri dan neonatal yang memadai (Bd. Sri Wulan et al., 2025).

Gambar 2. 1 Kartu Skor Poedji Rochjati

SKRINING/DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI							
Nama		:.....Alamat:.....					
Umur Ibu		:.....Kec/Kab.....					
Pendidikan		:.....Pekerjaan.....					
Hamil Ke.....		Haid Terakhir tgl.....Perkiraan Persalinan tgl.....					
Periksa I							
Umur kehamilan:.....bln		Di:.....					

KARTU SKOR POEDJI ROCHJATI PERENCANAAN PERSALINAN AMAN							
Persalinan Melahirkan tanggal:...../...../.....							
RUJUKAN:		1. Sendiri 2. Dukun 3. Bidan 4. Puskesmas		RUJUK KE:		1. Bidan 2. Puskesmas 3. RS	
RUJUKAN: 1. Rujukan Dini Berencana (RDB) 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)							
Gawat Obstetrik: Kel. Faktor Risiko I & II		1. 2. 3. 4. 5. 6.		Gawat Obstetrik: Kel. Faktor Risiko I & II		1. Perdarahan antepartum 2. 3. 4. 5. 6.	
				Komplikasi Obstetrik		3. Perdarahan postpartum 4. Uri tertinggal 5. Persalinan lama	
TEMPAT: 1. Rumah Ibu 2. Rumah Bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan		PENOLONG: 1. Dukun 2. Bidan 3. Dokter 4. Lain-lain		MACAM PERSALINAN: 1. Normal 2. Tindakan Pervaginam 3. Operasi caesar			
PASCA PERSALINAN IBU: 1. Hidup 2. Mati, dengan penyebab a. Perdarahan b. Preeklamsia/Eklamsia c. Partus Lama d. Infeksi e. Lain2 BAYI: 1. Berat lahir:.....gram, Laki-2/Perempuan 2. Lahir hidup: APGAR skor..... 3. Lahir mati, penyebab..... 4. Mati kemudian, umur.....hr, penyebab..... 5. Kelainan bawaan: tidak ada/ada.....				TEMPAT KEMATIAN IBU 1. Rumah Ibu 2. Rumah Bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan			
KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS 42 HARI PASCA PERSALINAN 1. Sehat 2. Sakit 3. Mati, Penyebab.....							
Keluarga Berencana				1. Ya...../Sterilisasi.....			
Kategori Keluarga Miskin				1. Ya 2. Tidak			

KEHAMILAN				KEHAMILAN DENGAN RISIKO			
JML SKOR	JML PERAWA SKOR	PERAWA TAN	RUJU KAN	TEMPAT	PENO LONG	RUJUKAN	
						RDB	RDR RTW
2	KRR	BIDAN	TIDAK DIRUJUK	TIDAK DIRUJUK	BIDAN		
6-10	KRT	DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES/PKM/RS	BIDAN DOKTER		
≥12	KRST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER		

Sumber: (Bd. Sri Wulan et al., 2025)

Terdapat 20 faktor risiko yang dibagi menjadi 3 kelompok faktor risiko pada penilaian KSPR (Poedji Rochjati, 2003).

- 1) Kelompok Faktor Risiko I (Ada Potensi Gawat Obstetrik)
 - a) Primi muda terlalu muda, hamil pertama usia 16 tahun atau kurang
 - b) Primi Tua: terlalu tua, hamil usia ≥ 35 tahun
 - c) Primi Tua Sekunder: jarak anak terkecil > 10 tahun
 - d) Anak terkecil ≤ 2 tahun: terlalu cepat memiliki anak lagi
 - e) Grande multi: terlalu banyak memiliki anak, anak ≥ 4
 - f) Umur ibu ≥ 35 tahun: terlalu tua
 - g) Tinggi badan ≤ 145 cm terlalu pendek, belum pernah melahirkan normal dengan bayi cukup bulan dan hidup, curiga panggul sempit
 - h) Pernah gagal kehamilan.
- 2) Kelompok Faktor Risiko II
 - a) Penyakit ibu anemia, malaria, TBC paru, payah jantung, dan penyakit lain
 - b) Preeklampsia ringan
 - c) Hamil kembar
 - d) Hidramnion: air ketuban terlalu banyak
 - e) IUFD (*Intra Uterine Fetal Death*): bayi mati dalam kandungan
 - f) Hamil serotinus hamil lebih bulan (≥ 42 minggu belum melahirkan)
 - g) Letak sungsang
 - h) Letak Lintang
- 3) Kelompok Faktor Risiko III
 - a) Perdarahan antepartum dapat berupa solusio plasenta, plasenta previa, atau vasa previa
 - b) Preeklampsia berat/eklampsia

b. Prinsip Rujukan (BAKSOKUDA+PN) (Ruspita et al., 2026)

1) Bidan (B)

Pastikan bahwa ibu dan bayi baru lahir didampingi oleh penolong dan persalinan yang kompeten dan memiliki kemampuan untuk menatalaksana kedaruratan obstetri dan bayi baru lahir untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

2) Alat (A)

Bawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan bayi baru lahir (tabung suntik, selang IV) bersama ibu ketempat rujukan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin akan diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan.

3) Keluarga (K)

Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu, bayi dan mengapa perlu dirujuk. Suami atau keluarga harus menemani ketempat rujukan.

4) Surat (S)

Berikan surat ketempat rujukan. Surat ini menggambarkan identifikasi mengenai ibu dan bayi baru lahir. Cantumkan alasan rujukan dan uraian hasil pemeriksaan, asuhan atau obat-obatan yang telah diberikan lampirkan partograf kemajuan persalinan ibu saat rujukan.

5) Obat (O)

Bawa obat-obatan yang diperlukan saat rujukan.

6) Kendaraan (K)

Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi yang cukup nyaman. Selain itu pastikan bahwa kondisi kendaraan tersebut cukup baik untuk mencapai tempat rujukan.

7) Uang (U)

Dalam kondisi yang cukup nyaman. Selain itu pastikan bahwa kondisi kendaraan tersebut cukup baik untuk mencapai tempat rujukan. Ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan dan bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan bayi berada di fasilitas kesehatan rujukan.

8) Doa (Da)

Ingatkan keluarga untuk berdoa demi keselamatan dan pertolongan dari Allah.

9) Posisi (P)

Perhatikan posisi ibu hamil saat menuju tempat rujukan.

10) Nutrisi (N)

Pastikan nutrisi ibu tetap terpenuhi selama dalam perjalanan (Pohan et al., 2022).

c. Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) ditunjukkan dengan adanya penempelan stiker P4K di setiap rumah dari ibu hamil. Penempelan stiker P4K di setiap rumah ibu hamil pada tempat yang mudah terlihat seperti pada pintu rumah dengan maksud agar ibu, suami, keluarga, dukun, bidan desa serta tetangga terdekat dapat merencanakan persalinan sedini mungkin dengan demikian bisa mencegah komplikasi, tidak terjadi kematian ibu dan bayi akibat persalinan. Menurut penelitian Lieskusumastuti bahwa peran dari kader posyandu dengan penerapan stiker, dengan meningkatkan proses pemberian penyuluhan kepada masyarakat tentang kehamilan, persalinan, Keluarga Berencana dan kesehatan reproduksi yang sehat, dengan mengaktifkan kembali penggunaan stiker P4K dapat mengatasi kematian neonatal. Ada kecenderungan bahwa semakin ibu hamil, suami dan keluarga tidak bersedia untuk menerapkan P4K, maka kematian neonatal akan semakin terjadi (Boimau et al., 2022).

10. Standar Pelayanan *Ante Natal Care* (10 T)

a. Pengukuran Tinggi dan Berat Badan

Tinggi badan ibu hamil biasanya cukup untuk diukur pada pertemuan pertama. Sementara itu, berat badan diukur setiap kali kunjungan. Penghitungan keduanya dilakukan untuk mengetahui Indeks Massa Tubuh (IMT) ibu hamil. Berikut cara menghitung IMT ibu hamil:

$$\frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi Badan (m}^2\text{)}}$$

$$\text{Tinggi Badan (m}^2\text{)}$$

Misalnya: seorang perempuan hamil BB sebelum hamil 50 kg. TB 150 cm

$$\text{Maka IMT: } \frac{50 \text{ kg}}{(1,50)^2 \text{ m}} = \frac{50 \text{ kg}}{(2,25)^2 \text{ m}} = 22,22 \text{ kg/m}^2 (\text{termasuk normal}).$$

Tabel 2. 3 Kenaikan BB Wanita hamil berdasarkan IMT atau sebelum hamil

Kategori IMT	Rentang Kenaikan BB yang dianjurkan
Kurang $\leq 18,5$	12,5-18 kg
Normal 18,5-24,9	11,5-16 kg
Berlebih 25,0-29,9	7-11,5 kg
Obesitas ≥ 40	≤ 6 kg

b. Pengukuran Tekanan Darah

Pengukuran tekanan darah dilakukan setiap pemeriksaan kehamilan rutin. Tindakan ini bertujuan untuk mencegah komplikasi akibat tekanan darah tinggi pada ibu hamil, seperti preeklampsia. Ibu hamil dinyatakan berisiko mengalami hipertensi apabila tekanan darahnya lebih dari 140/90 mmHg.

c. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA)

Pengukuran LiLA dilakukan saat awal pemeriksaan ANC kehamilan. Melalui pengukuran lingkar lengan atas, dokter dapat mengetahui status gizi ibu hamil. Apabila hasil pengukuran kurang dari 23,5 cm, ibu hamil perlu menaruh perhatian lebih pada asupan gizinya. Kurang gizi selama kehamilan dapat berdampak buruk bagi ibu dan janin.

d. Pengukuran Tinggi Puncak Rahim (Fundus Uteri)

Pengukuran TFU biasanya dilakukan saat kehamilan memasuki usia 22 hingga 24 minggu. TFU akan membantu tenaga kesehatan memperkirakan berat janin dan usia kehamilan. Normalnya, tinggi fundus adalah 2 cm lebih besar dari usia kehamilan. Berikut tinggi fundus uteri sesuai usia kehamilan berdasarkan hasil pemeriksaan Leopold I dan pita ukur:

Tabel 2. 4 Usia Kehamilan dan Estimasi berdasarkan hasil Pemeriksaan Tinggi Fundus Uteri Leopold I dan Mc Donald

Usia Kehamilan	TFU (Leopold)	TFU (Cm)
12 minggu	1-2 jari di atas simfisis pubis	±12
16 minggu	Tengah antara simfisi-pubis	±16
20 minggu	3 jari di bawah pusat	±20
24 minggu	Setinggi pusat (umbilikus)	±24
28 minggu	3-4 jari di atas pusat	±28
32 minggu	Pertengahan pusat-PX	±32
36 minggu	3-4 jari di bawah PX	±36
40 minggu	Pertengahan PX-pusat	±40

Berat badan janin (TBBJ) dengan rumus menurut Johnson dan Tausack:

Rumus: $TBBJ \text{ (gram)} = 155 \times (TFU - K)$

Keterangan:

TFU= dalam satuan cm, dihitung dengan menggunakan pita ukur K=12 jika kepala belum memasuki pintu atas panggul, 11 jika kepala sudah memasuki pintu atas panggul.

e. Penentuan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ)

Penentuan posisi atau presentasi janin biasanya baru dilakukan pada akhir trimester kedua. Pemeriksaan ini penting dilakukan untuk memastikan apakah janin sudah siap dilahirkan. Sementara itu, pengukuran Denyut Jantung Janin biasanya dilakukan saat detak jantung pertama janin muncul atau sekitar usia kehamilan 11 minggu. Pengukuran DJJ ini bertujuan untuk mendeteksi risiko terjadinya gawat janin. DJJ normal yaitu 120-160 kali/menit, denyut jantung janin abnormal kurang dari 110 kali/menit dan DJJ di atas 160 kali/menit.

f. Pemberian Imunisasi Sesuai dengan Status Imunisasi (Skrining Vaksin Tetanus Toxoid)

Tujuan skrining untuk mengetahui jumlah vaksin TT yang sudah diterima ibu hamil. Vaksin ini penting diberikan untuk mengurangi risiko penyakit tetanus pada ibu dan janin. Ibu hamil yang belum pernah divaksinasi TT harus divaksin paling sedikit dua kali selama kehamilan. Vaksin diberikan saat kunjungan ANC pertama dan empat minggu setelahnya. Berikut rentang waktu pemberian tetanus toxoid beserta lama perlindungannya.

Tabel 2. 5 Rentang Waktu Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid (TT) dan Lama Perlindungannya

Status T	Interval Minimal Pemberian	Masa Perlindungan
T1		Langkah awal pemberian kekebalan tubuh terhadap penyakit Tetanus
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	≥25 tahun

g. Pemberian Tablet Tambah Darah Minimal 90 Tablet

Rangkaian ANC berikutnya adalah pemberian tablet Fe sebagai upaya pencegahan anemia defisiensi besi pada ibu hamil. Sebanyak 90 tablet zat besi harus dikonsumsi oleh ibu hamil selama kehamilan. Upaya ini juga diharapkan bisa mewujudkan harapan persalinan yang sehat.

h. Pemeriksaan Laboratorium

Selama kehamilan, beberapa pemeriksaan laboratorium akan dilakukan untuk mencegah penyakit yang dapat membahayakan ibu hamil dan janin. Pemeriksaan laboratorium termasuk tes kehamilan, kadar hemoglobin darah, golongan darah, tes triple eliminasi (HIV, Sifilis dan Hepatitis B), dan tes malaria pada daerah endemis. Pemeriksaan lainnya dapat dilakukan sesuai indikasi seperti glukoprotein urin, gula darah sewaktu, sputum Basil Tahan Asam (BTA), kusta, malaria daerah non endemis, pemeriksaan feses untuk cacingan,

pemeriksaan darah lengkap untuk deteksi dini talasemia dan pemeriksaan lainnya.

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada kunjungan kehamilan pertama dan trimester ketiga dengan melakukan pemeriksaan laboratorium seperti:

1) Tes Hemoglobin Darah

Nilai normal kadar hemoglobin ibu hamil menurut WHO adalah 11 g/dl. Kadar hemoglobin 8-11 g/dl diartikan anemia ringan, dan kadar hemoglobin <7 g/dl disebut anemia berat. Volume darah mengalami peningkatan yang tinggi pada kehamilan yang bertujuan memenuhi kebutuhan perbesaran uterus dan sistem vaskularisasinya, serta melindungi ibu dan janin terhadap efek-efek merugikan selama kehamilan dan saat persalinan.

2) Golongan Darah

Bertujuan untukantisipasi jika sewaktu-waktu diperlukan transfusi maka ibu sudah mengetahui golongan darahnya dan siapa saja yang cocok untuk mendonorkan darah untuk ibu.

3) Test Triple Eliminasi

Pemeriksaan yang dilakukan adalah test triple eliminasi (sifilis, HBsAg, dan HIV) sebagai berikut:

a) Sifilis

Sifilis yang tidak diobati pada kehamilan dapat menyebabkan keguguran atau menyebabkan cacat bawaan pada janin seperti buta atau tuli. Oleh karena itu, deteksi dan pengobatan dini sangat diperlukan.

b) HbsAG

Pemeriksaan HBsAg pada ibu hamil dapat mendeteksi keberadaan virus hepatitis B dalam darah. HBsAg merupakan protein yang terdapat pada permukaan virus hepatitis B. Kadar protein ini akan meningkat dalam serum jika seseorang sedang terinfeksi hepatitis B baik dalam fase akut maupun kronis.

c) HIV

HIV dapat menyebabkan AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*). Termasuk dalam rute penularannya adalah hubungan seksual, kontak darah atau dari ibu yang terinfeksi ke bayinya selama kehamilan, persalinan atau menyusui. Tingkat penularan dari ibu yang terinfeksi ke bayinya adalah 15%-40%. Tingkat penularan dapat dikurangi menjadi 1-2% dengan pengobatan dan pencegahan yang efektif yang diberikan selama kehamilan, selama persalinan dan kepada bayi setelah lahir.

d) Pemeriksaan Gula Darah

Pemeriksaan ini diadakan untuk mendeteksi dini dan persiapan jika salah satu hasil pemeriksaan ibu positif. maka hal tersebut dapat direncanakan penatalaksanaannya. Faktor risiko pada ibu dengan kadar glukosa tinggi ($GDP \leq 95$ mg/dl. $GDS \leq 120$ mg/dl) saat hamil akan menyebabkan kegemukan, riwayat stillbirth (kematian dalam kandungan), riwayat melahirkan dengan kelainan kongenital. Pemeriksaan protein urine. Jika ibu dengan kadar protein positif dan mengalami preeklamsi akan berisiko pada bayi mengalami prematur dan pada ibu mengalami gagal ginjal.

Standar kekeruhan protein yaitu:

- (1) Negatif
- (2) Positif 1 (+) Urine jernih
- (3) Positif 2 (++) Ada kekeruhan
- (4) Positif 3 (+++) Kekeruhan mudah di lihat dan ada endapan
- (5) Positif 4 (++++) Urine lebih keruh dan endapan yang lebih jelas

Jika pemeriksaan protein urine menggunakan stik maka cara membaca hasilnya yaitu:

- (1) Negatif jika berwarna biru jernih atau sedikit kehijauan dan sedikit agak keruh
- (2) Positif 1 (+) jika berwarna hijau kekuning-kuningan dan agak keruh atau kuning keruh
- (3) Positif 2 (++) jika berwarna kuning atau kuning kehijauan
- (4) Positif 3 (+++) jika berwarna jingga
- (5) Positif 4 (+++++) jika berwarna merah bata

i. Tata Laksana Kasus

Jika ditemukan risiko masalah kehamilan selama ANC, ibu hamil akan mendapatkan tindakan tambahan sesuai kondisi yang dialaminya. Hal ini adalah salah satu tujuan utama ANC, yaitu sebagai cara untuk deteksi dini komplikasi kehamilan yang sering kali tidak disadari atau baru terlihat ketika kondisinya sudah cukup buruk.

j. Temu Wicara dan Penilaian Kesehatan Jiwa

Informasi yang disampaikan saat konseling minimal meliputi hasil pemeriksaan, asuhan sesuai usia kehamilan dan usia ibu, gizi bagi ibu hamil, kesiapan mental, pengenalan tanda bahaya kehamilan, persalinan dan nifas, persiapan persalinan, kontrasepsi pasca persalinan, perawatan bayi baru lahir, IMD dan ASI eksklusif.

Menurut (Bdn. Nur Aliah et al., 2025), pelayanan antenatal sesuai standar tersebut harus dilakukan secara terpadu. Pelayanan antenatal secara terpadu adalah pelayanan komprehensif dan berkualitas yang diberikan secara bersamaan dengan program kesehatan lainnya termasuk kesehatan jiwa. Pelayanan antenatal sesuai standar dan secara terpadu dilakukan dengan memperhatikan prinsip-prinsip sebagai berikut:

- a. Deteksi dini masalah penyakit dan penyulit atau komplikasi kehamilan.
- b. Stimulasi janin pada saat kehamilan.
- c. Persiapan persalinan yang bersih dan aman.
- d. Perencanaan dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi komplikasi

- e. Melibatkan ibu hamil, suami, dan keluarga dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil dan menyiapkan persalinan dan kesiagaan jika terjadi penyulit atau komplikasi.

- f. Dilakukan sedini mungkin

Skrining awal (K1 murni) sebaiknya dilakukan pada trimester I (<12 minggu). Tujuannya agar faktor risiko kehamilan, penyakit penyerta, atau komplikasi bisa dideteksi dan ditatalaksana sejak dini.

- g. Bersifat komprehensif dan terpadu

ANC bukan hanya pemeriksaan fisik, tetapi juga mencakup anamnesis, pemeriksaan laboratorium, USG sesuai indikasi, konseling, serta penilaian gizi, kesehatan mental, penyakit menular (HIV, sifilis, hepatitis B, malaria, TB) dan penyakit tidak menular (hipertensi, DM, jantung). Integrasi lintas program diperlukan (KIA, gizi, imunisasi, HIV/sifilis/HBsAg eliminasi, TB, malaria, PTM).

- h. Kontak minimal enam kali selama kehamilan

Distribusi: 2 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II, dan 3 kali pada trimester III. Minimal dua kali harus dengan dokter (K1 untuk skrining risiko kehamilan, dan K5 di trimester III untuk skrining risiko persalinan).

- i. Pemantauan dan tindak lanjut

Setiap hasil skrining dicatat pada buku KIA dan dievaluasi berulang pada kurijungan berikutnya. Jika ada temuan abnormal (misalnya proteinuria, hipertensi, Hb rendah, hasil reaktif HIV/HBsAg), harus segera dilakukan rujukan atau intervensi sesuai pedoman.

- j. Konseling sebagai bagian dari skrining

Konseling mencakup edukasi gizi, tanda bahaya kehamilan, persiapan persalinan, KB pascapersalinan, menyusui, dan peran keluarga. Memberikan dukungan emosional dan psikososial untuk meningkatkan kepatuhan ibu terhadap rekomendasi skrining dan terapi (Dianita Primihastuti et al., 2025).

A. Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Berdasarkan beberapa pengertian tersebut, dapat disimpulkan bahwa persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam 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 atau bukan jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Annisa Ul Mutmainnah et al., 2021).

Persalinan adalah suatu proses fisiologis yang memungkinkan serangkaian perubahan yang besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Seran et al., 2023).

Menurut Seran et al. (2023), beberapa istilah yang ada hubungannya dengan persalinan:

Menurut cara persalinan

- a. Persalinan Spontan adalah persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri melalui jalan lahir
- b. Persalinan Buatan adalah persalinan dibantu tenaga dari luar misalnya: forceps, vacuum SC
- c. Persalinan Anjuran adalah persalinan berlangsung setelah amniotomi dan pemberian obat-obatan (*pitocin/prostaglandin*).

Menurut umur kehamilan

- a. Abortus (keguguran) adalah terhentinya kehamilan sebelum janin dapat hidup (*viable*)-berat janin dibawah 1000gram-tua kehamilan dibawah 28 minggu.

- b. Partus prematurus adalah persalinan dari hasil konsepsi pada kehamilan 28 -36 minggu janin dapat hidup tetapi prematur, berat janin antara 1000-2500 gram.
- c. Partus Maturus atau aterm (cukup bulan) adalah partus pada persalinan 37-42 minggu dengan berat janin diatas 2500 gram.
- d. Partus Post Maturus (*serotinus*) adalah partus pada persalinan lebih 42 minggu (Seran et al., 2023).

2. Sebab-sebab Mulainya Persalinan

a. Teori Penurunan Kadar Hormon Progesteron

Penurunan kadar Progesteron Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan dapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen didalam darah tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his.

- b. Pada akhir kehamilan kadar oksitosin bertambah oleh karena itu timbul kontraksi otot-otot rahim.
- c. Keregangan otot-otot rahim dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot rahim dan makin rentan.
- d. Pengaruh Janin

Hipofise dan kelenjar suprarenal janin memegang peranan karena pada anencehalus kehamilan sering lebih lama dari biasa.

e. Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2 dan E2 yang diberikan secara intravena, menimbulkan kontraksi *myometrium* pada setiap umur kehamilan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun dalam perifer pada ibu-ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan.

f. Teori iritasi mekanik

- e. Di belakang serviks ada *ganglion servikale* (*Plexus Frankenhauer*), Bila digeser atau tertekan janin akan menyebabkan kontraksi uterus (Seran et al., 2023).

3. Tanda-tanda Persalinan

a. *Lightening*

Beberapa tanda pendahuluan persalinan yaitu *lightening* atau *setting* atau *dropping* atau (kepala turun memasuki pintu atau panggul); perut kelihatan lebih melebar dan fundus uteri turun; sering buang air kecil atau sulit berkemih (polakisuria) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin; perasaan nyeri diperut dan dipinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah uterus; kadang-kadang disebut "*false labor pains*" serta serviks menjadi lembek (mulai mendatar, dan sekresinya bertambah, mungkin bercampur darah). Menjelang minggu ke-36, pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul, masuknya kepala bayi ke pintu atas panggul di rasakan ibu hamil terasa ringan di bagian atas, rasa sesaknya berkurang, di bagian bawah terasa sesak, terjadi kesulitan saat berjalan, dan sering miksi. Pada multipara kepala janin baru masuk pintu atas panggul menjelang persalinan (Yusrawati et al., 2025).

b. His Persalinan

Tanda pada persalinan yang sering terjadi dan menjadi salah satu cara untuk mengetahui bahwa persalinan akan segera terjadi adalah konsistensi kontraksi. Leher Rahim yang telah melunak akan semakin melebar dan akan terus berlanjut hingga proses pada persalinan selesai. Sifat his persalinan meliputi pinggang terasa sakit yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, kekuatan makin besar, mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks, makin beraktivitas, kekuatan makin bertambah (Yusrawati et al., 2025).

c. Pengeluaran Lendir dan Darah

Terjadinya his persalinan mengakibatkan perubahan pada serviks yang menyebabkan pendataran dan pembukaan, pembukaan

menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas, dan terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah (Yusrawati et al., 2025).

d. Pecahnya ketuban dan keluarnya *bloody show*

Dalam bahasa medis disebut *bloody show* karena lendir ini bercampur darah. Itu terjadi karena pada saat menjelang persalinan terjadi pelunakan, pelebaran, dan penipisan mulut rahim. *Bloody show* seperti lendir yang kental dan bercampur darah. Menjelang persalinan terlihat lendir bercampur darah yang ada di leher rahim tersebut akan keluar sebagai akibat terpisahnya membran selaput yang menegelilingi janin dan cairan ketuban mulai memisah dari dinding rahim.

Tanda selanjutnya pecahnya ketuban, di dalam selaput ketuban (*korioamnion*) yang membungkus janin, terdapat cairan ketuban sebagai bantalan bagi janin agar terlindungi, bisa bergerak bebas dan terhindar dari trauma luar. Terkadang ibu tidak sadar saat sudah mengeluarkan cairan ketuban dan terkadang menganggap bahwa yang keluar adalah air pipisnya. Cairan ketuban umumnya berwarna bening, tidak berbau, dan akan terus keluar sampai ibu akan melahirkan. Keluarnya cairan ketuban dari jalan lahir ini bisa terjadi secara normal namun bias juga karena ibu hamil mengalami trauma, infeksi, atau bagian ketuban yang tipis (*locus minoris*) berlubang dan pecah. Setelah ketuban pecah ibu akan mengalami kontraksi atau nyeri yang lebih intensif.

Terjadinya pecah ketuban merupakan tanda terhubungnya dengan dunia luar dan membuka potensi kuman/bakteri untuk masuk. Karena itulah harus segera dilakukan penanganan dan dalam waktu kurang dari 24 jam bayi harus lahir apabila belum lahir dalam waktu kurang dari 24 jam maka dilakukan penanganan selanjutnya misalnya *caesar* (Yusrawati et al., 2025).

4. Tahapan Persalinan

Persalinan dibagi menjadi 4 tahap. Pada kala I serviks membuka dari 0 sampai 10 cm. Kala I dinamakan juga kala pembukaan. Kala II dinamakan dengan kala pengeluaran karena kekuatan his dan kekuatan mengejan, janin di dorong 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. Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran-pergeseran ketika serviks mendatar dan membuka (Ma'rifah et al., 2022).

a. Kala I

Dimulai dari his persalinan yang pertama sampai pembukaan serviks menjadi lengkap (10 cm). Kala I dibagi menjadi 2 fase yaitu:

- 1) Fase laten: pembukaan < 4 cm. (8 jam)
- 2) Fase Aktif: pembukaan 4 cm. - 10 cm. (6-7 jam) atau 1 cm/jam
- 3) Fase aktif terdiri dari 3 periode yaitu
- 4) Fase akselerasi :berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm
- 5) Fase dilatasi maksimal: berlangsung 2 jam, pembukaan 4 - 9 cm
- 6) Fase diselerasi: berlangsung 2 jam, pembukaan 10 cm (Seran et al., 2023).

b. Kala II

Dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi. Premi 2 jam multi 1 jam. Pada kala ini his terkoordinir kuat, cepat dan lebih lama kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul dan secara refleksoris menimbulkan rasa meneran. Karena tekanan pada rektum ibu merasa seperti mau buang air besar dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum menegang (Seran et al., 2023).

Kala II merupakan kala pengeluaran bayi dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Uterus dengan kekuatan hisnya ditambah kekuatan meneran akan mendorong bayi hingga lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Diagnosis persalinan ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm (Ma'rifah et al., 2022). Gejala utama kala II yakni:

- 1) His semakin kuat dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- 2) Menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- 3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan untuk mengejan akibat tertekannya pleksus frankenhauser.
- 4) Kedua kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga kepala membuka pintu, *subocciput* bertindak sebagai hipoglofin kemudian secara berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, serta kepala seluruhnya.
- 5) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
- 6) Setelah putar paksi luar berlangsung maka persalinan bayi ditolong dengan dengan cara memegang kepala pada os occiput dan di bawah dagu, kemudian ditarik dengan menggunakan cunam ke bawah untuk melahirkan bahu depan dan ke atas untuk melahirkan bahu belakang. Setelah kedua bahu lahir ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi, kemudian bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban (Ma'rifah et al., 2022).

c. Kala III

Kala III adalah waktu untuk pelepasan plasenta dan pengeluaran plasenta. Setelah kala II yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Dengan lahirnya

bayi dan proses retraksi uterus, maka plasenta lepas dari lapisan nitabuch. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda sebagai berikut:

- 1) Uterus menjadi berbentuk bundar
- 2) Uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim
- 3) Tali pusat bertambah panjang
- 4) Terjadi perdarahan plasenta dan selaput ketuban harus diperiksa secara teliti setelah dilahirkan, bagian plasenta lengkap atau tidak. Bagian permukaan maternal yang normal memiliki 6 sampai 20 kotiledon. Jika plasenta tidak lengkap maka disebut ada sisa plasenta serta dapat mengakibatkan perdarahan yang banyak dan infeksi (Ma'rifah et al., 2022).

d. Kala IV

Kala IV dimulai dari lahirnya plasenta selama 1 sampai 2 jam. Pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pascapersalinan, paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan menurut (Ma'rifah et al., 2022) adalah sebagai berikut:

- 1) Tingkat kesadaran pasien
- 2) Pemeriksaan tanda-tanda vital yakni tekanan darah, nadi, dan pernafasan
- 3) Kontraksi uterus
- 4) Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc

e. Mekanisme Persalinan

- 1) Mento Anterior
 - a) *Descent* (penurunan)
 - a) *Engagement* oleh suboksipito bregmatika dengan diameter 9,5 cm
 - b) Ekstensi
 - c) 1/8 lingkaran dagu depan mengalami putaran paksi dalam

- d) Fleksi: gerakan janin mulai turun memposisikan diri pada mento anterior ketika daerah submental bergantung dibawah simfisis. Sempitnya daerah vulva menjadikan bayi menyesuaikan diri dengan diameter submento vertical 11,5 cm.
- e) Restitusi (pembebasan bagian terendah)
- f) Putaran paksi luar menyesuaikan sumbu janin dan ibu *engagement*/penurun kepala menjadi agak lama karena diameter biparietal tidak melewati pintu atas panggul sampai dagu berada dibawah tingkat spina iskiadika dan wajah mulai mendorong perineum, tidak terjadi molase seperti persentasi vertex (Rita Noviana et al., 2024).

2) Mento Posterior

- a) Pada 2/3 kasus terjadi pemjangan 3/8 bagian dagu anterior sehingga kepala dilahirkan sebagai mentoanterior.
- b) Pada 1/3 kasus salah satu dari peristiwa ini yang akan terjadi, diantaranya: posisi wajah melintang lebih dalam (saat dagu berputar 1/8 lingkaran bagian depan), mentoposterior persisten (bila tidak terjadi rotasi), mentoposterior langsung (saat dagu berputar 1/8 lingkaran bagian belakang) dan kondisi terakhir tidak terjadi kemajuan persalinan.
- c) *Direct* mento posterior tidak seperti *direct occipito* posterior tidak dapat dilahirkan karena persalinan harus dilakukan dengan ekstensi sementara kepala sudah diekstensikan secara maksimal, karena panjang sacrum adalah 10 cm dan panjang leher hanya 5 cm, bahu masuk panggul dan terbentur saat kepala masih terbentur sehingga persalinan terhambat (Rita Noviana et al., 2024).

3) *Cardinal Movement* pada persalinan normal

Menurut (Rita Noviana et al., 2024) mekanisme penurunan kepala pada persalina normal adalah sebagai berikut:

- b) *Engagement* (penurunan kepala pada pintu atas panggul)

- c) *Descent* (penurunan)
- d) *Neck flexion* (fleksi leher)
- e) *Internal rotation* (putaran paksi dalam)
- f) *Extention* (proses kelahiran/pembebasan bagian kepala)
- g) *External rotation* (putaran paksi luar menyesuaikan sumbu janin)
- h) *Expulsion* (proses kelahiran berturut-turut: dahi, mata, hidung, mulut dan dagu)

Beberapa gerakan tidak dilakukan pada presentasi wajah. Dari penjelasan diatas jelas bahwa persalinan akan terhenti pada presentasi alis kecuali jika secara spontan berubah menjadi muka atau vertex karena diameter oksipital janin lebih lebar dari pada diameter terkecil panggul wanita, namun presentasi wajah tetap bisa dilahirkan secara pervaginam.

f. Teori Partograf

1) Definisi Partograf

Partograf merupakan instrumen atau alat ukur yang digunakan untuk mengetahui kemajuan persalinan dan kesejahteraan ibu bersalin dan janinnya untuk mengambil keputusan klinik kebidanan yang tepat. Partograf digunakan sebagai syarat legalnya persalinan atau sebagai perlindungan hukum bila terjadi hal-hal yang tidak diinginkan dan dapat dipastikan bahwa ibu dan bayinya mendapatkan asuhan persalinan secara aman, akurat dan tepat waktu, serta membantu mencegah terjadinya penyulit persalinan (Rully Fatriani et al., 2023).

2) Tujuan Partograf

Tujuan dari penggunaan partograf yaitu untuk mendokumentasikan hasil kemajuan persalinan, kondisi janin dan tindakan yang dilakukan, mendeteksi adanya gangguan atau penyulit selama proses persalinan normal pada ibu dan janin, dan

sebagai acuan dalam mengambil keputusan klinik kebidanan secara cepat dan tepat waktu. Penggunaan partograf diharapkan dapat menurunkan angka kematian maternal dan perinatal (Rully Fatriani et al., 2023).

3) Indikasi Partograf

Menurut (Rully Fatriani et al., 2023) indikasi digunakan pada ibu bersalin normal kala I fase aktif persalinan sampai dengan 2 jam post partum. Waktu yang tepat melakukan pengisian dan pendokumentasian partograf adalah pada saat proses persalinan telah masuk kala I fase aktif yaitu serviks pembukaan 4 cm dan berakhir saat pemantauan kala IV persalinan. Penerapan partograph ditujukan pada kehamilan normal atau persalinan pervaginam dengan memperhatikan garis waspada dan garis tindakan sebagai titik tolak evaluasi pertolongan persalinan.

g. Pengisian Partograf

1) Pencatatan selama fase laten kala satu persalinan

Studi kasus oleh (Bdn. Emi Br Barus et al., 2025) berjudul "Asuhan Persalinan Kala I Fase Laten dengan Ketuban Pecah Dini: Studi Kasus" menyoroti pentingnya pencatatan yang teliti pada fase ini, terutama ketika terjadi ketuban pecah dini. Penelitian ini menekankan bahwa asuhan kebidanan yang tepat dan dokumentasi yang akurat dapat membantu menurunkan risiko morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi. Semua data dan asuhan pada kala satu persalinan di catat terpisah dari partograf meliputi:

- a) Denyut jantung janin setiap $\frac{1}{2}$ jam
- b) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap $\frac{1}{2}$ jam
- c) Nadi setiap $\frac{1}{2}$ jam
- d) Pembukaan serviks setiap 4 jam
- e) Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam
- f) Tekanan darah dan temperature tubuh setiap 4 jam
- g) Produksi urin, aseton dan protein setiap 2 sampai 4 jam

2) Pencatatan selama fase aktif persalinan

Halaman depan partograf mengintruksikan observasi fase aktif persalinan beberapa jurnal menyebutkan hal-hal yang berkaitan didalam persalinan fase aktif dimana salah satunya tentang kontraksi yang berpotensi mempercepat kemajuan persalinan. Pada partograf disediakan tempat untuk mengisi hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan, yaitu:

Tabel 2. 6 Pencatatan selama fase aktif persalinan

No	Pencatatan Selama Fase Aktif	Yang dikaji/yang dicatat
1.	Informasi tentang ibu	a. Nama, umur b. Gravida, para abortus (keguguran) c. Nomor catatan medik/nomor puskesmas d. Tanggal dan waktu mulai dirawat e. Waktu pecahnya selaput ketuban
2.	Kondisi janin	a. DJJ b. Warna dan adanya air ketuban c. Penyusupan (molase) tulang cranium janin
3.	Kemajuan persalinan	a. Pembukaan serviks b. Penurunan bagian terbawah atau presentasi janin c. Garis waspada dan garis bertindak
4.	Jam dan waktu	a. Waktu mulainya fase aktif persalinan b. Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian
5.	Kontraksi uterus	a. Frekuensi kontraksi dalam waktu 10 menit b. Lama kontraksi (dalam detik)
6.	Obat-obatan dan cairan yang diberikan	a. Oksitosin b. Obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan
7.	Kondisi ibu	a. Nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh b. Urin (volume, aseton atau protein)

Sumber: (Bdn. Emi Br Barus et al., 2025)

3) Mencatat temuan pada partograf

Menurut penelitian (Bdn. Emi Br Barus et al., 2025), menekankan bahwa penggunaan partograf dapat membantu bidan

dalam mendeteksi dini komplikasi pada persalinan, termasuk yang terkait dengan kondisi air ketuban. Meskipun tidak secara eksplisit membahas warna atau keberadaan air ketuban, penelitian ini menunjukkan bahwa partograf dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan bidan dalam memantau berbagai aspek persalinan. Beberapa temuan pada partograf:

a) Informasi Tentang Ibu

Terdapat dibagian atas partograf sebelum memulai asuhan persalinan waktu, jam dan perhatikan ibu datang pada fase laten atau aktif catat juga waktu pecahnya selaput ketuban

b) Kondisi Janin

Grafik pertama pada partograf merupakan tempat pencatatan denyut jantung janin, air ketuban dan penyusupan (kepala bayi):

(1) Denyut Jantung Janin (DJJ) Nilai dan catat denyut jantung janin setiap 30 menit, djj akan meningkat apabila ada tanda-tanda gawat janin.

(2) Warna dan adanya air ketuban

Nilai kondisi air ketuban setiap kali melakukan periksa dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Dengan lambang-lambang:

U : Selaput ketuban masih utuh (belum pecah)

J : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih

M : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium

D : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah

K : Selaput ketuban sudah pecah tapi air ketuban tidak mengalir lagi

(3) Penyusupan (*moulage*) tulang kepala janin

Penyusupan merupakan indikator penting selama persalinan, semakin besar derajat penyusupan atau tumpang tindih antar tulang kepala semakin menunjukkan risiko disproporsi

kepala panggul (CPD), Berikut lambang yang digunakan untuk penyusupan:

- 0 : Tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi
- 1 : Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan
- 2 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan
- 3 : tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

c) Kemajuan Persalinan

(1) Pembukaan serviks

Nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam saat ibu dalam fase aktif dan diberi tanda "X"

(2) Penurunan bagian terbawah janin

Posisi miring kiri ibu selama persalinan dapat mempercepat penurunan kepala janin. Sebagian besar responden yang memilih posisi miring kiri menunjukkan kemajuan persalinan yang lebih baik. Hal ini menunjukkan bahwa posisi ibu selama persalinan berperan penting dalam proses penurunan kepala janin

(3) Garis waspada dan garis bertindak

d) Jam dan Waktu

e) Obat-obatan dan cairan yang diberikan

5. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

a. Dukungan Fisik dan Psikologis

- 1) Ada lima kebutuhan dasar bagi wanita dalam persalinan ialah: Asuhan fisik dan psikologis
- 2) Kehadiran seorang pendamping secara terus menerus
- 3) Pengurangan rasa sakit
- 4) Penerimaan atas sikap dan perilakunya
- 5) Informasi dan kepastian tentang hasil persalinan yang aman (Yusrawati et al., 2025).

b. Kebutuhan Makanan dan Cairan

Makanan padat tidak boleh diberikan selama persalinan aktif, oleh karena makan padat lebih lama tinggal dalam lambung dari pada makanan cair, sehingga proses pencernaan lebih lambat selama persalinan. Pasien dapat diberikan banyak minum segar (jus buah, sup) selama persalinan (Yusrawati et al., 2025).

c. Kebutuhan Eliminasi

Kandung kemih harus dikosongkan setiap 2 jam selama proses persalinan, bila pasien mengatakan ingin BAB bidan harus memastikan kemungkinan adanya tanda dan gejala masuk pada kala II (Yusrawati et al., 2025).

d. Posisi dalam persalinan

Beberapa posisi dalam bersalin menurut (Yusrawati et al., 2025):

1) Posisi Berbaring Miring

Keuntungan posisi berbaring miring yaitu kontraksi uterus lebih efektif, memudahkan bidan dalam memberikan pertolongan persalinan, karena tidak terlalu menekan, proses pembukaan akan berlangsung secara perlahan-lahan sehingga persalinan berlangsung lebih nyaman. Sedangkan kerugian posisi ini adalah memerlukan bantuan untuk memegang paha kanan ibu.

2) Posisi Merangkak

Keuntungan dari posisi merangkak yakni posisi paling baik bagi ibu yang mengalami nyeri punggung saat persalinan, mengurangi rasa sakit serta mengurangi keluhan *hemoroid*.

3) Duduk

Keuntungan posisi ini yakni memanfaatkan gaya gravitasi untuk membantu turunnya bayi, memberi kesempatan untuk istirahat di antara dua kontraksi, serta memudahkan melahirkan kepala bayi.

4) Mengapa tidak boleh bersalin dalam posisi terlentang atau lithotomi

- a) Dapat menyebabkan *sindrome supine hypotensi* karena tekanan pada vena kava inferior oleh kavum uteri, yang mengakibatkan ibu pingsan dan hilangnya oksigen bagi bayi
 - b) Dapat menambah rasa sakit
 - c) Bisa memperlama proses persalinan
 - d) Lebih sulit bagi ibu untuk melakukan pernafasan
 - e) Membuat buang air lebih sulit
 - f) Membatasi pergerakan ibu
 - g) Bisa membuat ibu merasa tidak berdaya
 - h) Bisa membuat proses meneran menjadi lebih sulit
 - i) Bisa menambah kemungkinan terjadinya laserasi pada perineum
 - j) Bisa menimbulkan kerusakan syaraf pada kaki dan punggung
- e. Pengurangan Rasa Nyeri

Pendekatan-pendekatan untuk mengurangi rasa sakit, menurut Varney's Midwifery (Yusrawati et al., 2025):

- 1) Adanya seseorang yang dapat mendukung dalam persalinan
- 2) Pengaturan posisi
- 3) Relaksasi dan latihan pernafasan
- 4) Istirahat dan privasi
- 5) Penjelasan mengenai proses atau kemajuan atau prosedur yang akan dilakukan
- 6) Sentuhan dan *masase counterpressure* untuk mengurangi tegangan pada *ligament sacroiliaca*
- 7) Pijatan ganda pada pinggul
- 8) Penekanan pada lutut
- 9) Kompres hangat dan kompres dingin
- 10) Berendam
- 11) Pengeluaran suara
- 12) Visualisasi dan pemusatan perhatian

6. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Persalinan merupakan proses alami yang kompleks yang melibatkan interaksi antara berbagai faktor fisik, psikologis, dan lingkungan. Faktor-faktor ini memiliki peran penting dalam menentukan jalannya proses persalinan serta hasil akhirnya. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan menurut (Widyawati et al., 2025) antara lain:

a. Faktor *Power* (Kekuatan)

Power merupakan energi atau kekuatan yang bertindak sebagai pendorong untuk melahirkan janin dari rahim. Energi ini mencakup berbagai elemen seperti his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, serta tindakan ligamen, yang semuanya bekerja secara bersinergi untuk mencapai proses persalinan dengan efektif (Widyawati et al., 2025).

1) His (Kontraksi Uterus)

His adalah kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominan, terkoordinasi dan relaksasi.

a) Pengkajian His

- (1) Frekuensi: jumlah his dalam waktu tertentu.
- (2) Durasi: lamanya kontraksi berlangsung dalam satu kali kontraksi.
- (3) Intensitas: kekuatan kontraksi, dibedakan menjadi; kuat, sedang, lemah
- (4) Interval: masa relaksasi diantara datangnya kontraksi.
- (5) Datangnya kontraksi: dibedakan menjadi; kadangkadang, sering, teratur

b) Cara Mengukur

His Dilakukan selama 10 menit. contoh hasil pengukuran adalah 3x/10'/40-45"/kuat dan teratur.

c) Pengaruh Kontraksi

- (1) Servik menipis (*effacement*)

(2) Servik berdilatasi sehingga mengakibatkan janin turun

2) Tenaga Mengejan

- a) Setelah pembukaan lengkap dan ketuban pecah, kekuatan yang mendorong bayi keluar tidak hanya berasal dari his, tetapi juga terutama disebabkan oleh kontraksi otot-otot dinding perut, yang menyebabkan peningkatan tekanan intraabdominal.
- b) Kekuatan ini mirip dengan saat kita mengejan saat buang air besar, tetapi jauh lebih kuat.
- c) Ketika kepala mencapai dasar panggul, terjadi refleks yang menyebabkan ibu menutup glottisnya, mengontraksikan otot-otot perut, dan menekan diafragmanya ke bawah.
- d) Kekuatan mengejan ini hanya efektif jika pembukaan sudah lengkap, dan paling efektif saat ada his.
- e) Tanpa kekuatan mengejan, bayi tidak dapat lahir, seperti yang terjadi pada penderita yang mengalami kelumpuhan otot perutnya, sehingga persalinan harus dibantu dengan forceps.
- f) Selain itu, kekuatan mengejan ini juga diperlukan untuk melahirkan plasenta setelah terlepas dari dinding rahim.

b. Faktor *Passage* (Jalan Lahir)

Jalan lahir, yang merupakan jalur yang harus dilalui oleh bayi saat proses persalinan, merupakan konseptualisasi dari panggul ibu. Panggul ibu merupakan struktur anatomi yang kompleks, terdiri dari tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun otot-otot dasar panggul memiliki peran penting dalam proses pengeluaran bayi, panggul ibu menjadi fokus utama dalam proses persalinan. Saat proses persalinan, janin harus mampu menyesuaikan dirinya dengan jalan lahir yang kurang elastis. Oleh karena itu, bentuk dan ukuran panggul ibu harus dipertimbangkan sebelum proses persalinan dimulai.

Panggul ibu berfungsi sebagai saluran yang menghubungkan rongga perut dengan organ reproduksi eksternal, yaitu vagina. Selain itu,

panggul ibu juga menyediakan tempat bagi janin untuk melewati jalan lahir saat proses kelahiran. Bentuk dan dimensianggul ibu beragam, dan setiap individu memiliki karakteristik yang unik. Untuk memastikan kelancaran proses persalinan, perawat dan tenaga medis harus memperhitungkan faktor-faktor anatomi ini.

Saat janin berkembang dalam rahim, ia secara alami akan mengikuti jalan lahir yang tersedia. Namun, dalam beberapa kasus, adanya ketidaksesuaian antara ukuran janin dan dimensianggul ibu bisa menjadi masalah serius. Ini dapat mengakibatkan komplikasi saat persalinan, seperti persalinan sulit atau perlunya intervensi medis untuk memfasilitasi kelahiran.

Selain itu, perubahan bentukanggul ibu selama proses persalinan juga merupakan hal yang penting untuk dipertimbangkan. Panggul ibu dapat mengalami perubahan sementara untuk memberikan ruang yang diperlukan bagi bayi untuk melewati jalan lahir. Ini merupakan adaptasi alami yang terjadi dalam tubuh wanita untuk mendukung proses kelahiran yang aman. Jalan lahir yang dimaksud terdiri dari:

- 1) Jalan lahir keras (pelvik atauanggul): 2 tulang pangkal paha (*os coxae*) terdiri dari *os illium*, *os ischium* dan *os pubis*, 1 tulang kelangkang (*os sacrum*), dan 1 tulang tungging (*os cocxygis*).
- 2) Jalan lahir lunak seperti segmen bawah rahim (SBR), serviks, introitus vagina dan vulva.

c. Faktor *Passager* (Buah Kehamilan: Janin, Plasenta dan Air Ketuban)

Beberapa faktor yang memengaruhi proses persalinan termasuk kondisi janin, seperti beratnya, posisi, dan jumlahnya. Dalam persalinan normal, penting bagi janin untuk berada dalam posisi fleksi, di mana kepala, tulang punggung, dan kaki dalam keadaan fleksi, sementara lengan bersilang di dada. Berat janin yang normal biasanya berkisar antara 2500 hingga 4000 gram, dengan detakniantung janin (DJJ) yang normal berkisar antara 120 hingga 160 kali per menit.

d. Faktor Psikologis Ibu

Ketika seorang bayi dilahirkan, momen tersebut membawa dampak besar bagi kehidupan ibu serta seluruh keluarganya. Proses kelahiran membawa beragam aspek psikologis yang perlu dipertimbangkan, terutama dalam hal kesejahteraan mental ibu yang menjalani persalinan. Kecemasan dan kondisi emosional yang timbul pada ibu saat menjelang persalinan memegang peranan penting dan harus menjadi fokus bagi mereka yang membantu proses kelahiran.

Rasa cemas dan kekhawatiran ibu tidak hanya sekadar mengganggu secara emosional, tetapi juga memiliki dampak pada hormon stres yang dapat mempengaruhi kelancaran proses persalinan. Meskipun hingga saat ini informasi mengenai dampak hormon stres terhadap fungsi rahim masih terbatas, demikian pula dengan hubungan antara kecemasan ibu, lingkungan sekitar, hormon stres, dan kemungkinan komplikasi persalinan.

Meskipun begitu, penolong persalinan harus senantiasa peka terhadap kondisi psikologis ibu yang akan melahirkan, karena keadaan psikologis ini memainkan peran yang signifikan dalam proses persalinan dan kelahiran secara keseluruhan. Memahami dan mengakomodasi kebutuhan psikologis ibu merupakan langkah penting dalam memastikan kelancaran proses persalinan serta kesejahteraan ibu dan bayi yang akan dilahirkan.

Dalam hal ini, pendekatan holistik terhadap proses persalinan menjadi krusial, di mana tidak hanya aspek fisik tetapi juga psikologis ibu harus menjadi perhatian utama. Dengan demikian, perlunya dukungan emosional dan pemahaman mendalam terhadap kondisi psikologis ibu dapat membantu menciptakan lingkungan yang kondusif bagi kelahiran yang aman dan positif bagi semua pihak yang terlibat.

e. Faktor Penolong

Penolong persalinan adalah individu dalam bidang kesehatan yang memiliki kewenangan sah untuk memberikan bantuan selama proses

kelahiran. Ini mencakup dokter, bidan, perawat spesialis kebidanan, dan praktisi kesehatan yang memiliki keahlian dalam menyediakan pertolongan saat persalinan, mengatasi keadaan darurat, serta merujuk pasien jika diperlukan. Mereka yang memberikan bantuan selama persalinan harus memakai peralatan pelindung diri dan menjaga kebersihan tangan guna mencegah penularan infeksi dari pasien (Widyawati et al., 2025).

Sayangnya, penggunaan layanan persalinan oleh tenaga profesional di masyarakat masih jauh di bawah target yang diinginkan. Pemilihan orang yang akan membantu proses persalinan merupakan faktor kunci yang memengaruhi kelancaran dan keamanan proses tersebut. Persiapan yang matang diperlukan oleh para penolong persalinan, bersama dengan penerapan asuhan sayang ibu. Asuhan sayang ibu mencakup penghargaan terhadap budaya, keyakinan, dan keinginan ibu tersebut. Salah satu prinsip dasar dari asuhan sayang ibu adalah melibatkan suami dan keluarga dalam seluruh proses persalinan dan kelahiran bayi. Berdasarkan berbagai penelitian, didapati bahwa jika ibu-ibu diberikan perhatian dan dukungan selama proses persalinan serta memahami secara menyeluruh tentang proses persalinan dan asuhan yang akan mereka terima, maka mereka akan merasa lebih aman dan menghasilkan kelahiran yang lebih baik. Juga disebutkan bahwa tindakan tersebut dapat mengurangi frekuensi persalinan yang memerlukan vakum, cunam, atau seksio sesar, serta mempercepat proses persalinan (Widyawati et al., 2025).

Menurut (Widyawati et al., 2025) prinsip umum dari asuhan sayang ibu yang harus diikuti oleh bidan adalah:

- 1) Rawat ibu dengan penuh hormat.
- 2) Mendengarkan dengan penuh perhatian apa yang dikatakan ibu.
Hormati pengetahuan dan pemahaman mengenai tubuhnya. Ingat bahwa mendengar sama pentingnya dengan memberikan nasihat.

- 3) Menghargai hak-hak ibu dan memberikan asuhan yang bermutu serta sopan.
- 4) Memberikan asuhan dengan memperhatikan privasi.
- 5) Selalu menjelaskan apa yang akan dikerjakan sebelum anda melakukannya serta meminta izin dahulu.
- 6) Selalu mendiskusikan temuan-temuan kepada ibu, serta kepada siapa saja yang ia inginkan untuk berbagi informasi ini.
- 7) Selalu mendiskusikan rencana dan intervensi serta pilihan yang sesuai dan tersedia bersama ibu.
- 8) Mengizinkan ibu untuk memilih siapa yang akan menemaninya selama persalinan, kelahiran dan pasca salin.
- 9) Mengizinkan ibu menggunakan posisi apa saja yang diinginkan selama persalinan dan kelahiran.
- 10) Menghindari penggunaan suatu tindakan medis yang tidak perlu (episiotomy, pencukuran dan enema).
- 11) Memfasilitasi hubungan dini antara ibu dan bayi baru lahir (*Bonding and attachment*) (Widyawati et al., 2025).

f. Penapisan

Menurut (Yunri Merida et al., 2023) penapisan persalinan adalah suatu tindakan yang dilakukan sebelum memasuki masa persalinan dalam mendeteksi dini terjadinya kegawatdaruratan obstetri. Penapisan persalinan dilakukan dalam rangka mengurangi kejadian 3 terlambat (terlambat mengambil keputusan dan mengenali bahaya, terlambat dirujuk dan terlambat mendapatkan penanganan medis) dan penundaan pemberian asuhan dalam menangani kegawatdaruratan obstetri dapat meningkatkan resiko kematian ibu.

Manfaat penapisan persalinan pada saat memberikan asuhan bagi ibu bersalin, penolong harus waspada terhadap kemungkinan timbulnya masalah atau penyulit menunda pemberian asuhan kegawatdaruratan akan meningkatkan resiko, kematian dan kesakitan ibu dan bayi baru lahir. Selama anamnesis dan pemeriksaan fisik, selalu waspada terhadap

indikasi-indikasi dan segera lakukan tindakan yang diperlukan. Langkah dan tindakan yang akan dipilih sebaiknya dapat memberikan manfaat dan memastikan bahwa proses persalinan akan berlangsung aman dan lancar sehingga berdampak baik terhadap keselamatan ibu dan bayi yang akan dilahirkan. Tindak lanjut hasil penapisan dalam melakukan tindakan atau rujukan pada kala satu persalinan:

Tabel 2. 7 Hasil Penapisan dan Rujukan Kala 1 Persalinan

No	Temuan-temuan anamnesis dan pemeriksaan	Rencana Asuhan
1.	Riwayat operasi bedah caesar	1. Rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang dapat melakukan operasi bedah caesar 2. Memberikan dukungan, semangat dan mendampingi ibu ke tempat rujukan.
2.	Perdarahan melalui jalan lahir selain <i>blood show</i>	1. Tirah baringkan ibu miring ke kiri 2. Berikan cairan infus RL atau cairan garam fisiologis (NS) dengan menggunakan abocath yang berukuran besar 3. Rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang dapat melakukan operasi bedah caesar. 4. Memberikan dukungan. semangat dan mendampingi ibu ke tempat rujukan.
3.	Usia kehamilan kurang 37 minggu dari (preterm)	1. Rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan penatalaksanaan kasus kegawatdaruratan maternal dan neonatal 2. Memberikan dukungan, semangat dan mendampingi ibu ke tempat rujukan.
4.	Ketuban pecah bercampur mekonium kental	1. Posisikan ibu miring ke kiri. 2. Pantau Denyut jantung janin (DJJ). 3. Rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang dapat melakukan operasi bedah caesar. 4. Memberikan semangat, dukungan dan mendampingi ibu ke tempat rujukan serta persiapkan membawa partus set, resusitasi set dan perlengkapan bayi untuk mengantisipasi apabila ibu melahirkan di perjalanan Ketuban pecah bercampur mekonium disertai tanda-tanda fetal distress
5.	Ketuban pecah bercampur mekonium	Pantau denyut jantung janin (DJJ), apabila terdapat tanda-tanda fetal distress lakukan asuhan yang sesuai.

	disertai tanda-tanda fetal distress	
6.	Ketuban pecah ≥ 24 jam atau ketuban pecah pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu	1. Rujuk ibu ke kesehatan yang melakukan fasilitas mampu penatalaksanaan kasus kegawatdaruratan maternal dan neonatal. 2. Memberikan dukungan, semangat dan mendampingi ibu ke tempat rujukan.
7.	Infeksi dengan tanda-tanda Suhu $\geq 38^{\circ}\text{C}$ Badan menggigil Nyeri tekan abdomen Cairan ketuban berbau	1. Posisikan ibu miring ke kiri. 2. Berikan cairan infus RL atau cairan garam fisiologis (NS) dengan menggunakan abocath yang berukuran besar dengan tetesan 125 cc/jam. 3. Rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang dapat melakukan operasi bedah cesar. 4. Memberikan dukungan, semangat dan mendampingi ibu ke tempat rujukan.
8.	Tekanan darah $\geq 160/110$ mmHg dan/atau terdapat protein urin (PEB)	2. Posisikan ibu miring ke kiri. 3. Berikan cairan infus RL atau cairan garam fisiologis (NS) dengan menggunakan abocath yang berukuran besar). 4. Dosis awalan 4 g MgSo₄ 20% atau 40% IV dalam 5-8 menit. 5. Rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang dapat melakukan operasi bedah cesar 6. Memberikan dukungan, semangat dan mendampingi Ibu ke tempat rujukan
9.	TFU ≥ 40 CM (bayi besar polihidramnion, gemeli)	1. Rujuk Ibu ke fasilitas kesehatan yang dapat melakukan operasi bedah cesar 2. Memberikan dukungan, semangat dan mendampingi ibu ke tempat rujukan. Alasan: polihidramnion atau penumpukan cairan ketuban berkaitan dengan adanya kelainan pada bayi dan bayi besar dapat mengakibatkan terjadinya dengan distosia bahu, atonia uteri, robekan jalan lahir dan hipoglikemia
10.	Denyut jantung janin ≤ 100 x/per menit atau ≥ 180 /menit pada dua kali penilaian dengan jarak 5 menit (fetal distress)	1. Posisikan ibu miring ke kiri 2. Anjurkan untuk bernafas secara teratur atau berikan oksigen 3. Berikan cairan infus RL atau cairan garam fisiologis (NS) dengan menggunakan abocath yang berukuran besar, dengan kecepatan 125 cc/jam 4. Rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang dapat melakukan operasi bedah cesar

		5. Memberikan dukungan, semangat dan mendampingi ibu ke tempat rujukan
11.	Kala satu fase aktif dengan penurunan kepala janin 5/5 pada primipara	1. Posisikan Ibu miring ke kiri 2. Rujuk Ibu ke fasilitas kesehatan yang dapat melakukan operasi bedah cesar 3. Memberikan dukungan, semangat dan mendampingi Ibu ke tempat rujukan
12.	Presentasi bokong atau letak lintang	1. Posisikan Ibu miring ke kiri 2. Rujuk Ibu ke fasilitas kesehatan yang dapat melakukan operasi bedah cesar 3. Memberikan dukungan, semangat dan mendampingi ibu ke rujukan
13.	Presentasi ganda atau majemuk (terdapat ekstremitas janin bersamaan dengan presentasi belakang kepala)	1. Posisikan Ibu miring ke kiri 2. Rujuk Ibu ke fasilitas kesehatan yang dapat melakukan operasi bedah cesar 3. Memberikan dukungan, semangat dan mendampingi ibu ke rujukan
14.	Tali pusat menumbung (apabila tali pusat masih berdenyut)	1. Posisikan Ibu sujud atau menungging dan dada menempel di kasur, dorong kepala menjauhi tali pusat yang menumbung dengan cara memasukkan jari telunjuk dan tengah penolong ke vagina 2. Rujuk Ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan penatalaksanaan kasus kegawatdaruratan maternal dan neonatal 3. Memberikan dukungan, semangat dan mendampingi ibu ke tempat rujukan
15.	Syok hipovolemik: Kesadaran: apatis atau tidak sadar Nadi cepat dan lemah (≥ 100 x/menit) Tekanan darah sistolik ≤ 90 mmHg Pucat pada telapak tangan, bibir dan konjungtiva Keringat dingin Napas cepat ≥ 30 x/menit Produksi urin ≤ 30 ml/jam	1. Posisikan Ibu miring ke kiri atau posisi trendelenburg yaitu kedua tungkai lebih tinggi dari kepala 2. Bebaskan jalan nafas 3. Berikan cairan infus RL atau cairan garam fisiologis (NS) dengan menggunakan abocath yang berukuran besar melalui infus 1000 ml dalam 15-20 menit dilanjutkan dengan 2000 ml dalam 45-60 menit dan lanjutkan dengan 125 ml/jam 4. Rujuk Ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan penatalaksanaan kasus kegawatdaruratan maternal dan neonatal 5. Memberikan dukungan, semangat dan mendampingi Ibu ke tempat rujukan

16. Kala 1 fase laten yang memanjang pembukaan serviks kurang dari 4 cm pada ≥ 8 jam	1. Rujuk Ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan penatalaksanaan kasus kegawatdaruratan maternal dan neonatal 2. Memberikan dukungan, semangat dan mendampingi Ibu ke tempat rujukan
--	---

Sumber: (Yunri Merida et al., 2023)

B. Konsep Dasar Nifas

1. Pengertian Nifas

Masa nifas atau post partum disebut juga puerperium yang berasal dari bahasa latin yaitu dari kata "*Puer*" yang artinya bayi dan "*Parous*" yang berarti melahirkan. Masa nifas dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, biasanya berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan.

Selama hamil, terjadi perubahan pada sistem tubuh wanita, diantaranya terjadi perubahan pada sistem reproduksi, sistem pencernaan, sistem perkemihan, sistem muskuloskeletal, sistem endokrin, sistem kardiovaskuler, sistem hematologi, dan perubahan pada tanda-tanda vital. Pada masa postpartum perubahan-perubahan tersebut akan kembali menjadi seperti saat sebelum hamil (Mirong & Yulianti, 2023).

2. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Asuhan masa nifas diperlukan karena merupakan masa kritis, baik ibu maupun bayinya. Diperkirakan bahwa 60% kematian ibu akibat kehamilan terjadi setelah persalinan, dan 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama. Masa neonatus merupakan masa kritis dari kehidupan bayi, 2/3 kematian bayi terjadi dalam 4 minggu setelah persalinan dan 60% kematian bayi baru lahir terjadi dalam 7 hari setelah lahir dengan pemantauan melekat dan asuhan pada ibu dan bayi masa nifas dapat mencegah kematian ini (Mertasari & Sugandini, 2023).

Pemberian asuhan masa nifas sangat penting dilakukan untuk menjamin kesejahteraan, baik fisik maupun psikologis ibu, bayi, dan keluarga. Pelayanan yang diberikan meliputi upaya pencegahan, deteksi

dini, dan pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan pemberian ASI, cara menjarangkan kehamilan, imunisasi, dan nutrisi bagi ibu (Mertasari & Sugandini, 2023).

Adapun tujuan asuhan masa nifas adalah sebagai berikut:

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis dengan cara memberikan dukungan fisik maupun psikologis, terutama pada fase ketergantungan dari ibu nifas dan fase-fase selanjutnya
- b. Melaksanakan *screening* yang komprehensif (menyeluruh), mendeteksi masalah/penyulit yang dialami, mengobati/merujuk bila terjadi komplikasi, baik pada ibu maupun bayinya, dengan pendekatan manajemen asuhan kebidanan.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya, dan perawatan bayi sehat.
- d. Memberikan pelayanan KB mulai dari 10 menit setelah plasenta lahir sampai dengan akhir masa nifas (Mertasari & Sugandini, 2023).

3. Peran Bidan dan Tanggung Jawab Masa Nifas

- a. Memberi dukungan kepada ibu nifas dalam menjalani peran barunya
 Ibu dalam masa nifas membutuhkan dukungan dari petugas kesehatan atau dalam bentuk pendampingan, pelayanan terutama dalam masa nifas awal.
- b. Memberikan pendidikan kesehatan, KIE, dan konseling Pemberian KIE tentang perubahan fisik dan psikologis yang terjadi, mengatasi rasa nyeri, perawatan diri dan bayi sehari-hari, tanda bahaya, manajemen laktasi, kontrasepsi, hygiene, dan seksual.
- c. Membantu ibu nifas terbebas dari rasa takut

Membantu ibu terbebas dari rasa takut terhadap ketidaknyamanan yang dialami, kemampuannya merawat diri dan bayinya. Memberikan kesempatan kepada ibu untuk menghubungi bidan atau petugas kesehatan lain bila perlu atau pada saat mengalami tanda bahaya pada ibu atau bayi (Mertasari & Sugandini, 2023).

4. Tahapan Masa Nifas

Adapun tahapan pada masa nifas adalah sebagai berikut:

a. *Puerperium Dini*

Merupakan masa pemulihan awal dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan. Ibu yang melahirkan per vaginam tanpa komplikasi dalam 6 jam pertama setelah kala IV dianjurkan untuk mobilisasi segera.

b. *Puerperium Intermedial*

Suatu masa pemulihan dimana organ-organ reproduksi secara berangsur-angsur akan kembali ke keadaan sebelum hamil. Masa ini berlangsung selama kurang lebih enam minggu atau 42 hari.

c. *Remote Puerperium*

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi. Rentang waktu remote puerperium berbeda untuk setiap ibu, tergantung berat ringannya komplikasi yang dialami selama hamil atau persalinan (Indrianita et al., 2022).

5. Kebijakan-kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Adapun kebijakan program nasional masa nifas yaitu:

a. Kunjungan 1 (KF I): 6-48 jam post partum

Pelayanan yang diberikan antara lain pemeriksaan tanda-tanda vital, pemantauan jumlah darah atau cairan keluar dari vagina, pemeriksaan payudara dan anjuran menyusui eksklusif selama enam bulan, pemberian kapsul vitamin A, pemberian tablet penambah darah setiap hari, dan program keluarga berencana pasca melahirkan.

b. Kunjungan 2 (KF II): 3-7 hari post partum

Pelayanan yang diberikan pada kunjungan kedua antara lain pemeriksaan tanda-tanda vital pasien, pengamatan jumlah darah atau cairan yang keluar dari vagina, pemeriksaan payudara, anjuran pemberian ASI eksklusif selama enam bulan, pemberian tablet penambah darah setiap hari, dan pemberian alat kontrasepsi setelahnya.

c. Kunjungan 3 (KF III): 8-28 hari post partum

Perawatan kunjungan ketiga sama dengan perawatan kunjungan kedua/ KF2.

d. Kunjungan 4 (KF IV): 29-42 hari post partum

Pada kunjungan keempat diberikan pelayanan yang sama seperti di KF 3 antara lain pemantauan tanda vital, pemeriksaan cairan yang keluar dari vagina, pemeriksaan darah yang keluar, pemeriksaan payudara, anjuran pemberian ASI eksklusif selama enam bulan, pemberian resep tablet suplemen darah setiap hari, dan menyediakan alat kontrasepsi (Dwi Rahmawati et al., 2023).

6. Perubahan Fisiologis dan Psikologis Masa Nifas

a. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1) Perubahan Sistem Reproduksi

Selama masa nifas, alat-alat internal maupun eksternal berangsur-angsur kembali keadaan sebelum hamil. Perubahan keseluruhan alat genitalia ini disebut involusi. Pada masa ini terjadi juga perubahan penting lainnya, perubahan-perubahan yang terjadi antara lain sebagai berikut (Aritonang & Simanjuntak, 2021).

a) Uterus

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses di mana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil. Proses involusi uterus adalah sebagai berikut:

(1) Iskemia Miometrium

Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.

(2) Atrofi Jaringan

Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormon estrogen saat pelepasan plasenta

(3) Autolisis

Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesteron.

(4) Efek Oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan. Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah sebagai berikut:

Tabel 2. 8 TFU Berdasarkan Diameter Uterus

Periode	Bobot Uterus	Diameter uterus	Palpasi Serviks
Pada akhir persalinan	900 gr	12,5 cm	Lembut/lunak
Akhir minggu ke-1	450 gr	7,5 cm	2 cm
Alhir minggu ke-2	200 gr	5,0 cm	1 cm
Akhir minggu ke-6	60 gr	2.5 cm	Menyempit

Sumber: (Mirong & Yulianti, 2023)

b) Lochea

Dengan adanya involusi uterus, maka lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi *necrotic* (layu/mati). Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa

cairan. Campuran antara darah dan desidua tersebut dinamakan lokea, yang biasanya berwarna merah muda atau putih pucat.

Lokea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lokea mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lokea mengalami perubahan karena proses involusi (Mirong & Yulianti, 2023). Perbedaan masing-masing lochea dapat dilihat sebagai berikut:

- (1) Rubra (1-3 hari), merah kehitaman yang terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekoneum dan sisa darah
- (2) Sanguilenta (3-7 hari), berwarna putih bercampur merah, sisa darah bercampur lendir
- (3) Serosa (7-14 hari), kekuningan/kecokelatan, lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta
- (4) Alba (>14 hari), berwarna putih mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.

Umumnya jumlah lochea lebih sedikit bila wanita postpartum dalam posisi berbaring daripada berdiri. Hal ini terjadi akibat pembuangan bersatu di vagina bagian atas saat wanita dalam posisi berbaring dan kemudian akan mengalir keluar saat berdiri. Total jumlah rata-rata pengeluaran lochea sekitar 240 hingga 270 ml (Aritonang & Simanjuntak, 2021).

c) Laktasi

Laktasi merupakan proses pembentukan dan pengeluaran Air Susu Ibu (ASI) sebagai sumber nutrisi alami yang paling baik bagi bayi. ASI mengandung zat gizi yang dibutuhkan untuk

mendukung pertumbuhan dan perkembangan bayi secara optimal. Selain memenuhi kebutuhan nutrisi, proses menyusui juga memperkuat ikatan emosional antara ibu dan bayi, sehingga memberikan rasa aman, nyaman, dan kasih sayang yang berperan penting terhadap perkembangan fisik maupun psikologis anak pada tahap selanjutnya.

Keberhasilan produksi ASI sangat dipengaruhi oleh kondisi psikologis ibu. Ibu yang mengalami stres, kesedihan, kecemasan, kurang percaya diri, atau tekanan emosional yang berkepanjangan berisiko mengalami penurunan produksi ASI, bahkan dapat menghambat proses pengeluarannya. Selain itu, beban pekerjaan rumah tangga, pekerjaan di luar rumah, maupun aktivitas lain yang berlebihan juga dapat memengaruhi kelancaran produksi ASI. Oleh karena itu, ibu menyusui memerlukan kondisi fisik dan mental yang tenang agar proses laktasi dapat berlangsung secara optimal. Dalam mekanisme laktasi, terdapat dua refleks utama yang sangat dipengaruhi oleh keadaan psikologis ibu, yaitu refleks pembentukan ASI *prolactin reflex* dan refleks pengeluaran ASI *let-down reflex*, yaitu:

(a) Refleks Prolaktin

Pada waktu bayi menghisap payudara ibu, ibu menerima rangsangan neurohormonal pada puting dan areola, rangsangan ini melalui nervus vagus diteruskan ke *hypophyse* lalu ke lobus anterior, lobus anterior akan mengeluarkan hormon prolaktin yang masuk melalui peredaran darah sampai pada kelenjar-kelenjar pembuat ASI dan merangsang untuk memproduksi ASI.

(b) Refleks *Let Down*

Refleks ini mengakibatkan memancarnya ASI keluar, isapan bayi akan merangsang puting susu dan areola yang dikirim lobus posterior melalui nervus vagus, dari glandula pituitari posterior dikeluarkan hormon oksitosin ke dalam peredaran darah yang menyebabkan adanya kontraksi otot-otot mioepitel dari saluran air susu, karena adanya kontraksi ini maka ASI akan terperas ke arah ampula (Mirong & Yulianti, 2023).

d) Vagina dan Perineum

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendur. Rugae timbul kembali pada minggu ke tiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi karankulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama.

Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian (Aritonang & Simanjuntak, 2021).

e) Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan

(dehidrasi), kurang makan, hemoroid, laserasi jalan lahir. Supaya buang air besar kembali teratur dapat diberikan diet/makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup. Bila usaha ini tidak berhasil dalam waktu 2 atau 3 hari dapat ditolong dengan pemberian huknah atau gliserin spuit atau diberikan obat yang lain (Mirong & Yulianti, 2023).

2) Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena ligamen rotundum menjadi kendur.

Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusannya serat-serat elastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu. Pemulihan dibantu dengan latihan (Mirong & Yulianti, 2023).

3) Perubahan Tanda-tanda Vital

a) Suhu

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2°C. Sesudah partus dapat naik kurang lebih 0,5 derajat celcius dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi 8 derajat celcius. Sesudah 2 jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal. Bila suhu lebih dari 38 derajat celcius, mungkin terjadi infeksi pada klien.

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Pasca melahirkan, denyut nadi dapat menjadi bradikardi maupun lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per

menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan postpartum.

c) Tekanan Darah

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

d) Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16-24 kali per menit. Pada ibu postpartum umumnya pernafasan lambat atau normal. Hal ini dikarenakan ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada masa postpartum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok (Aritonang & Simanjuntak, 2021).

4) Perubahan Sistem Kardiovaskular

Selama kehamilan, volume darah ibu mengalami peningkatan sebagai bentuk adaptasi fisiologis untuk memenuhi kebutuhan aliran darah ke plasenta dan pembuluh darah uterus. Setelah persalinan, penurunan kadar hormon estrogen memicu terjadinya diuresis, sehingga volume plasma berangsur-angsur kembali ke kondisi normal. Proses ini umumnya berlangsung dalam 2–4 jam pertama

setelah bayi lahir dan ditandai dengan meningkatnya produksi urin. Selain itu, penurunan kadar progesteron juga berperan dalam mengurangi retensi cairan yang terjadi selama kehamilan akibat peningkatan permeabilitas vaskular dan trauma yang dialami selama proses persalinan.

Jumlah kehilangan darah setelah persalinan dipengaruhi oleh metode persalinan. Pada persalinan pervaginam, rata-rata kehilangan darah berkisar antara 300-400 mL, sedangkan pada persalinan melalui seksio sesarea jumlah kehilangan darah dapat mencapai sekitar dua kali lipat. Perubahan fisiologis yang terjadi meliputi perubahan volume darah *blood volume* dan nilai hematokrit *hemoconcentration*. Pada persalinan pervaginam, kadar hematokrit umumnya mengalami peningkatan, sedangkan pada persalinan seksio sesarea kadar hematokrit cenderung tetap stabil dan akan kembali ke nilai normal dalam waktu sekitar 4-6 minggu setelah persalinan.

Setelah bayi lahir, *shunt* sirkulasi uteroplasenta akan menghilang secara tiba-tiba sehingga volume darah yang kembali ke sirkulasi ibu meningkat. Kondisi ini menyebabkan beban kerja jantung bertambah untuk sementara waktu. Pada ibu yang memiliki gangguan fungsi jantung, perubahan tersebut dapat meningkatkan risiko terjadinya dekompensasi kordis *decompensatio cordis*, sehingga diperlukan pemantauan yang cermat selama masa nifas (Mirong & Yulianti, 2023).

5) Perubahan Sistem Hematologi

Pada minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah.

Leukositosis adalah meningkatnya jumlah sel-sel darah putih sebanyak 15.000 selama persalinan. Jumlah leukosit akan tetap tinggi selama beberapa hari pertama masa postpartum. Jumlah sel darah putih akan tetap bisa naik lagi sampai 25.000 hingga 30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama.

Postpartum, jumlah hemoglobin, hematokrit dan eritrosit sangat bervariasi. Hal ini disebabkan volume darah, volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah.

Tingkatan ini dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi dari wanita tersebut. Jika hematokrit pada hari pertama atau kedua lebih rendah dari titik 2 persen atau lebih tinggi daripada saat memasuki persalinan awal maka pasien dianggap telah kehilangan darah yang cukup banyak. Titik 2% kurang lebih sama dengan kehilangan darah 500 ml darah.

Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke-3-7 postpartum dan akan normal dalam 4-5 minggu postpartum. Jumlah kehilangan darah selama masa persalinan kurang lebih 200-500 ml, minggu pertama postpartum berkisar 500-800 ml dan selama sisa masa nifas berkisar 500 ml (Aritonang & Simanjuntak, 2021).

6) Perubahan Sistem Endokrin

a) Hormon Plasenta

Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG (*Human Chorionic Gonadotropin*) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 postpartum dan sebagai omset pemenuhan *mamae* pada hari ke-3 postpartum.

b) *Hormon Pituitary*

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

c) *Hypotalamik Pituitary Ovarium*

Lamanya seorang wanita mendapatkan menstruasi juga dipengaruhi oleh faktor menyusui. Sering kali menstruasi pertama ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesteron.

d) *Kadar estrogen*

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktivitas prolaktin yang juga sedang meningkat dapat mempengaruhi kelenjar mammae dalam menghasilkan ASI (Aritonang & Simanjuntak, 2021).

b. *Perubahan Psikologis Ibu Masa Nifas*

Masa nifas merupakan masa yang dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali ke keadaan semula seperti sebelum hamil. Masa nifas ini berlangsung kira-kira 6 minggu.

Perubahan-perubahan yang terjadi pada masa nifas dapat menimbulkan adanya perubahan psikologis pada ibu karena itu ibu nifas perlu beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi setelah kelahiran bayinya (Mirong & Yulianti, 2023).

Keberhasilan masa transisi menjadi orang tua pada masa nifas dipengaruhi oleh beberapa faktor:

- 1) Respon dan dukungan dari keluarga
- 2) Hubungan antara pengalaman saat melahirkan dengan harapan
- 3) Pengalaman melahirkan dengan membesarkan anak sebelumnya
- 4) Pengaruh budaya

Ada empat fase adaptasi postpartum, yaitu:

- 1) *Physical recovery* (pemulihan kembali fisik)
- 2) *Achievement phase* dari 2-4/5 bulan postpartum (Mulai menempatkan posisi sesuai peran)
- 3) *Distribution phase* dari 6-8 bulan postpartum (Mulai meramu pengalaman-pengalaman dan menemukan satu ilmu dalam dirinya sendiri)
- 4) *Reorganization phase* dari 8-12 bulan postpartum (Mulai mencoba apa yang dilihat)

Menurut Karnilan (2025) mengklasifikasikan adaptasi psikologi ibu pada masa nifas menjadi 3 tahap yakni:

1) *Fase Taking In*

Fase ini terjadi pada hari ke 1-2 setelah melahirkan. Pada tahap ini, ibu lebih berfokus pada dirinya sendiri. Ia sering menceritakan kembali pengalaman proses persalinannya secara berulang. Kebutuhan untuk membicarakan dirinya menjadi hal yang dominan. Ketidaknyamanan fisik, seperti rasa nyeri, jahitan yang sakit, kelelahan, dan kurang tidur, sering dialami pada fase ini. Kondisi tersebut memengaruhi psikologis ibu, membuatnya lebih rentan menjadi mudah tersinggung dan menangis. Untuk mengatasi hal ini, istirahat yang cukup sangat dibutuhkan. Ibu cenderung lebih pasif selama fase ini, sehingga petugas kesehatan perlu memberikan pendekatan yang penuh empati untuk membantu ibu melewati tahap ini dengan baik (Karnilan et al., 2025).

2) *Fase Taking Hold*

Fase ini biasanya berlangsung dari hari ke 3-10 pasca persalinan. Pada tahap ini, tenaga ibu mulai pulih, dan ia pulih, dan ia merasa lebih nyaman serta mulai mandiri, meskipun masih membutuhkan bantuan. Ibu mulai menunjukkan perhatian terhadap perawatan diri dan diri dan menunjukkan keinginan untuk belajar merawat bayinya. Namun, rasa khawatir akan kemampuannya

dalam merawat bayi sering muncul, membuat ibu lebih sensitif dan mudah tersinggung. Dukungan moral dari keluarga dan tenaga kesehatan sangat penting untuk membangun kepercayaan diri ibu. Fase ini adalah momen yang tepat bagi tenaga kesehatan untuk memberikan edukasi, seperti cara merawat bayi, teknik menyusui yang benar, perawatan luka jahitan, senam nifas, serta informasi tentang gizi, istirahat, dan kebersihan diri (Karnilan et al., 2025).

3) *Fase Letting Go*

Fase ini berlangsung sekitar 10 hari setelah persalinan, di mana ibu mulai menerima peran barunya sebagai seorang ibu. Ia menyesuaikan diri dengan kebutuhan bayinya, seperti menyusui dan bangun di malam hari untuk memenuhi kebutuhan bayi. Pada fase ini, ibu merasa lebih percaya diri dan mandiri dalam merawat dirinya serta bayinya. Pendidikan kesehatan yang diberikan pada fase sebelumnya menjadi bekal yang sangat berguna. Meskipun lebih mandiri, dukungan dari suami dan keluarga tetap penting, baik dalam membantu merawat bayi maupun dalam menangani pekerjaan rumah tangga agar ibu tidak merasa terlalu terbebani. Ibu juga membutuhkan waktu istirahat yang cukup untuk menjaga kondisi fisiknya agar dapat merawat bayinya dengan optimal. Pada periode ini, ibu mulai mengambil tanggung jawab penuh dalam merawat bayinya dan harus menyesuaikan diri dengan berbagai kebutuhan bayi yang sepenuhnya bergantung padanya. Kondisi ini sering kali mengurangi hak ibu atas waktu untuk dirinya sendiri, kebebasan, serta interaksi sosialnya. Jika ibu tidak mampu melewati fase ini dengan baik, hal tersebut dapat memicu terjadinya *post-partum blues* atau bahkan depresi pasca persalinan (Karnilan et al., 2025).

7. Tanda Bahaya Masa Nifas

- a. Demam tinggi melebihi 38°C lebih dari 2 hari.
- b. Perdarahan vagina luar biasa/tiba-tiba bertambah banyak (lebih dari perdarahan haid).
- c. Nyeri perut hebat/rasa sakit dibagian bawah abdomen atau punggung serta ulu hati.
- d. Sakit kepala parah/terus menerus dan pandangan nanar/masalah penglihatan.
- e. Payudara membengkak, kemerahan, lunak disertai demam
- f. Puting payudara berdarah atau merakah, sehingga sulit untuk menyusui.
- g. Ibu terlihat sedih, murung dan menangis tanpa sebab (depresi)
- h. Keluar cairan berbau dari jalan lahir (Nur Anita et al., 2023).

8. Kebutuhan Dasar Nifas

- a. Kebutuhan Nutrisi

Nutrisi adalah zat yang dibutuhkan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan gizi dapat pada masa nifas terutama bila menyusui akan meningkat 25% karena berguna untuk proses kesembuhan karena sehabis melahirkan dan untuk memproduksi air susu yang cukup (Kartini et al., 2025).

- b. Kebutuhan Cairan

Menurut (Kartini et al., 2025) fungsi cairan sebagai pelarut zat gizi dalam proses metabolisme tubuh. Minum cairan yang cukup dapat membuat ibu tidak dehidrasi. asupan tablet tambah darah dan zat besi diberikan selama 40 hari postpartum. Minum kapsul vit A (200.000 unit). Kegunaan cairan bagi tubuh menyangkut beberapa fungsi berikut:

- 1) Fungsi sistem perkemihan
- 2) Keseimbangan dan keselarasan berbagai proses di dalam tubuh
- 3) Sistem urinarius

- c. Kebutuhan Ambulasi

Menurut Walyani (2022), ambulasi dini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing pasien keluar dari tempat tidurnya dan membimbing untuk berjalan. Aktivitas dapat dilakukan secara bertahap, memberikan jarak antara aktivitas dan istirahat. Dalam 2 jam setelah bersalin ibu harus sudah bisa melakukan mobilisasi. Dilakukan secara perlahan-lahan dan bertahap. Mobilisasi dini (*early mobilization*) bermanfaat untuk melancarkan pengeluaran lokia, mengurangi infeksi puerperium, ibu merasa lebih sehat dan kuat, mempercepat involusi alat kandungan, meningkatkan kelancaran peredaran darah, sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme.

d. Kebutuhan Eliminasi

1) Miksi

Pada persalinan normal masalah berkemih dan buang air besar tidak mengalami hambatan apa pun. Kebanyakan pasien dapat melakukan BAK secara spontan dalam 8 jam setelah melahirkan. Miksi hendaknya dilakukan sendiri secepatnya, kadang-kadang wanita mengalami sulit kencing, karena sfingter uretra ditekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi *musculus spinchter* selama persalinan juga karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan.

2) Defekasi

Buang air besar akan biasa setelah sehari, kecuali bila ibu takut dengan luka episiotomi, bila sampai 3-4 hari belum BAB, sebaiknya diberikan obat rangsangan per oral atau per rektal atau lakukan klisma untuk merangsang BAB sehingga tidak mengalami sembelit (Kartini et al., 2025).

e. Kebersihan Diri (*personal hygiene*)

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada ibu. Ada beberapa hal yang dapat dilakukan untuk menjaga kebersihan diri yaitu mandi yang teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan alas tempat tidur serta

lingkungan dimana ibu tinggal, Merawat perineum dengan baik membersihkan perineum dari depan ke belakang untuk menghindari infeksi, baik pada luka jahitan maupun kulit (Kartini et al., 2025).

f. Kebutuhan Istirahat

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Kurangnya istirahat akan mempengaruhi jumlah ASI yang diproduksi (Kartini et al., 2025).

g. Kebutuhan Seksual

Hubungan seksual aman dilakukan begitu darah merah berhenti ibu tidak merasa nyeri, aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap. Berhubungan seksual selama masa nifas berbahaya apabila pada saat itu mulut rahim masih terbuka maka akan beresiko terkena infeksi (Kartini et al., 2025).

C. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

1. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu, dan berat badannya 2500-4000 gram. Secara umum, bayi baru lahir dapat dilahirkan melalui dua cara, yakni melalui vagina atau operasi caesar. Bayi baru lahir disebut neonatus, dimana yang memiliki arti sebagai individu yang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstra uterin. Bayi baru lahir harus mampu beradaptasi dengan lingkungan yang baru, hal ini disebabkan oleh karena setelah plasenta dipotong, maka tidak ada asupan makanan yang didapatkan bayi dari ibunya lagi. Karena itu diperlukan adanya asuhan kebidanan bayi baru lahir (et al. Afrida, 2022).

Masa neonatus dibagi menjadi :

a. Masa Neonatal Dini (0-7 hari)

Masa neonatal dini merupakan masa antara bayi baru lahir sampai 7 hari setelah lahir. Masa ini merupakan masa rawan dalam proses tumbuh kembang anak, khususnya tumbuh kembang otak.

b. Masa Neonatal Lanjut (8-28 hari)

Masa neonatal lanjut, bayi rentan terhadap pengaruh lingkungan biofisikopsikososial. Dalam tumbuh kembang anak, peranan ibu dalam ekologi anak sangat besar.

2. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir

Menurut (Seran et al., 2023), ciri-ciri bayi baru lahir yaitu :

- a. Berat badan 2500-4000 gram
- b. Panjang badan 48-52 cm
- c. Lingkar dada 30-38 cm
- d. Lingkar kepala 33-35 cm
- e. Frekuensi jantung 120-160 kali/menit
- f. Pernapasan 40-60 kali/menit
- g. Kulit kemerahan dan licin karena jaringan subkutan cukup
- h. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- i. Kuku agak panjang dan lemas
- j. Genitalia : perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, laki-laki testis sudah turun skrotum sudah ada.
- k. *Refleks sucking* dan *refleks swallowing* sudah terbentuk dengan baik.
- l. *Refleks morro* atau gerak memeluk dikagetkan sudah baik.
- m. *Refleks graps* atau menggenggam sudah baik.
- n. *Refleks rooting* mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut terbentuk dengan baik.

3. Tanda-Tanda Bahaya Pada Bayi Baru Lahir

Tanda bahaya pada bayi baru lahir adalah :

- a. Tidak mau menyusu atau memuntahkan semua yang diminum
- b. Kejang, lemah bergerak jika dirangsang/dipegang

- c. Nafas cepat (>60 x/menit)
- d. Bayi merintih
- e. Tarikan dinding dada kedalam yang sangat kuat
- f. Pusing kemerahan, berbau tidak sedap keluar nanah
- g. Demam (suhu $>38^{\circ}\text{C}$) atau suhu tubuh bayi dingin (suhu kurang dari $36,5^{\circ}\text{C}$)
- h. Mata bayi bernanah, bayi diare
- i. Kulit bayi terlihat kuning pada telapak tangan dan kaki. Kuning pada bayi yang berbahaya muncul pada hari pertama (kurang dari 24 jam) setelah lahir dan ditemukan pada umur lebih dari 14 hari.
- j. Tinja berwarna pucat.

4. Perubahan Adaptasi dan Fisiologis Bayi Baru Lahir

Adaptasi BBL adalah proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan didalam uterus. Kemampuan adaptasi fungsional neonatus dari kehidupan didalam uterus kehidupan di luar uterus. Kemampuan adaptasi fisiologis ini disebut juga homeostatis. Bila terdapat gangguan adaptasi, maka bayi akan sakit. Adaptasi bayi baru lahir dari kehidupan dalam uterus ke kehidupan di luar uterus adalah:

a. Perubahan pada Sistem Pernapasan

Perkembangan sistem pulmoner terjadi sejak masa embrio, tepatnya pada umur kehamilan 24 hari. Pada umur kehamilan 24 ini bakal paru-paru terbentuk. Pada umur kehamilan 26-28 hari kedua bronchi membesar. Pada umur kehamilan 6 minggu terbentuk surfaktan. Pada umur kehamilan 34-36 minggu struktur paru-paru matang, artinya paru-paru sudah bisa mengembangkan sistem alveoli. Selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui paru-paru bayi. Pernapasan pertama bayi normal dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir (Afrida & Aryani, 2022)

b. Perubahan pada Sistem Kardiovaskuler

Pada masa fetus, peredaran darah dimulai dari plasenta melalui vena umbilikus lalu sebagian ke hati dan sebagian lainnya langsung ke

serambi kiri jantung, kemudian ke bilik jantung. Dari bilik kiri darah dipompa melalui aorta ke seluruh tubuh, sedangkan yang dari bilik kanan darah dipompa langsung ke paru dan sebagian melalui duktus aortikus ke aorta.

Setelah bayi lahir, paru akan berkembang yang akan mengakibatkan tekanan arterioler dalam paru menurun yang diikuti dengan menurunnya tekanan pada jantung kanan. Kondisi ini menyebabkan tekanan jantung kanan dan hal tersebutlah yang membuat foramenovale secara fungsional menutup. Hal ini terjadi pada jam-jam pertama kelahiran. Oleh karena itu tekanan dalam paru turun dan tekanan dalam aorta naik dan juga karena rangsangan biokimia (PaO_2 yang naik) serta duktus aortikus yang berobliterasi. Hal ini terjadi pada hari pertama.

Aliran darah paru pada hari pertama kehidupan adalah 4-5 liter per menit/m². Aliran darah sistolik pada hari pertama rendah yaitu 1,96 liter/menit/m² dan bertambah pada hari kedua dan ketiga (3,54 liter/menit/m²) karena banyak penutupan duktus arteriosus. Tekanan darah pada waktu lahir dipengaruhi oleh jumlah darah yang melalui transfusi plasenta yang pada jam-jam pertama sedikit menurun untuk kemudian naik lagi dan menjadi konstan kira-kira 85/40 mmHg (Seran et al., 2023)

c. Perubahan Pada Sistem Thermoregulasi

Menurut (Seran et al., 2023) kemungkinan mekanisme yang dapat menyebabkan bayi baru lahir kehilangan panas tubuhnya adalah:

1) Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke badan sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi (pemindahan panas dari tubuh bayi ke objek lain melalui kontak langsung). Contoh : konduksi bisa terjadi ketika menimbang bayi tanpa alat timbangan, memegang bayi saat tangan dingin dan menggunakan stetoskop dingin untuk pemeriksaan BBL.

2) Konveksi

Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang bergantung pada kecepatan dan suhu udara). Sebagai contoh, konveksi dapat terjadi ketika membiarkan atau menempatkan BBL dekat jendela membiarkan BBL di ruangan yang terpasang kipas angin.

3) Radiasi

Panas dipancarkan dari BBL keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindah panas antar 2 objek yang mempunyai suhu berbeda). Sebagai contoh, membiarkan BBL dalam ruangan AC tanpa diberikan pemanas (*radiant warmer*), membiarkan BBL dalam keadaan telanjang atau menidurkan BBL berdekatan dengan ruangan yang dingin (dekat tembok).

4) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan yang bergantung pada kecepatan dan kelembaban udara (pemindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap). Evaporasi ini dipengaruhi oleh jumlah panas yang dipakai, tingkat kelembaban udara dan aliran udara yang melewati. Apabila BBL dibiarkan dalam suhu 25°C, maka bayi akan kehilangan panas melalui konveksi, radiasi dan evaporasi yang besarnya 200 kg/BB, sedangkan yang dibentuk hanya sepersepulunya saja. Agar dapat mencegah terjadinya kehilangan panas pada bayi secara seksama, selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih yang kering dan hangat, tutup bagian kepala bayi, anjurkan ibu untuk memandikan bayi baru lahir dan tempatkan bayi dilingkungan yang hangat.

d. Perubahan Pada Sistem Renal

BBL cukup bulan memiliki beberapa defisit struktural dan fungsional pada sistem ginjal. Banyak dari kejadian defisit tersebut akan

membaik pada bulan pertama kehidupan dan merupakan satu-satunya masalah untuk bayi baru lahir yang sakit mengalami stres.

Keterbatasan fungsi ginjal menjadi konsekuensi khusus jika bayi baru lahir memerlukan cairan intravena atau obat-obatan yang meningkatkan kemampuan kelebihan cairan. Bayi baru lahir tidak dapat mengkonsentrasikan urine dengan baik, tercermin dari berat jenis urine (1,004) dan osmolalitas urine yang rendah. BBL mengekspresikan sedikit urine pada 48 jam pertama kehidupan, yaitu hanya 30-60 ml. Normalnya dalam urine tidak terdapat protein atau darah, debris sel yang banyak dapat mengidentifikasi adanya cedera atau iritasi sistem ginjal.

e. Perubahan Pada Sistem Traktus Digestivus

Traktus digestivus relatif lebih berat dan lebih panjang dibandingkan dengan orang dewasa. Pada neonatus, traktus digestivus mengandung zat berwarna hitam kehijauan yang terdiri atas mukopolisakarida atau disebut dengan mekonium biasanya pada 10 jam pertama kehidupan dan dalam 4 hari setelah kelahiran biasanya feses terbentuk dan berwarna biasa. Enzim dalam traktus digestivus biasanya sudah terdapat pada neonatus, kecuali enzim amilase pankreas. Beberapa adaptasi pada saluran pencernaan bayi baru lahir diantaranya adalah :

- 1) Pada hari ke-10 kapasitas lambung menjadi 100 cc
- 2) Enzim tersedia untuk mengkatalisasi protein dan karbohidrat sederhana yaitu monosakarida dan disakarida
- 3) Difisiensi lipase pada pankreas menyebabkan terbatasnya absorpsi lemak sehingga kemampuan bayi untuk mencerna lemak belum matang, maka susu formula sebaiknya tidak diberikan pada bayi baru lahir.
- 4) Kelenjar lidah berfungsi saat lahir tetapi kebanyakan tidak mengeluarkan ludah sampai usia bayi $\pm$ 2-3 bulan.

f. Perubahan pada sistem hepar

Segera setelah lahir, hati menunjukkan perubahan kimia dan morfologis yang berupa kenaikan kadar protein dan penurunan kadar lemak serta glikogen. Sel hemopoetik juga mulai berkurang, walaupun dalam waktu yang agak lama. enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, daya detoksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna. Contohnya pemberian obat klorampenikol dengan dosis lebih dari 50 mg/kg BB/hari dapat menimbulkan *grey baby syndrome*.

g. Perubahan pada sistem imunitas

Menurut (Seran et al., 2023). Sistem imunitas bayi baru lahir masih belum matang sehingga menyebabkan neonatus rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Sistem imunitas yang matang akan memberikan kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang mencegah atau meminimalkan infeksi. Berikut beberapa contoh kekebalan alami:

- 1) Perlindungan oleh kulit membran mukosa
- 2) Fungsi saringan saluran napas
- 3) Pembentukan koloni mikroba oleh kulit dan usus
- 4) Perlindungan kimia oleh lingkungan asam lambung

h. Perubahan pada sistem neuromuskuler

Bayi baru lahir cukup bulan dikenal sebagai makhluk yang reaktif, responsif dan hidup. Perkembangan sensoris bayi baru lahir dan kapasitas untuk melakukan interaksi sosial dan organisasi diri sangat jelas terlihat. Pertumbuhan otak setelah lahir mengikuti pola pertumbuhan cepat, yang dapat diprediksi selama periode bayi sampai awal masa kanak-kanak. Pertumbuhan ini menjadi lebih bertahap selama sisa dekade pertama dan minimal selama masa remaja. Pada akhir tahun pertama, pertumbuhan sebelum dimulai pada usia kehamilan sekitar 30 minggu berakhir. Mungkin inilah penyebab otak rentan terhadap trauma nutrisi dan trauma lain selama masa bayi. Otak memerlukan glukosa sebagai sumber energi dan suplai oksigen dalam

jumlah besar untuk proses metabolisme yang adekuat. Kebutuhan akan glukosa perlu dipantau dengan cermat pada bayi baru lahir yang mungkin mengalami episode hipoglikemia.

5. Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

Memberikan asuhan aman dan bersih segera setelah bayi lahir merupakan bagian esensial asuhan pada bayi baru lahir. (Afrida et al, 2022).

a. Pencegahan Infeksi

Bayi baru lahir rentan terhadap infeksi disebabkan paparan atau kontaminasi mikroorganisme selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir.

Pencegahan infeksi antara lain :

- 1) Cuci tangan secara efektif sebelum bersentuhan dengan bayi
- 2) Gunakan sarung tangan yang bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.
- 3) Memastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan terutama klem, gunting, penghisapan lendir dan benang tali pusat telah didesinfeksi tingkat tinggi atau steril.
- 4) Pastikan semua pakaian handuk, selimut, dan kain yang digunakan untuk bayi sudah dalam keadaan bersih.

b. Penilaian Neonatus

Segera setelah lahir, lakukan penilaian awal pada bayi baru lahir.

Tabel 2. 9 APGAR Skor

Tanda	0	1	2
<i>Appearance</i>	Biru, pucat tungkai biru	Badan pucat muda	Semuanya merah
<i>Pulse</i>	Tidak teraba	<100	>100
<i>Grimace</i>	Tidak ada	Lambat	Menangis kuat
<i>Activity</i>	Lemas/lumpuh	Gerakan sedikit/fleksi tungkai	Aktif/fleksi tungkai baik/reaksi melawan
<i>Respiratory</i>	Tidak ada	Lambat teratur	Baik, menangis kuat

Sumber: (Afrida, et al. 2022)

c. Refleks Bayi Baru Lahir

1) *Refleks Moro*

Bayi akan terkejut atau akan mengembangkan tangan lebar dan melebarkan jari, lalu membalikkan dengan tangan yang cepat seakan-akan memeluk seseorang. Diperoleh dengan memukul permukaan yang rata dimana dekat bayi dibaringkan dengan posisi telentang.

2) *Refleks Rooting*

Timbul karena stimulasi taktil pipi dan daerah mulut. Bayi akan memutar kepala seakan mencari puting susu. Refleks ini menghilang pada usia 7 bulan.

3) *Refleks Sucking*

Timbul bersamaan dengan refleks rooting untuk mengisap puting susu dengan baik.

4) *Refleks Swallowing*

Timbul bersamaan dengan refleks rooting dan refleks *sucking* dimana bayi dapat menelan ASI dengan baik.

5) *Refleks Graps*

Timbul jika ibu jari diletakkan pada telapak tangan bayi, lalu bayi akan menutup telapak tangannya atau ketika telapak kaki digores dekat ujung jari kaki, jari kaki menekuk.

6) *Refleks Tonic Neck*

Refleks ini timbul jika bayi mengangkat leher dan menoleh kekanan atau kiri jika diposisikan tengkurap.

7) *Refleks Babinsky*

Muncul ketika ada rangsangan pada telapak kaki, ibu jari akan bergerak keatas dan jari-jari lainnya membuka, menghilang pada usia 1 tahun.

d. Mencegah Kehilangan Panas

Upayah untuk dilakukan untuk mencegah kehilangan panas dari tubuh bayi adalah

- 1) Keringkan bayi secara seksama. Pastikan tubuh bayi dikeringkan segera setelah bayi lahir untuk mencegah evaporasi.
- 2) Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih, kring dan hangat.
- 3) Tutup bagian kepala bayi agar bayi tidak kehilangan panas.
- 4) Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya
- 5) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir. Menimbang bayi tanpa alas timbangan dapat menyebabkan bayi mengalami kehilangan panas secara konduksi. Memandikan bayi sekitar 6 jam setelah lahir.

e. Perawatan Tali Pusat

- 1) Jangan membungkus putung tali pusat atau perut bayi atau mengoleskan cairan atau apapun ke putung tali pusat.
- 2) Mengoleskan alcohol dan betadine masih diperbolehkan tetapi tidak dikompreskan karena menyebabkan tali pusat basah/lembab (Mutmainnah et al., 2021).

f. Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

IMD dilakukan sedini mungkin dan eksklusif. Bayi baru lahir harus mendapatkan ASI satu jam setelah lahir. Anjurkan ibu memeluk bayinya dengan posisi bayi tengkurap di dada ibu dengan kulit bayi bersentuhan langsung dengan kulit ibu dan mencoba segera menyusukan bayi segera setelah tali pusat di klem atau dipotong (Mutmainnah et al., 2021)

g. Pemberian Imunisasi

Imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit.

Tabel 2. 10 Jadwal Pemberian Imunisasi

Umur	Jenis Imunisasi
0-7 hari	Hepatitis B0 (HB0)
1 bulan	BCG, Polio 1
2 bulan	DPT-HB-Hib 1, Polio 2, PCV 1, RV 1
3 bulan	DPT-HB-Hib 2, Polio 3, PCV 2, RV 2
4 bulan	DPT-HB-Hib 3, Polio 4, IPV 1, RV 3
9 bulan	Campak, IPV 2
18 bulan	Campak Lanjutan

Sumber: (Wantini, 2024)

h. Kunjungan Neonatus

Pelayanan kesehatan neonatal merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus sesuai standar sedikitnya 3 kali, selama periode 0-28 hari setelah lahir, baik dilakukan di fasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan rumah. Kunjungan neonatal dapat dilakukan di puskesmas,ustu, polindes, poskesdes/ posyandu (bila didampingi tenaga kesehatan) (Astuti et al., 2025). Kunjungan neonatus dilakukan sebanyak 3 kali:

- 1) Pada usia 6-48 jam (KN I)
 - a) Memastikan bahwa bayi telah menerima suntikan K1 dan imunisasi Hepatitis B0 (HB0).
 - b) Menimbang berat bayi dan badan membandingkannya dengan berat badan saat lahir dan saat akan pulang.
 - c) Memberikan informasi kepada ibu dan keluarga untuk menjaga suhu tubuh bayi agar terhindar dari hipotermia dan pemberian ASI eksklusif.
 - d) Memberikan penjelasan kepada ibu mengenai cara merawat bayi dengan benar.
 - e) Memberikan informasi kepada ibu mengenai tanda-tanda bahaya pada bayi, seperti bayi yang tidak mau menyusu, kejang-kejang, lemas, sesak napas, menangis atau merintih terus menerus, tali pusat yang memerah hingga bagian perut, bau atau bernanah, demam tinggi, mata bayi yang bernanah, diare, kulit dan mata

bayi yang menguning, serta tinja bayi yang berwarna pucat saat BAB

- 2) Pada usia 3-7 hari (KN II)
 - a) Menimbang berat badan bayi, membandingkan dengan berat badan saat lahir, kemudian mencatat adanya penurunan atau peningkatan berat badan.
 - b) Memperhatikan asupan dan keluaran (*input-output*) pada bayi yang baru lahir.
 - f) Mengevaluasi apakah terdapat tanda-tanda bahaya pada bayi seperti bayi yang tidak mau menyusu, kejang-kejang, lemas, sesak napas, menangis atau merintih terus menerus, tali pusat yang memerah hingga bagian perut, bau atau bernanah, demam tinggi, mata bayi yang bernanah, diare, kulit dan mata bayi yang menguning, serta tinja bayi yang berwarna pucat saat BAB.
 - c) Mengevaluasi kecukupan suplai ASI
- 3) Pada usia 8-28 hari (KN III)
 - a) Menimbang berat badan dan mengukur panjang bayi, lalu membandingkan hasilnya dengan berat badan seminggu sebelumnya, serta mencatat adanya penurunan atau peningkatan berat badan.
 - b) Memantau asupan (*intake*) dan pengeluaran (*output*) bayi baru lahir.
 - c) Memeriksa apakah terdapat tanda-tanda bahaya pada bayi.
 - d) Mengevaluasi kecukupan suplai ASI.
 - e) Memperhatikan kebutuhan nutrisi bayi (Astuti et al., 2025).

D. Konsep Dasar Keluarga Berencana (KB)

1. Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga Berencana (KB) adalah suatu upaya yang bertujuan untuk mengatur jumlah dan jarak kelahiran anak melalui penggunaan prosedur kontrasepsi. Program ini tidak hanya berfokus pada pembatasan kelahiran,

tetapi juga pada peningkatan kualitas hidup keluarga dengan memastikan kesehatan ibu dan anak tetap terjaga.

Dalam pelaksanaannya, program KB memberikan berbagai pilihan prosedur kontrasepsi yang dapat disesuaikan dengan kondisi kesehatan dan kebutuhan setiap pasangan. Prosedur tersebut meliputi kontrasepsi hormonal, seperti pil KB dan suntik KB, serta kontrasepsi non-hormonal, seperti alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) atau prosedur alami. Dengan adanya KB, pasangan dapat merencanakan kehamilan secara lebih sehat dan bertanggung jawab.

Selain aspek kesehatan, program KB juga memiliki dampak positif terhadap kesejahteraan sosial dan ekonomi keluarga. Dengan pengaturan jumlah anak yang ideal, orang tua dapat lebih fokus dalam membesarkan, mendidik, dan memenuhi kebutuhan anak-anak mereka. Hal ini juga berkontribusi pada peningkatan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan, karena keluarga yang terencana cenderung memiliki kondisi ekonomi dan pendidikan yang lebih baik.

Secara umum, KB merupakan langkah strategis dalam mendukung kesehatan reproduksi, kesejahteraan keluarga, serta pembangunan nasional. Dengan kesadaran dan partisipasi aktif masyarakat dalam program KB, diharapkan dapat tercipta keluarga yang lebih sehat, sejahtera, dan berkualitas (Nurhikmah et al., 2025)..

2. Tujuan Keluarga Berencana

a. Tujuan Jangka Pendek

- 1) Menunda kehamilan pada pasangan yang baru menikah agar pasangan memiliki waktu mempersiapkan kesehatan fisik, mental, dan ekonomi.
- 2) Menjarangkan kehamilan sehingga ibu memiliki waktu pemulihan pasca melahirkan dan anak sebelumnya mendapatkan perhatian penuh, terutama dalam hal gizi dan pengasuhan.

- 3) Menghentikan kehamilan bagi pasangan yang sudah merasa cukup jumlah anak, sesuai dengan prinsip tanggung jawab keluarga dan kondisi sosial ekonomi (Amalia et al., 2025).

b. Tujuan Jangka Panjang

- 1) Meningkatkan kualitas keluarga, yaitu menciptakan keluarga yang sehat, sejahtera, mandiri, dan mampu memberikan pendidikan terbaik bagi anak-anaknya.
- 2) Menurunkan angka kematian ibu dan bayi, karena kehamilan yang tidak direncanakan seringkali meningkatkan risiko komplikasi obstetri.
- 3) Mendukung pembangunan berkelanjutan, melalui pengendalian jumlah penduduk sehingga tercapai keseimbangan antara jumlah penduduk dengan ketersediaan sumber daya (Amalia et al., 2025).

3. Manfaat Keluarga Berencana (KB)

a. Bagi Ibu dan Anak

- 1) Mengurangi risiko kehamilan 4T (terlalu muda, terlalu tua, terlalu dekat jaraknya, dan terlalu banyak anak).
- 2) Memberi waktu istirahat bagi organ reproduksi sehingga dapat menurunkan risiko komplikasi obstetri, anemia, dan perdarahan.
- 3) Meningkatkan keberhasilan pemberian ASI eksklusif dan pemenuhan gizi anak.

b. Bagi Keluarga

- 1) Memberikan kesempatan bagi orang tua untuk mengoptimalkan pendidikan dan pengasuhan anak.
- 2) Meningkatkan kesejahteraan keluarga karena sumber daya ekonomi dapat lebih terarah.
- 3) Mengurangi beban psikologis orang tua dalam mengasuh anak terlalu banyak.

c. Bagi Masyarakat dan Negara

- 1) Mendukung tercapainya bonus demografi, yaitu kondisi di mana jumlah penduduk usia produktif lebih besar dibandingkan usia non-produktif.
- 2) Menekan angka kemiskinan dan pengangguran akibat ledakan penduduk.
- 3) Meningkatkan kualitas sumber daya manusia (SDM) karena generasi muda lebih sehat, berpendidikan, dan produktif.
- 4) Membantu pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) terutama pada pilar kesehatan, kesetaraan gender, dan pengentasan kemiskinan (Amalia et al., 2025).

4. Sasaran Program Keluarga Berencana

Sasaran Program Keluarga Berencana (KB) merupakan kelompok atau unit yang menjadi target utama intervensi. Penetapan sasaran sangat penting agar program berjalan efektif, tepat guna, dan mampu menjawab kebutuhan nyata masyarakat. Sasaran KB mencakup individu, pasangan usia subur, keluarga, serta komunitas yang memiliki peran dalam mendukung keberhasilan program (Noor et al., 2025).

a. Pasangan Usia Subur (PUS)

Pasangan usia subur (PUS), yaitu pasangan dengan usia istri 15-49 tahun, merupakan sasaran utama program KB. PUS berperan dalam pengambilan keputusan terkait penggunaan kontrasepsi, jarak kelahiran, dan jumlah anak yang diinginkan. Proporsi PUS di Indonesia sangat besar sehingga intervensi pada kelompok ini menjadi kunci untuk menjaga laju pertumbuhan penduduk. Program untuk PUS mencakup:

1. Konseling kesehatan reproduksi
2. Penyediaan metode kontrasepsi
3. Pelayanan KB pascapersalinan dan pasca keguguran

Peningkatan pengetahuan dan akses PUS terhadap layanan KB terbukti menurunkan risiko kehamilan tidak direncanakan (Noor et al., 2025).

b. Remaja dan Calon Pasangan Pengantin

Remaja merupakan sasaran strategis program KB karena mereka adalah calon orang tua di masa depan. WHO (2020) menekankan pentingnya *comprehensive sexuality education* untuk membantu remaja memahami kesehatan reproduksi, risiko kehamilan dini, dan perencanaan masa depan. Program edukasi untuk remaja diarahkan pada:

- 1) Pencegahan perkawinan anak
- 2) Persiapan kehidupan berkeluarga
- 3) Penundaan Usia Ideal Menikah
- 4) Edukasi mengenai kesehatan reproduksi dan gizi

Selain itu, Bimbingan Konseling Pra Nikah (BKPN) bagi calon pasangan pengantin menjadi bagian penting untuk membangun keluarga yang sehat dan siap reproduksi.

Program seperti Pendidikan Kesehatan Reproduksi (PKR) dan Generasi Berencana (GenRe) yang digagas BKKBN dirancang untuk memberikan pemahaman mendasar tentang perencanaan masa depan dan kesehatan reproduksi. Pendekatan preventif di kelompok ini terbukti dapat memperbaiki indikator kesehatan jangka panjang, termasuk penurunan angka kelahiran remaja (Noor et al., 2025).

c. Keluarga dengan Anak Balita, Remaja, dan Lansia

KB kini tidak hanya fokus pada reproduksi, tetapi juga pada pembangunan keluarga. BKKBN melalui tiga kelompok target keluarga, yaitu:

- 1) Keluarga dengan anak balita fokus pada pengasuhan, gizi, dan pencegahan stunting
- 2) Keluarga dengan anak remaja fokus pada pendidikan karakter, kesehatan mental, dan kesiapan masa depan
- 3) Keluarga lansia-fokus pada kemandirian dan kesejahteraan keluarga berisiko

Pendekatan ini sejalan dengan visi Bangsa Kencana untuk membentuk keluarga yang berkualitas sepanjang siklus kehidupan (Noor et al., 2025).

d. Kelompok Rentan dan Berisiko Tinggi

Program KB juga ditujukan kepada kelompok rentan yang membutuhkan pendampingan lebih intensif. Kelompok ini antara lain:

- 1) Ibu dengan risiko tinggi kehamilan (usia <20 tahun atau >35 tahun)
- 2) Keluarga miskin atau prasejahtera
- 3) Daerah terpencil, tertinggal, dan perbatasan
- 4) Keluarga dengan angka unmet need tinggi (Noor et al., 2025).

e. Tenaga Kesehatan dan Penyedia Layanan KB

Selain sasaran masyarakat, tenaga kesehatan seperti bidan, perawat, apoteker, dan dokter juga menjadi sasaran program KB. Mereka membutuhkan:

- 1) Pelatihan kompetensi pelayanan KB
- 2) Pembaruan pedoman teknis
- 3) Peningkatan kualitas konseling

Pelayanan KB yang berkualitas tergantung pada keahlian penyedia layanan, komunikasi efektif, dan kemampuan memberikan informasi objektif dan berbasis bukti (Noor et al., 2025).

f. Sasaran Tingkat Komunitas dan Pemerintah Daerah

Keberhasilan KB tidak hanya bergantung pada individu dan keluarga, tetapi juga pada dukungan lingkungan. Oleh karena itu, sasaran program mencakup:

- 1) Pemimpin komunitas
- 2) Tokoh agama
- 3) Organisasi masyarakat
- 4) Pemerintah desa dan kabupaten

Keterlibatan komunitas memperkuat advokasi, meningkatkan penerimaan sosial, dan memperluas jangkauan program KB hingga tingkat akar rumput (Noor et al., 2025).

5. Jenis-jenis Alat Kontrasepsi

- a. Alat Kontrasepsi Alami
 - 1) Metode Kalender
 - 2) Suhu Basal
 - 3) Metode Amenore Laktasi
 - 4) Coitus Interruptus
 - 5) Lendir Serviks
- b. Alat Kontrasepsi Non-Hormonal
 - 1) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)/*Intra Uterine Devices* (IUD)
 - 2) Vasektomi (MOP)/Tubektomi (MOW)
 - 3) Kondom
- c. Alat Kontrasepsi Hormonal
 - 1) Suntik
 - 2) Pil
 - 3) Alat Kontrasepsi Implan/AKBK

KB implan merupakan salah satu metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) yang dipasang di bawah kulit lengan atas wanita dan mengandung hormon progestin. Hormon tersebut bekerja dengan menghambat ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga sperma sulit masuk, serta mengubah lapisan endometrium sehingga implantasi sulit terjadi. KB implan dikenal sebagai metode kontrasepsi yang bersifat reversibel, artinya kesuburan dapat kembali setelah alat dilepas. Umumnya, implan efektif digunakan selama 3-5 tahun tergantung jenisnya (Rahayu & Ulfah, 2022).

KB implan termasuk salah satu kontrasepsi paling efektif dengan tingkat kegagalan sangat rendah, yaitu kurang dari 1 kehamilan per 100 wanita per tahun penggunaan. Efektivitas tinggi

ini disebabkan karena pengguna tidak perlu mengingat penggunaan harian atau bulanan sehingga risiko kesalahan penggunaan menjadi sangat kecil (Rahayu & Ulfah, 2022).

a) Keuntungan Alat Kontrasepsi Implan

- (1) Perlindungan jangka panjang, dapat digunakan selama 3–5 tahun tanpa perlu penggantian rutin.
- (2) Praktis dan mudah digunakan, akseptor tidak perlu mengingat jadwal konsumsi obat atau suntikan berkala.
- (3) Kesuburan cepat kembali, setelah implan dilepas, kesuburan umumnya dapat kembali dengan cepat.
- (4) Aman untuk ibu menyusui, karena hanya mengandung hormon progestin, KB implan relatif aman digunakan pada masa laktasi.
- (5) Tidak mengganggu hubungan seksual, implan berada di bawah kulit sehingga tidak mengganggu aktivitas seksual.
- (6) Mengurangi risiko kehamilan risiko tinggi, dengan pengaturan jarak kehamilan yang baik, KB implan membantu menjaga kesehatan ibu dan anak.

b) Kekurangan Alat Kontrasepsi Implan

- (1) Gangguan menstruasi, efek samping yang paling sering terjadi adalah perubahan pola menstruasi seperti perdarahan tidak teratur, spotting, amenore, atau menstruasi memanjang.
- (2) Efek hormonal, sebagian pengguna dapat mengalami sakit kepala, perubahan mood, peningkatan berat badan, atau jerawat.
- (3) Memerlukan tindakan medis, pemasangan dan pelepasan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih.
- (4) Nyeri atau memar pada area pemasangan, setelah pemasangan dapat muncul rasa nyeri ringan atau bengkak sementara.

- (5) Tidak melindungi dari infeksi menular seksual, KB implan hanya mencegah kehamilan, bukan IMS/HIV.
- (6) Sebagian akseptor mengalami kecemasan, beberapa penelitian menunjukkan adanya kecemasan sebelum maupun sesudah pemasangan akibat kekhawatiran terhadap efek samping (Putri et al., 2025).

E. Standar Asuhan Kebidanan

Standar asuhan kebidanan dijelaskan sebagai acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 983/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan adalah sebagai berikut (Budiana, 2021) :

1. Pendokumentasian menggunakan 7 langkah Varney

a. Pengkajian Data

- 1) Riwayat meliputi: Penyakit baik fisik dan jiwa, haid, obstetrik, ginekologi, seksual, kontrasepsi, hormon, mencuci vagina.
- 2) Pemeriksaan fisik umum: *head to toe*/kepala sampai kaki secara sistematis pemeriksaan khusus atau obstetrik meliputi: inspeksi, palpasi menurut Leopold 1-IV, auskultasi, dan perkusi. Pemeriksaan panggul sesuai indikasi.
- 3) Memeriksa keadaan saat ini atau riwayat catatan rumah sakit.
- 4) Pemeriksaan laboratorium: darah hemoglobin, hematokrit, urine reduksi/protein USG, rontgen sesuai indikasi kebutuhan klien.
- 5) Semua informasi terkait diperoleh dari semua sumber (klien/pasien, keluarga dan petugas).
- 6) Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap tentang pasien termasuk komplikasi, yang perlu dipresentasikan kepada dokter konsultan untuk manajemen kolaboratif, sehingga Terkadang bidan perlu memulai dengan langkah 4 manajemen kebidanan Varney

yaitu menilai kebutuhan atau tindakan segera yang diperlukan pasien untuk dikonsultasikan/dikolaborasikan dengan dokter.

b. Interpretasi Data Dasar

Interpretasi data dasar untuk menentukan diagnosa atau masalah yang diidentifikasi secara khusus. Kata diagnosa dan masalah sama-sama digunakan, karena beberapa masalah tidak dapat didefinisikan sebagai diagnosa tetapi perlu dipertimbangkan dalam mengembangkan rencana asuhan yang komprehensif untuk pasien. Masalah sering terkait dengan bagaimana perempuan mengalami fakta diagnosanya dan sering diidentifikasi secara fokus oleh bidan pada pasien/individu yang mengalami. Masalah adalah hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosa.

c. Perumusan Masalah Potensial

Langkah ini akan mengidentifikasi persoalan potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa/*problem* yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi. Jika memungkinkan dapat dilakukan pencegahan. Pada langkah ketiga ini Bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial tidak hanya merumuskan problem potensial yang akan terjadi namun juga merumuskan tindakan antisipasi penanganan supaya *problem* atau diagnosa potensial tidak terjadi.

d. Tindakan Segera

Pada langkah ini akan mengidentifikasi perlunya tindakan segera yang dilakukan oleh Bidan/Dokter dan, atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai keadaan kondisi klien.

Langkah ini kesinambungan dari mencerminkan proses penatalaksanaan kebidanan. Jadi, penatalaksanaan bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus. Pada penjelasan di atas

menunjukkan bahwa bidan dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah/kebutuhan yang dihadapi kliennya.

Setelah bidan merumuskan tindakan yang perlu dilakukan buat mengantisipasi diagnosa/masalah potensial pada langkah sebelumnya, bidan juga harus merumuskan tindakan *emergency*/segera untuk ditangani baik ibu juga bayinya. Dalam rumusan ini termasuk tindakan segera yang bisa dilakukan mandiri, kerja sama atau yang bersifat rujukan.

e. Perencanaan

Pada langkah wajib merencanakan asuhan secara menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap persoalan atau diagnosa yang telah teridentifikasi atau diantisipasi di langkah sebelumnya. Dilangkah ini informasi data yang tidak lengkap bisa dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada *problem* yang berkaitan dengan sosial ekonomi kultural atau masalah psikologi. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh Bidan serta klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif sebab klien akan melaksanakan rencana tersebut. Semua keputusan yang dikembangkan pada asuhan menyeluruh ini wajib rasional dan benar-benar sahih sesuai dengan pengetahuan dan teori yang *up to date* serta sinkron menggunakan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien.

f. Pelaksanaan

Pada langkah ke enam ini planning asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke 5 dilaksanakan secara safety serta efisien. Perencanaan ini dirancang serta dilaksanakan seluruhnya oleh

bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Bidan tidak melakukannya sendiri, bidan tetap bertanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Dalam kondisi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan Bidan dalam penatalaksanaan asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh. Pelaksanaan yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu serta asuhan klien

g. Evaluasi

Evaluasi keefektifan asuhan dilangkah ini dilakukan penilaian keefektifan berasal asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah sah-sah telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam diagnosa serta problem. Rencana tadi bisa diklaim efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Langkah-langkah proses penatalaksanaan umumnya ialah pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan dan berorientasi di proses klinis, karena proses penatalaksanaan tadi berlangsung pada situasi klinik, maka dua langkah terakhir tergantung di klien serta situasi klinik.

2. Pendokumentasian Catatan Perkembangan Menggunakan SOAP

- a. S: adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa
- b. O: adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan
- c. A: adalah hasil analisis mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
- d. P: adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindak antisipasif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi *follow up* dan rujukan.

F. Kewenangan Bidan

Berdasarkan Permenkes Republik Indonesia No. 28 tahun 2017, kewenangan bidan yaitu:

1. Pasal 18

Dalam rangka penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan :

- a. Pelayanan kesehatan ibu
- b. Pelayanan kesehatan anak; dan
- c. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana

2. Pasal 19

- a. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 huruf a diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.
- b. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana di maksud pada ayat (1) meliputi pelayanan :
 - 1) Konseling pada masa sebelum hamil;
 - 2) Antenatal pada kehamilan normal;
 - 3) Persalinan normal;
 - 4) Ibu nifas normal;
 - 5) Ibu menyusui; dan
 - 6) Konseling ada masa antara dua kehamilan
- c. Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Bidan berwenang melakukan :
 - 1) Episiotomi;
 - 2) Pertolongan persalinan normal;
 - 3) Penjahitan jalan lahir tingkat I dan II;
 - 4) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan;
 - 5) Pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil;
 - 6) Pemberian vitami A dosis tinggi pada ibu nifas;
 - 7) Fasilitasi/ bimbingan inisiasi menyusu dini dan promosi air susu ibu eksklusif.
 - 8) Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum;
 - 9) Penyuluhan dan konseling;

- 10) Bimbingan pada kelompok ibu hamil; dan
- 11) Pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.

3. Pasal 20

- a. Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 b diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak prasekolah.
- b. Dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bidan berwenang melakukan:
 - 1) Pelayanan neonatal esensial;
 - 2) Penanganan kegawatdaruratann dilanjutkan dengan perujukan;
 - 3) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita dan anak prasekolah; dan
 - 4) Konseling dan penyuluhan.
- c. Pelayanan neonatal esensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a meliputi inisiasi menyusui dini, pemotongan dan perawatan tali pusat, pemberian suntikan Vit K1, pemberian imunisasi HB0, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pemantauan tanda bahaya, pemberian tanda identitas diri, dan merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil dan tepat waktu ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu.
- d. Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b meliputi :
 - 1) Penanganan awal asfiksia bayi baru lahir melalui pembersihan jalan nafas, ventilasi tekanan positif, dan/atau kompresi jantung.
 - 2) Penganan awal hiportemia pada bayi baru lahir dengan BBLR melalui penggunaan selimut dan fasilitasi dengan cara menghangatkan tubuh bayi dengan kangguru;
 - 3) Penanganan awal infeksi tali pusat dengan mengoleskan alkohol atau povidon iodine serta menjaga luka tali pusat tetap bersih dan kering dan mebersihkan dan pemberian salep mata pada bayi baru lahir dengan infeksi gonore (GO).

- e. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c meliputi kegiatan penimbangan berat badan, pengukuran lingkaran kepala, pengukuran tinggi badan, stimulasi deteksi dini, dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang balita dengan menggunakan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP).
- f. Konseling dan penyuluhan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d meliputi pemberian komunikasi, informasi, edukasi (KIE) kepada ibu dan keluarga tentang perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, tanda bahaya bayi baru lahir, pelayanan kesehatan, imunisasi, gizi seimbang, PHBS, dan tumbuh kembang.

4. Pasal 21

Dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 huruf c, bidan berwenang memberikan :

- a. Penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana;
- b. pelayanan kontrasepsi oral, kondom dan suntik.

5. Pasal 25

- a. Kewenangan berdasarkan program pemerintah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 ayat (1) huruf a, meliputi:
 - 1) Pemberian pelayanan alat kontrasepsi dalam rahim dan alat kontrasepsi bawah kulit;
 - 2) Asuhan antenatal terintegrasi dengan intervensi khusus penyakit tertentu;
 - 3) Penanganan bayi dan anak balita sakit sesuai dengan pedoman yang ditetapkan;
 - 4) Pemberian imunisasi rutin dan tambahan sesuai program pemerintah;

- 5) Melakukan pembinaan peran serta masyarakat di bidang kesehatan ibu dan anak, anak usia sekolah dan remaja, dan penyehatan lingkungan;
- 6) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, anak pra sekolah dan anak sekolah;
- 7) Melaksanakan deteksi dini, merujuk, dan memberikan penyuluhan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk pemberian kondom, dan penyakit lainnya;
- 8) Pencegahan penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) melalui informasi dan edukasi; dan melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas;
- 9) Melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas;
- b. Kebutuhan dan penyediaan obat, vaksin, dan/atau kebutuhan logistik lainnya dalam pelaksanaan Kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

6. Pasal 28

- a. Dalam melaksanakan praktik kebidanannya, Bidan berkewajiban untuk: menghormati hak pasien;
- b. Memberikan informasi tentang masalah kesehatan pasien dan pelayanan yang dibutuhkan;
- c. Merujuk kasus yang bukan kewenangannya atau tidak dapat ditangani dengan tepat waktu;
- d. Meminta persetujuan tindakan yang akan dilakukan;
- e. Menyimpan rahasia pasien sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan-undangan;
- f. Melakukan pencatatan asuhan kebidanan dan pelayanan lainnya yang diberikan secara sistematis;
- g. Mematuhi standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional;

- h. Melakukan pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan Praktik Kebidanan termasuk pelaporan kelahiran dan kematian;
- i. Pemberian surat rujukan dan surat keterangan kelahiran; dan
- j. Meningkatkan mutu pelayanan profesinya, dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui pendidikan dan pelatihan sesuai dengan bidang tugasnya.

7. Pasal 29

- a. Dalam melaksanakan praktik kebidanannya, Bidan memiliki hak: memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan pelayanannya sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional;
- b. Memperoleh informasi yang lengkap dan benar dari pasien dan/atau keluarganya;
- c. Melaksanakan tugas sesuai dengan kompetensi dan kewenangan.

G. Kerangka Pikir/Kerangka Pemecahan Masalah

Gambar 2. 2 Kerangka Pikir

Ibu Hamil Trimester III

