

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Teori

1. Konsep Dasar Teori

a. Pengertian kehamilan

Kehamilan merupakan suatu proses yang diawali oleh pembuahan, yaitu pertemuan antara sel sperma dan sel ovum di dalam ovarium (indung telur). Proses ini menghasilkan zigot yang kemudian mengalami pembelahan, menempel pada dinding rahim, membentuk plasenta, dan selanjutnya tumbuh serta berkembang hingga akhirnya bayi dilahirkan. Masa kehamilan normal berlangsung selama kurang lebih 280 hari atau 40 minggu (9 bulan 7 hari), yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (Risyati et al., 2021).

Kehamilan adalah proses alami saat sel sperma berhasil membuahi sel telur dan berkembang menjadi janin di dalam rahim. Proses ini dimulai dari pembuahan, implementasi, perkembangan embrio, hingga akhirnya pertumbuhan janin yang berlangsung selama kurang lebih 40 minggu. Kehamilan terdiri dari tiga trimester yang masing-masing memiliki perkembangan yang signifikan bagi ibu dan janin (Nurlina et al., 2025).

Kehamilan merupakan suatu proses yang fisiologis atau alamiah, yang dimana setiap Perempuan yang memiliki organ reproduksi yang sehat, telah mengalami menstruasi, dan melakukan hubungan seksual dengan seorang pria yang sehat maka besar kemungkinan akan mengalami kehamilan. Kehamilan juga dikemal sebagai gravida atau gestasi adalah waktu dimana satu atau lebih bayi berkembang di dalam diri seorang Wanita. Kehamilan dapat terjadi

melalui hubungan seksual atau teknologi reproduksi buatan seperti (Bayi tabung (Risyati et al., 2021).

Berdasarkan pengertian kehamilan di atas dapat disimpulkan bahwa Kehamilan merupakan suatu proses fisiologis yang terjadi akibat pembuahan antara sel sperma dan sel ovum, yang kemudian berkembang dan berimplantasi di dalam rahim hingga menjadi janin. Proses kehamilan berlangsung selama kurang lebih 40 minggu yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir.

b. Klasifikasi Usai Kehamilan

Menurut (Risyati et al., 2021) kehamilan terbagi dalam 3 trimester yaitu:

1) Trimester Pertama (1-12 minggu)

Trimester pertama berlangsung sejak minggu pertama hingga minggu ke-12 kehamilan dan mencakup proses pembuahan. Pembuahan terjadi ketika sel sperma berhasil membuahi sel ovum, kemudian hasil pembuahan bergerak melalui tuba falopi dan berimplantasi pada dinding rahim. Pada tahap ini mulai terbentuk embrio beserta plasenta. Trimester pertama dapat dibedakan menjadi periode embrionik dan periode janin. Periode embrionik dimulai sejak terjadinya pembuahan atau pada usia kehamilan sekitar 2 hingga 10 minggu. Pada fase ini terjadi proses organogenesis, sehingga embrio berada pada masa paling rentan terhadap pengaruh zat teratogen. Peralihan dari periode embrionik ke periode janin terjadi sekitar 8 minggu setelah pembuahan atau sekitar 10 minggu sejak hari pertama haid terakhir. Pada usia kehamilan 12 minggu, denyut jantung janin sudah dapat terdeteksi melalui pemeriksaan ultrasonografi, gerakan janin mulai muncul, jenis kelamin mulai dapat dikenali, serta ginjal janin telah mulai memproduksi urin.

2) Trimester Dua (13-28 minggu)

Trimester kedua berlangsung pada usia kehamilan minggu ke-13 hingga minggu ke-28. Pada pertengahan trimester ini, ibu umumnya sudah dapat merasakan pergerakan janin. Memasuki usia kehamilan 28 minggu, lebih dari 90% janin memiliki peluang untuk bertahan hidup di luar rahim apabila memperoleh perawatan medis yang optimal. Menjelang akhir trimester kedua, janin telah mampu melakukan fungsi dasar seperti bernapas dan menelan, serta mulai mengatur suhu tubuhnya. Pada fase ini, surfaktan mulai terbentuk di paru-paru, mata janin sudah dapat membuka dan menutup, serta ukuran janin telah mencapai sekitar 2/3 dari ukuran tubuh saat lahir.

3) Trimester Tiga (29- 40 minggu)

Trimester ketiga berlangsung mulai usia kehamilan 29 minggu hingga sekitar 40 minggu dan berakhir dengan proses persalinan. Pada periode ini, seluruh rongga rahim telah terisi oleh janin sehingga ruang geraknya menjadi terbatas. Selama trimester ketiga terjadi peningkatan penimbunan lemak coklat di bawah kulit janin sebagai persiapan adaptasi setelah kelahiran. Selain itu, antibodi dari ibu ditransfer ke janin, serta terjadi penyimpanan zat besi, kalsium, dan fosfor yang penting untuk pertumbuhan dan perkembangan janin. Sedangkan pada ibu, trimester ini sering disertai berbagai ketidaknyamanan, seperti sering buang air kecil, pembengkakan pada kaki, nyeri punggung, dan gangguan tidur. Kontraksi Braxton Hicks juga cenderung meningkat seiring dengan persiapan serviks dan segmen bawah rahim untuk menghadapi proses persalinan.

c. Perubahan Dan Adaptasi Fisiologis Pada Ibu Hamil Trimester III

Menurut (Riswati et al., 2021) ada beberapa perubahan dan adaptasi fisiologis pada ibu hamil trimester III:

1) Uterus

Pada wanita yang tidak hamil, uterus merupakan organ yang relatif padat dengan berat sekitar 70 gram dan volume rongga kurang dari 10 ml. Selama kehamilan, uterus mengalami perubahan menjadi organ muskular dengan dinding yang relatif menipis dan mampu menampung janin, plasenta, serta cairan amnion. Pada kehamilan aterm, volume total isi uterus mencapai sekitar 5 liter dan dalam kondisi tertentu dapat meningkat hingga 20 liter atau lebih. Dengan demikian, pada akhir kehamilan kapasitas uterus dapat meningkat sekitar 500 hingga 1000 kali dibandingkan keadaan sebelum hamil.

Tabel 2. 1 Berat badan sesuai usia kehamilan

Usia kehamilan	Berat Badan Janin
1 bulan	-
2 bulan	5 gram
3 bulan	15 gram
4 bulan	120 gram
5 bulan	280 gram
6 bulan	600 gram
7 bulan	1000 gram
8 bulan	1800 gram
9 bulan	2500 gram
10 bulan	3000 gram

2) Ovarium

Selama kehamilan, ovarium yang mengandung korpus luteum gravidarium tetap melanjutkan fungsinya hingga plasenta terbentuk secara sempurna, yaitu sekitar usia kehamilan 16 minggu. Keberlangsungan fungsi ini dipengaruhi oleh hormon human chorionic gonadotropin (hCG) yang dihasilkan oleh vili korionik dan memiliki efek serupa dengan hormon luteotropik dari hipofisis anterior.

3) Serviks

Pada masa kehamilan, serviks mengalami peningkatan vaskularisasi dan pelunakan yang dikenal sebagai tanda Goodell. Kelenjar endoserviks mengalami pembesaran dan menghasilkan

sekresi mukus dalam jumlah lebih banyak. Akibat peningkatan dan pelebaran pembuluh darah, warna serviks berubah menjadi kebiruan atau keunguan, yang dikenal sebagai tanda Chadwick.

4) Vagina dan perineum

Selama kehamilan terjadi peningkatan vaskularisasi dan hiperemia pada kulit serta otot perineum dan vulva, disertai pelunakan jaringan ikat di bawahnya. Peningkatan vaskularitas ini menyebabkan vagina berwarna keunguan (tanda Chadwick). Dinding vagina mengalami perubahan signifikan sebagai persiapan menghadapi proses persalinan, meliputi penebalan mukosa, pelonggaran jaringan ikat, dan hipertrofi sel otot polos. Papila epitel vagina mengalami hipertrofi sehingga memberikan gambaran permukaan berpaku halus. Sekresi serviks ke dalam vagina meningkat dan tampak sebagai cairan putih kental dengan pH asam berkisar antara 3,5 hingga 6, yang disebabkan oleh peningkatan produksi asam laktat dari glikogen epitel vagina oleh *Lactobacillus acidophilus*.

5) Payudara (Mamae)

Pada awal kehamilan, payudara terasa lebih lunak. Setelah memasuki bulan kedua, ukuran payudara bertambah dan pembuluh vena di bawah kulit tampak lebih jelas. Puting payudara membesar, menghitam, dan menjadi lebih menonjol. Sejak bulan pertama kehamilan, kolostrum yang berwarna kekuningan dapat keluar, yang dihasilkan oleh kelenjar asinus yang mulai berfungsi. Meskipun demikian, produksi ASI belum terjadi karena pengaruh hormon prolaktin inhibiting hormone yang masih menekan kerja prolaktin. Areola payudara juga membesar dan menghitam, serta kelenjar Montgomery mengalami pembesaran dan tampak lebih menonjol.

6) Sistem Pernapasan

Pada kehamilan, sebagian wanita mengeluhkan rasa sesak atau napas pendek. Kondisi ini disebabkan oleh penekanan diafragma ke arah atas akibat pembesaran uterus. Kapasitas vital paru-paru sedikit meningkat, dan ibu hamil cenderung bernapas lebih dalam dengan pola pernapasan dada (*thoracic breathing*) yang lebih dominan.

7) Sistem Pencernaan (*Traktus Digestivus*)

Seiring bertambahnya ukuran uterus, terjadi pergeseran posisi lambung, usus, dan organ lain seperti apendiks yang terdorong ke arah atas dan lateral. Selain itu, terjadi penurunan motilitas otot polos pada saluran pencernaan serta penurunan sekresi asam hidroklorida dan pepsin di lambung. Perubahan ini dapat menimbulkan keluhan seperti rasa panas di dada (*pyrosis/heartburn*) akibat refluks asam lambung ke esofagus yang dipengaruhi oleh perubahan posisi lambung dan penurunan tonus sfingter esofagus bawah. Mual terjadi akibat penurunan motilitas dan sekresi lambung, sedangkan konstipasi disebabkan oleh berkurangnya peristaltik usus besar.

8) Sistem Integumen (Kulit)

Selama kehamilan terjadi peningkatan deposit pigmen dan hiperpigmentasi kulit yang dipengaruhi oleh hormon Melanophore Stimulating Hormone (MSH) lobus hipofisis anterior serta hormon kelenjar Suprarenalis. Hiperpigmentasi tampak pada striae gravidarum livide atau alba, areola dan papila mammae, linea nigra, serta chloasma gravidarum. Hiperpigmentasi sering dijumpai pada area wajah (*chloasma gravidarum*), payudara (puting dan areola), serta perut (*linea nigra* dan *striae*). Setelah persalinan, perubahan warna kulit ini umumnya berangsur menghilang.

9) Sistem Perkemihan

Pada kehamilan, ginjal mengalami pembesaran disertai peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Dalam urin dapat ditemukan peningkatan ekskresi asam amino dan vitamin yang larut dalam air. Glukosuria sering dijumpai pada ibu hamil, namun kemungkinan adanya diabetes melitus tetap perlu diwaspadai. Sementara itu, proteinuria dan hematuria merupakan kondisi yang tidak normal. Selain itu, fungsi ginjal menunjukkan peningkatan klirens kreatinin hingga sekitar 30%.

10) Kelenjar endokrin

Terjadi perubahan kelenjar endokrin, seperti pada kelenjar tiroid akan membesar sedikit, kelenjar hipofisis akan membesar terutama lobus anterior dan kelenjar adrenal tidak begitu berpengaruh

11) Sistem kardiovaskuler

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

d. Perubahan Dan Adaptasi Psikologis Pada Ibu Hamil Trimester III

Menurut (Riswati et al., 2021) ada beberapa perubahan dan adaptasi psikologis pada masa hamil yaitu:

1) Perubahan psikologi pada masa kehamilan

a) Perubahan psikologis pada trimester I

- (1) Ibu merasa tidak sehat dan kadang merasa benci dengan kehamilannya
- (2) Kadang muncul penolakan, kekecewaan, kecemasan, dan kesedihan. Bahkan ibu berharap dirinya tidak hamil.
- (3) Ibu selalu mencari tanda-tanda apakah ia benar-benar hamil. Hal ini dilakukan hanya sekedar untuk meyakinkan dirinya.
- (4) Setiap perubahan yang terjadi dalam dirinya akan selalu mendapat perhatian dengan saksama

- (5) Ketidakstabilan emosi dan suasana hati
- (6) Rasa cemas bercampur Bahagia
- (7) Perubahan emosional
- (8) Sikap ambivalen
- (9) Ketidaknyamanan atau ketidakpastian
- (10) Perubahan seksual
- (11) Fokus pada diri sendiri
- (12) Stress
- (13) Guncangan psikologis

b) Perubahan yang terjadi pada trimester II

- (1) Ibu sudah merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi
- (2) Ibu sudah bisa menerima kehamilannya
- (3) Ibu sudah dapat merasakan Gerakan bayi
- (4) Merasa terlepas dari ketidaknyamanan dan kekhawatiran
- (5) Merasa bahwa bayi sebagai individu yang merupakan bagian dari dirinya
- (6) Hubungan social meningkat dengan Wanita hamil lainnya/ orang lain
- (7) Ketertarikan dan aktifitasnya terfokus pada kehamilan, kelahiran dan persiapan untuk peran baru
- (8) Perut ibu belum terlalu besar sehingga belum dirasa beban oleh ibu
- (9) Rasa khawatir
- (10) Perubahan emosional
- (11) Keinginan untuk berhubungan seksual

c) Perubahan yang terjadi pada trimester III

- (1) Rasa tidak nyaman timbul Kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik
- (2) Merasa tidak menyenangkan Ketika bayi tidak lahir tepat waktu

- (3) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada saat melahirkan, khawatir, akan keselamatannya
 - (4) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya
 - (5) Ibu tidak sabar menunggu kelahiran bayinya
 - (6) Semakin ingin menyudahi kehamilannya
 - (7) Aktif mempersiapkan kelahiran bayinya
 - (8) Bermimpi dan berkhayal tentang bayinya
 - (9) Rasa tidak nyaman
 - (10) Rasa tidak nyaman
 - (11) Perubahan emosional
- d) Adaptasi psikologi pada ibu hamil
- (1) Dukungan suami, Dukungan suami yang positif berperan penting dalam menunjang kesehatan fisik dan psikologis ibu serta pertumbuhan dan perkembangan janin. Dukungan ini tidak hanya terbatas pada aspek finansial, tetapi juga mencakup pemberian kasih sayang, penanaman rasa percaya diri, komunikasi yang terbuka dan jujur, sikap peduli, perhatian, responsif, serta kesiapan suami dalam menjalani peran sebagai ayah.
 - (2) Dukungan keluarga, Selama kehamilan, ibu sering mengalami peningkatan rasa ketergantungan terhadap orang lain, terutama menjelang persalinan. Hal ini berkaitan dengan kebutuhan akan rasa aman, khususnya terkait keselamatan ibu dan bayi. Dukungan tidak hanya diharapkan dari suami, tetapi juga dari keluarga besar. Dukungan keluarga dapat meningkatkan rasa percaya diri serta kesiapan mental ibu dalam menghadapi kehamilan dan proses persalinan.
 - (3) Tingkat kesiapan personal ibu, Kesiapan personal ibu merupakan modal utama dalam menjaga kesehatan fisik dan

psikologis. Kemampuan ibu untuk menyeimbangkan perubahan fisik dengan kondisi psikologis akan membantu ibu menjalani kehamilan dengan lebih nyaman, sehingga beban fisik dan mental dapat dihadapi tanpa menimbulkan stres atau depresi.

- (4) Pengalaman traumatis ibu, Pengalaman traumatis pada ibu hamil dapat dipengaruhi oleh sikap mental dan kualitas diri ibu. Trauma dapat muncul akibat pengalaman sebelumnya atau paparan terhadap peristiwa yang menimbulkan ketakutan, yang berpotensi memengaruhi kondisi psikologis ibu selama kehamilan.

e. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

Menurut (Riswati et al., 2021) Kebutuhan dasar ibu hamil dibedakan menjadi dua, yaitu kebutuhan fisik dan kebutuhan psikologis.

1) Kebutuhan Fisik Ibu Hamil

Pemenuhan kebutuhan fisik selama kehamilan sangat penting agar ibu tetap sehat hingga proses persalinan. Kebutuhan fisik ibu hamil meliputi beberapa aspek sebagai berikut:

a) Kebutuhan Oksigen

Selama kehamilan, kebutuhan oksigen ibu meningkat. Peningkatan ini menyebabkan produksi eritropoietin di ginjal bertambah, sehingga jumlah sel darah merah atau eritrosit meningkat sekitar 20–30%.

b) Kebutuhan Nutrisi

Ibu hamil membutuhkan asupan nutrisi yang adekuat karena masa kehamilan merupakan periode penting bagi pertumbuhan dan perkembangan janin. Apabila kebutuhan nutrisi tidak terpenuhi dengan baik, ibu hamil berisiko mengalami gangguan kesehatan, seperti anemia. Zat besi sangat dibutuhkan selama

kehamilan untuk mendukung pembentukan sel darah merah serta pertumbuhan janin dan plasenta.

Kebutuhan zat besi selama kehamilan sekitar 800 mg, yang terdiri dari 300 mg untuk janin dan plasenta serta 500 mg untuk peningkatan eritrosit ibu. Oleh karena itu, ibu hamil memerlukan asupan zat besi sekitar 2–3 mg per hari. Pola makan sehat dan bergizi seimbang bagi ibu hamil harus mengandung kalori dan zat gizi yang sesuai, meliputi karbohidrat, lemak, protein, vitamin, mineral, serat, dan air. Pola makan ibu hamil dipengaruhi oleh kebiasaan sehari-hari, kesukaan, budaya, agama, serta kondisi sosial ekonomi, yang secara langsung berdampak pada status gizi ibu.

c) Kebutuhan Personal Hygiene

Kebersihan diri sangat penting selama kehamilan karena ibu hamil lebih rentan terhadap infeksi. Kebersihan gigi dan mulut, vagina, kuku, serta rambut yang tidak terjaga dapat berdampak negatif, seperti kelahiran prematur dan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR). Ibu hamil dianjurkan mandi minimal dua kali sehari karena produksi keringat meningkat. Kebersihan area lipatan kulit, seperti ketiak, bawah payudara, dan genitalia, harus dijaga dengan cara membersihkannya menggunakan air bersih dan mengeringkannya dengan handuk kering. Selain itu, kebersihan gigi dan mulut perlu mendapat perhatian khusus karena ibu hamil lebih rentan mengalami gigi berlubang dan infeksi yang dapat menimbulkan komplikasi kehamilan. Penurunan daya tahan tubuh selama kehamilan juga menyebabkan organ reproduksi lebih rentan terhadap infeksi, sehingga keputihan lebih sering terjadi. Apabila personal hygiene, khususnya kebersihan genitalia, tidak terjaga dengan baik, dapat menyebabkan keputihan akibat infeksi jamur maupun bacterial vaginosis (BV).

d) Kebutuhan Eliminasi

Selama kehamilan, tubuh ibu mengalami berbagai perubahan yang dapat menimbulkan keluhan, seperti konstipasi dan sering buang air kecil. Frekuensi berkemih meningkat akibat tekanan uterus yang membesar ke arah panggul serta adanya hipervolemia fisiologis. Selain itu, peningkatan metabolisme tubuh dan produksi urine dapat menyebabkan kehilangan cairan tubuh. Oleh karena itu, ibu hamil dianjurkan untuk mencukupi kebutuhan cairan dengan minum air putih dan mengonsumsi makanan yang mengandung banyak cairan.

Konstipasi merupakan salah satu keluhan yang sering dialami ibu hamil, yang dipengaruhi oleh perubahan pola makan, penurunan motilitas usus, serta kurangnya asupan cairan dan serat, terutama pada trimester pertama yang disertai mual dan muntah. Penanganan konstipasi dianjurkan dilakukan melalui penyesuaian pola makan dan gaya hidup, seperti mengonsumsi makanan tinggi serat sekitar 30–35 gram per hari, sebelum menggunakan terapi farmakologis.

e) Kebutuhan Seksual

Kehamilan dapat memengaruhi kehidupan seksual pasangan. Kebutuhan seksual pada ibu hamil bersifat individual; pada sebagian ibu terjadi penurunan dorongan seksual, sementara pada sebagian lainnya tidak mengalami perubahan berarti. Hubungan seksual selama kehamilan umumnya aman dilakukan, kecuali terdapat kondisi patologis atau keadaan yang mengancam kehamilan. Pada ibu hamil anak pertama, sering muncul rasa takut berlebihan yang memengaruhi aktivitas seksual. Hubungan seksual tetap dapat dilakukan dengan hati-hati, terutama pada usia kehamilan 32–36 minggu, untuk menghindari risiko persalinan prematur. Manfaat hubungan seksual dalam kehamilan antara lain adalah menjalin hubungan

dengan pasangan semakin akrab, mempertahankan kebugaran tubuh serta membantu kesiapan otot panggul dalam menghadapi persalinan serta memberikan efek relaksasi yang bermanfaat bagi ibu dan janin.

f) Kebutuhan Mobilisasi

Mobilisasi dan aktivitas fisik selama kehamilan penting untuk menjaga kesehatan ibu dan janin. Ibu hamil yang melakukan aktivitas fisik atau olahraga secara teratur cenderung memiliki kondisi kesehatan yang lebih baik. Namun, masih banyak ibu hamil yang enggan berolahraga karena kekhawatiran akan gangguan pada kehamilan. Bertambahnya berat badan dan ukuran rahim sering membuat ibu merasa sulit bergerak, sehingga memilih untuk lebih banyak beristirahat. Kurangnya aktivitas fisik dapat meningkatkan risiko kesulitan saat persalinan. Aktivitas fisik yang dilakukan secara teratur selama kehamilan memiliki pengaruh positif terhadap pematangan serviks menjelang persalinan.

g) Kebutuhan Istirahat dan Tidur

Istirahat dan tidur yang cukup sangat penting bagi kesehatan ibu dan janin. Gangguan tidur pada ibu hamil dapat disebabkan oleh peningkatan berat janin, sesak napas, nyeri punggung, serta pergerakan janin. Untuk mengatasi gangguan tidur, ibu hamil dianjurkan melakukan senam hamil dan latihan relaksasi agar tubuh menjadi lebih nyaman dan kualitas tidur meningkat.

h) Kebutuhan Senam Hamil

Latihan fisik selama kehamilan dapat dilakukan melalui senam hamil. Senam hamil dapat meningkatkan produksi hormon endorfin yang membantu mengurangi rasa nyeri dan ketidaknyamanan selama kehamilan. Gerakan senam hamil meliputi latihan relaksasi, pernapasan panjang, dan meditasi.

Latihan yang dilakukan secara teratur juga dapat menurunkan tingkat kecemasan ibu dalam menghadapi persalinan.

2) Kebutuhan psikologis ibu hamil

Menurut (Fitriani et al., 2022) kebutuhan psikologi ibu hamil dibagi menjadi beberapa bagian yaitu:

a) Dukungan suami

Peran serta dan dukungan suami selama masa kehamilan sangat penting karena dapat memberikan energi positif bagi ibu hamil. Dukungan tersebut terbukti mampu meningkatkan kesiapan ibu dalam menjalani kehamilan hingga menghadapi proses persalinan. Suami merupakan tempat konsultasi utama bagi ibu hamil dalam menyampaikan berbagai keluhan dan permasalahan yang dialami. Bentuk dukungan suami antara lain mengantar istri untuk pemeriksaan kehamilan, membantu memenuhi kebutuhan ibu hamil, mengingatkan untuk mengonsumsi vitamin dan tablet tambah darah, serta membantu pekerjaan rumah tangga. Meskipun dukungan yang diberikan terlihat sederhana, hal tersebut memiliki makna besar dalam meningkatkan kondisi psikologis ibu hamil.

b) Dukungan anggota keluarga

Dukungan anggota keluarga dapat diwujudkan dengan menjaga keharmonisan dan suasana keluarga yang kondusif selama kehamilan. Selain itu, keluarga juga berperan dalam membantu persiapan menjadi orang tua, baik melalui persiapan mental maupun ekonomi, mengingat bertambahnya anggota keluarga akan meningkatkan kebutuhan. Dukungan keluarga dapat ditunjukkan dengan kepedulian terhadap kondisi ibu hamil, seperti sering berkunjung, menanyakan keadaan ibu dan janin, serta memberikan doa untuk kesehatan ibu dan bayi.

c) Dukungan dari tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan memiliki peran penting dalam memenuhi kebutuhan psikologis ibu hamil dengan memberikan dukungan moral serta meyakinkan ibu bahwa perubahan fisik dan psikologis yang dialami selama kehamilan merupakan hal yang normal atau fisiologis. Bidan diharapkan bersikap aktif melalui kegiatan kelas antenatal serta memberikan kesempatan kepada ibu hamil untuk berkonsultasi apabila mengalami masalah terkait kehamilannya. Selain itu, bidan harus mampu mengenali tanda-tanda bahaya kehamilan serta memahami perubahan psikologis ibu hamil pada setiap trimester, sehingga asuhan kebidanan yang diberikan dapat sesuai dengan kebutuhan ibu.

d) Rasa aman dan nyaman

Rasa aman dan nyaman merupakan kebutuhan psikologis utama bagi ibu hamil. Ibu hamil membutuhkan perasaan dicintai, diperhatikan, dan dihargai oleh orang-orang di sekitarnya. Selain itu, ibu hamil juga perlu merasa yakin bahwa pasangan dan keluarganya dapat menerima kehadiran calon bayi, sehingga ibu dapat menjalani kehamilan dengan perasaan tenang dan positif.

f. Standar asuhan pelayanan antenatal

Menurut Kemenkes RI (2016) dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar terdiri dari (Farming et al., 2024):

1) Ukur tinggi badan dan berat badan

Pengukuran tinggi badan dilakukan pada kunjungan pertama. Bila tinggi badan ibu kurang dari 145 cm maka ibu memiliki faktor risiko untuk panggul sempit sehingga kemungkinan sulit untuk bersalin secara pervaginam. Berat badan ibu hamil harus diperiksa setiap kali kunjungan. Penambahan berat badan selama kehamilan minimal 1 kg/bulan dan maksimal 2kg/bulan.

2) Ukur tekanan darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah kurang lebih 140/90 mmHg) pada kehamilan pada preeklampsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah dan atau proteinuria).

3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama untuk skrining ibu hamil berisiko Kurang Energi Kronik (KEK). Kurang energi kronis di mana LILA kurang dari 23,5 cm terjadi beberapa bulan/tahun. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR).

4) tentukan presentasi janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ)

Pada trimester III dilakukan penentuan presentasi janin, hal ini dilakukan untuk mengetahui letak janin pada usia kehamilan 36 minggu. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan dengan rentang DJJ normal 120-160 kali per menit.

5) Ukur Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Pengukuran TFU dilakukan setiap kali kunjungan yang bertujuan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai umur kehamilan.

Tabel 2. 2 tinggi fundus menurut usia kehamilan

Usia Kehamilan	TFU
12 minggu	3 jari diatas simphisis
16 minggu	½ simpisis-pusat
20 minggu	3 jari dibawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	1/3 di atas pusat
34 minggu	½ Pusat- prosessus Xifoideus

6) Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan

Imunisasi TT diberikan untuk mencegah tetanus neonatorum. Pemberian imunisasi disesuaikan dengan status imunisasi ibu saat ditemukan pada kunjungan pertama. Memberikan imunisasi TT disesuaikan dengan status TT ibu. Screening status imunisasi TT harus dilakukan sebelum pemberian vaksin. Pemberian imunisasi TT tidak perlu dilakukan bila hasil skrining menunjukkan wanita usia subur telah mendapatkan imunisasi TT5 yang harus dibuktikan dengan buku KIA, rekam medis, dan atau kohort. Kelompok ibu hamil yang sudah mendapatkan TT2 sampai dengan TT5 dikatakan mendapatkan imunisasi TT2+.

Tabel 2. 3 Rentan Waktu Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid (Tt) Dan Lama Perlindungannya (Buku Kia, 2023)

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	Lebih dari 25 tahun

7) Pemberian tablet penambah darah (tablet besi)

Tablet tambah darah (tablet besi) untuk mencegah anemia pada ibu hamil. Ibu hamil sejak awal kehamilan minum 1 tablet tambah darah setiap hari minimal selama 90 hari (Buku Kesehatan Ibu dan Anak, 2016).

8) Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan yang dilakukan adalah pemeriksaan golongan darah, pemeriksaan kadar hemoglobin, pemeriksaan protein dalam urin, glukosa urin, pemeriksaan HIV dilakukan wajib dengan adanya program Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak (PPIA), tes pemeriksaan darah lainnya seperti malaria, sifilis, HbsAg

9) Tatalaksana kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal dan hasil pemeriksaan laboratorium setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

10) Temuwicara (konseling)

Memberikan penjelasan mengenai perawatan kehamilan, pencegahan kelainan bawaan, persalinan dan Inisiasi Menyusu Dini (IMD), nifas, perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, Keluarga Berencana (KB), dan imunisasi pada bayi serta Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) terdiri dari yaitu: lokasi tempat ibu tinggal, identitas ibu hamil, tafsiran persalinan, penolong persalinan, fasilitas tempat persalinan, calon pendonor darah, transportasi, adanya perencanaan persalinan termasuk pemakaian KB, tatalaksana pengambilan keputusan yang tepat dan cepat bila terjadi komplikasi selama kehamilan, persalinan, nifas. Penjelasan ini diberikan secara bertahap sesuai dengan masalah dan kebutuhan ibu.

g. Ketidaknyamanan Serta Penanganan Ibu Hamil Trimester III

Menurut (Fitriani et al., 2022), ketidaknyamanan yang sering dialami ibu hamil pada trimester III beserta penanganannya antara lain sebagai berikut:

1) Konstipasi

Konstipasi pada ibu hamil trimester III disebabkan oleh peningkatan hormon progesteron yang memengaruhi peristaltik usus. Selain itu, pembesaran uterus yang menekan usus, konsumsi tablet Fe, kurangnya aktivitas fisik, serta rendahnya mobilitas tubuh turut memperberat kondisi sembelit. Penanganan yang dapat dilakukan meliputi peningkatan konsumsi cairan sebanyak 6–8 gelas per hari, mengonsumsi sayur dan buah yang kaya serat, melakukan latihan

kehamilan, serta berjalan pagi secara teratur. Apabila upaya nonfarmakologis tidak memberikan perbaikan, ibu hamil dianjurkan untuk berkonsultasi dengan dokter atau bidan.

2) Edema

Edema merupakan pembengkakan yang terjadi pada tungkai bawah dan pergelangan kaki akibat menurunnya aliran balik vena dari ekstremitas bawah selama kehamilan. Kondisi ini dapat diperburuk oleh posisi berdiri atau duduk dalam waktu lama. Upaya penanganan edema antara lain dengan menghindari makanan yang terlalu asin, mengonsumsi makanan tinggi protein, menghindari pakaian ketat, serta meninggikan kaki selama 20 menit setiap 2–3 jam. Selain itu, mengubah posisi secara berkala dan duduk dengan posisi dorsofleksi dapat membantu meningkatkan sirkulasi darah.

3) Insomnia

Insomnia pada ibu hamil trimester III umumnya disebabkan oleh kecemasan, stres, serta pikiran negatif terkait kehamilan dan persiapan persalinan. Gangguan tidur juga dapat dipicu oleh aktivitas janin pada malam hari dan ketidaknyamanan posisi tidur. Penanganan yang dapat dilakukan meliputi tidur dengan posisi miring yang nyaman, melakukan senam hamil, pijatan ringan pada bagian tubuh yang nyeri, serta dukungan mental dan spiritual dari keluarga dalam menghadapi persalinan.

4) Nyeri pinggang

Nyeri pinggang pada trimester III terjadi akibat perubahan hormonal yang memengaruhi jaringan lunak pendukung, sehingga elastisitas otot menurun. Selain itu, pergeseran pusat gravitasi tubuh, peningkatan berat uterus, postur tubuh yang kurang tepat, kelelahan, serta aktivitas fisik berlebihan dapat memperparah nyeri. Penanganan meliputi penggunaan teknik tubuh yang benar saat mengangkat beban, latihan relaksasi dengan pernapasan dalam,

pijatan dan kompres pada area nyeri, serta mengubah posisi tidur menjadi miring dengan bantuan bantal.

5) Sering buang air kecil (nokturia)

Frekuensi buang air kecil meningkat seiring bertambahnya usia kehamilan akibat pembesaran rahim yang menekan kandung kemih, sehingga kapasitas kandung kemih menjadi lebih kecil. Upaya penanganan yang dapat dilakukan antara lain mengurangi konsumsi cairan dua jam sebelum tidur tanpa mengurangi asupan cairan pada siang hari, melakukan latihan penguatan otot dasar panggul, tidak menahan buang air kecil, serta menjaga kebersihan area genital dengan baik.

6) Hemoroid

Hemoroid atau wasir sering terjadi pada trimester III dan berhubungan dengan konstipasi serta peningkatan tekanan vena di daerah pelvis akibat pembesaran rahim. Kurangnya katup pada vena hemoroidalis serta peningkatan tekanan intraabdomen turut berperan dalam pembesaran vena hemoroid. Penanganan meliputi peningkatan konsumsi makanan berserat, memperbanyak aktivitas fisik ringan, menghindari duduk terlalu lama, serta segera buang air besar saat timbul keinginan.

7) Heartburn

Heartburn terjadi akibat peningkatan hormon progesteron yang menurunkan fungsi sfingter esofagus bagian bawah, sehingga pengosongan lambung melambat dan menimbulkan rasa penuh, kembung, serta panas di dada. Tekanan rahim yang membesar juga memperberat keluhan. Penanganan meliputi makan dalam porsi kecil dan perlahan, menghindari makan sebelum tidur, menghindari makanan pedas, berlemak, asam, dan bergas, menggunakan posisi tidur setengah duduk, serta mengenakan pakaian yang longgar dan nyaman.

8) Sakit kepala

Sakit kepala pada trimester III umumnya disebabkan oleh ketegangan otot leher dan bahu, kelelahan, serta perubahan dinamika cairan tubuh dan kelelahan adalah penyebabnya. Penanganan yang dianjurkan meliputi istirahat yang cukup, relaksasi, pijatan ringan pada leher dan bahu, kompres hangat, mandi air hangat, serta menghindari penggunaan obat-obatan tanpa anjuran tenaga kesehatan.

9) Sesak napas

Sesak napas dapat terjadi akibat pembesaran rahim yang menekan diafragma hingga beberapa sentimeter, serta peningkatan hormon progesteron yang menyebabkan hiperventilasi. Penanganan yang dapat dilakukan meliputi latihan pernapasan yang benar, mengurangi kecemasan, serta mengatur variasi posisi duduk dan berdiri agar ibu merasa lebih nyaman.

10) Varises

Varises pada trimester III disebabkan oleh peningkatan tekanan pada pembuluh darah ekstremitas bawah, kerapuhan jaringan elastis akibat pengaruh hormon estrogen, serta faktor genetik. Penanganan meliputi tidak menyilangkan kaki saat duduk atau tidur, meninggikan kaki saat berbaring, menghindari berdiri atau duduk terlalu lama, menggunakan kaus kaki khusus atau perban pada daerah yang terkena varises, serta melakukan senam hamil secara teratur.

h. Tanda Bahaya Ibu Hamil Trimester III

Menurut (Fitriani et al., 2022) ada 9 tanda bahaya kehamilan trimester III yaitu:

1) Perdarahan pervaginam

Perdarahan pervaginam pada trimester ketiga paling sering disebabkan oleh plasenta previa dan abruptio plasenta (solusio plasenta). Pengkajian data subjektif berupa riwayat penyakit sangat

penting untuk membedakan kedua kondisi tersebut. Penyebab lain perdarahan pada kehamilan trimester akhir meliputi vasa previa, yaitu robeknya pembuluh darah janin yang berada pada selaput ketuban dan melintasi serviks, yang dapat menyebabkan kegawatan hingga kematian janin. Selain itu, perdarahan trimester ketiga juga dapat disebabkan oleh perubahan serviks pada persalinan prematur, infeksi saluran genitalia bawah, adanya benda asing, maupun keganasan.

a) Plasenta previa

Plasenta previa ditandai dengan perdarahan pervaginam yang terjadi secara tiba-tiba tanpa disertai nyeri, umumnya pada trimester ketiga kehamilan. Perdarahan ini dapat terjadi tanpa adanya tanda persalinan dan kadang disertai iritabilitas uterus. Wanita hamil yang mengalami perdarahan pervaginam tanpa nyeri pada trimester ketiga perlu dicurigai mengalami plasenta previa. Tanda lain yang sering ditemukan adalah malpresentasi janin, seperti presentasi bokong, letak lintang, atau kepala janin yang belum masuk panggul. Hal ini disebabkan oleh posisi plasenta yang menghalangi bagian terbawah janin memasuki segmen bawah uterus. Pada beberapa kasus persalinan prematur, plasenta previa dapat disertai nyeri akibat kontraksi uterus. Sebagian besar kasus plasenta previa dapat terdeteksi melalui pemeriksaan ultrasonografi sejak trimester kedua. Seiring berkembangnya segmen bawah rahim pada kehamilan lanjut, plasenta dapat tampak bergeser mendekati atau menjauhi ostium uteri internum. Faktor risiko utama plasenta previa meliputi riwayat persalinan dengan sectio caesarea, tindakan operatif pada uterus seperti kuretase dan miomektomi, multiparitas, kehamilan ganda, usia ibu yang lebih tua, kebiasaan merokok, serta penggunaan kokain. Plasenta previa yang disertai riwayat sectio caesarea meningkatkan risiko terjadinya plasenta akreta, yaitu

perlekatan plasenta yang abnormal hingga menembus miometrium, yang dapat menyebabkan perdarahan hebat.

b) Solusio plasenta

Abruptio plasenta merupakan kondisi terlepasnya plasenta dari tempat implantasinya sebelum bayi lahir. Manifestasi klinis bergantung pada luas dan derajat pelepasan plasenta. Gejala khas meliputi perdarahan pervaginam yang disertai nyeri perut, kontraksi uterus, uterus terasa tegang atau kaku, serta gangguan denyut jantung janin hingga kematian janin. Pada abrupcio derajat ringan, denyut jantung janin masih dapat normal, namun semakin luas pelepasan plasenta maka risiko gangguan denyut jantung janin semakin meningkat. Pergerakan janin dapat menurun atau menghilang beberapa jam sebelum gejala lain muncul, meskipun pada beberapa kasus pergerakan janin justru meningkat. Pada abrupcio yang berat, uterus sulit dipalpasi

2) Sakit kepala hebat sebagai tanda preeklampsia

Sakit kepala selama kehamilan dapat bersifat primer maupun sekunder. Sakit kepala sekunder perlu mendapat perhatian khusus karena dapat mengindikasikan kondisi yang mengancam jiwa, seperti stroke, trombosis vena serebral, tumor hipofisis, koriokarsinoma, eklampsia, preeklampsia, hipertensi intrakranial idiopatik, serta sindrom vasokonstriksi serebral reversibel. Migrain merupakan salah satu jenis sakit kepala primer yang diketahui berhubungan dengan peningkatan risiko komplikasi kehamilan, terutama gangguan kardiovaskular. Oleh karena itu, sakit kepala pada kehamilan harus dipandang sebagai gejala serius yang memerlukan evaluasi dini demi keselamatan ibu dan janin.

Penatalaksanaan awal sakit kepala primer selama kehamilan dan menyusui dianjurkan menggunakan terapi nonfarmakologis. Namun, terapi tidak boleh ditunda karena sakit kepala yang tidak tertangani dapat menyebabkan gangguan tidur, stres, depresi, dan

penurunan asupan nutrisi. Apabila terapi nonfarmakologis tidak efektif, penggunaan obat dapat dipertimbangkan dengan memperhatikan manfaat dan risiko. Saat ini, migrain diketahui sebagai salah satu faktor risiko terjadinya preeklampsia. Sakit kepala pada preeklampsia umumnya bersifat berat, menetap, berlokasi di daerah frontal, dan disertai hipertensi.

3) Gangguan visual

Perubahan penglihatan sering terjadi selama kehamilan dan sebagian besar bersifat fisiologis akibat perubahan metabolik, hormonal, dan imunologis. Namun, gangguan visual juga dapat menjadi tanda kondisi patologis serius, salah satunya preeklampsia. Tanda dan gejala dari gangguan visual pada preeklampsia meliputi penglihatan kabur, fotopsia, scotoma (area gelap atau mata kabur), dan diplopia (penglihatan ganda). Kondisi ini disebabkan oleh edema retina yang menimbulkan vasokonstriksi pembuluh darah. Gangguan visual yang disertai sakit kepala, kejang, atau penurunan kesadaran tidak hanya berkaitan dengan hipertensi dalam kehamilan, tetapi juga perlu dibedakan dengan penyebab lain seperti epilepsi, komplikasi malaria, cedera kepala, meningitis, dan ensefalitis.

4) Bengkak pada wajah atau tangan

Peningkatan berat badan yang berlebihan, yaitu lebih dari 1,8 kg per minggu pada trimester kedua dan ketiga, dapat menjadi tanda awal berkembangnya preeklampsia. Edema yang perlu diwaspadai adalah pembengkakan pada wajah dan tangan akibat kebocoran pembuluh darah. Namun demikian, tidak semua pasien preeklampsia mengalami edema, karena sekitar 39% kasus preeklampsia dapat terjadi tanpa pembengkakan.

5) Penurunan gerakan janin

Gerakan janin perlu dipantau secara rutin hingga akhir kehamilan dan selama persalinan. Gerakan janin biasanya mulai dirasakan ibu

pada trimester kedua, sekitar usia kehamilan 20–24 minggu. Pada trimester ketiga, jumlah gerakan janin umumnya mencapai sekitar 20 kali per hari. Janin setidaknya harus bergerak minimal tiga kali dalam periode tiga jam. Penurunan gerakan janin hingga kurang dari jumlah tersebut merupakan tanda bahaya yang dapat mengindikasikan gawat janin.

6) Ketuban pecah dini

Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput ketuban sebelum proses persalinan dimulai. Tanda yang perlu diwaspadai adalah keluarnya cairan dari vagina setelah usia kehamilan 22 minggu. Kondisi ini dapat terjadi pada kehamilan imatur, prematur, maupun aterm. Diagnosis ditegakkan melalui anamnesis yang dikombinasikan dengan pemeriksaan vagina menggunakan spekulum. Bau khas cairan ketuban dapat membantu menegakkan diagnosis. Pemeriksaan vagina secara digital tidak dianjurkan karena tidak membantu diagnosis dan justru meningkatkan risiko infeksi.

7) Kejang

Setiap kejang yang terjadi selama kehamilan harus dianggap sebagai eklampsia hingga terbukti penyebab lain, seperti epilepsi. Kejang pada eklampsia terjadi akibat vasospasme berat pada arteri serebral dan umumnya muncul sebelum persalinan, meskipun dapat berlanjut hingga 10 hari postpartum. Tanda peringatan yang perlu diwaspadai meliputi sakit kepala, gangguan penglihatan, nyeri ulu hati, dan kegelisahan.

8) Selaput kelopak mata pucat

Pucat pada konjungtiva merupakan salah satu tanda anemia yang dapat muncul pada trimester ketiga. Anemia pada periode ini meningkatkan risiko perdarahan saat persalinan dan masa nifas, serta kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR). Kekurangan oksigen menyebabkan kontraksi uterus menjadi tidak efektif, sehingga

penutupan pembuluh darah bekas implantasi plasenta tidak optimal dan dapat menyebabkan atonia uteri. Selain itu, anemia juga mengganggu proses pembekuan darah sehingga perdarahan lebih mudah terjadi dan sulit dihentikan.

9) Demam tinggi

Demam dengan suhu tubuh di atas 38°C masih dapat terjadi sebagai tanda bahaya pada trimester ketiga kehamilan. Oleh karena itu, ibu hamil perlu segera mendapatkan penanganan medis apabila mengalami demam, dengan segera dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan.

i. Deteksi Dini Faktor Resiko Kehamilan (Skor Poedji Rochjati)

1) Skor Poedji Rochjati

Menurut (Wariyaka et al., 2022) Skor Poedji Rochjati adalah suatu cara untuk mendeteksi dini kehamilan yang memiliki risiko lebih besar dari biasanya (baik bagi ibu maupun bayinya), yang dapat mencegah terjadinya penyakit atau kematian sebelum maupun sesudah persalinan. Ukuran risiko dapat dituangkan dalam bentuk angka disebut skor. Skor merupakan bobot prakiraan dari berat atau ringannya risiko atau bahaya. Semakin tinggi skor yang dimiliki oleh seorang ibu hamil maka semakin tinggi komplikasi pada proses persalinannya. Ibu dengan faktor risiko tinggi mengalami 2,72 kali mengalami komplikasi pada persalinannya dibandingkan ibu dengan faktor risiko rendah. Ibu dengan kehamilan risiko sangat tinggi 4,4 kali lebih berisiko mengalami komplikasi selama proses persalinan dibandingkan ibu dengan risiko rendah. Didalam Kartu Skor Poedji Rochjati terdapat tiga kelompok besar faktor risiko baik satu faktor risiko Obstetrik, dan kondisi Kesehatan ibu yang dapat mempengaruhi kehamilan ibu. Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok:

- a) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2
- b) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10

c) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12

2) Tujuan sistem Skor Poedji Rochjati

- a) Membuat pengelompokan dari ibu hamil (KRR, KRT, KRST) agar berkembang perilaku kebutuhan tempat dan penolong persalinan sesuai dengan kondisi dari ibu hamil.
- b) Melakukan pemberdayaan ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat agar peduli dan memberikan dukungan dan bantuan untuk kesiapan mental, biaya dan transportasi untuk melakukan rujukan terencana.

3) Fungsi skor

Skor digunakan sebagai sarana KIE yang mudah diterima, diingat, dimengerti sebagai ukuran kegawatan kondisi ibu hamil dan menunjukkan adanya kebutuhan pertolongan untuk rujukan.

4) Cara pemberian skor

Tiap kondisi ibu hamil (umur dan paritas) dan faktor risiko diberi nilai 2, 4 dan 8. Umur dan paritas pada semua ibu hamil diberi skor 2 sebagai skor awal. Tiap faktor risiko skornya 4 kecuali bekas sesar, letak sungsang, letak lintang, perdarahan antepartum dan preeklamsia berat/eklamsia diberi skor 8. Tiap faktor risiko dapat dilihat pada gambar yang ada pada Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR), yang telah disusun dengan format sederhana agar mudah dicatat dan diisi.

- a) Ibu hamil dengan skor 2 dianjurkan untuk bersalin di TPMB atau puskesmas dan ditolong oleh bidan
- b) Ibu hamil dengan skor 6 atau lebih dianjurkan untuk bersalin di puskesmas atau rumah sakit dan ditolong oleh tenaga kesehatan.
- c) Ibu hamil dengan skor 12 atau lebih dianjurkan bersalin di RS
- d) Pencegahan kehamilan risiko tinggi

Penyuluhan komunikasi, informasi, edukasi untuk kehamilan dan persalinan aman

- (1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR), tempat persalinan dapat dilakukan di rumah maupun di polindes, tetapi penolong persalinan harus bidan, dukun membantu perawatan nifas bagi ibu dan bayinya.
- (2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), ibu PKK memberi penyuluhan agar pertolongan persalinan oleh bidan atau dokter puskesmas, di polindes atau puskesmas, atau langsung dirujuk ke Rumah Sakit, misalnya pada letak lintang dan ibu hamil pertama dengan tinggi badan rendah.
- (3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST), diberi penyuluhan dirujuk untuk melahirkan di Rumah Sakit dengan alat lengkap dan dibawah pengawasan dokter spesialis

Tabel 2. 4 Skor KSPR

I.	II.	III.	IV.	TRIBULAN			
KE L F.R	N O	MASALAH /FAKTOR RISIKO	SK O R	I .	II .	III. 1	III. 2
		Skor awal ibu hamil	2				
I	1	Terlalu muda hamil <16th	4				
	2	Terlalu tua hamil >35th	4				
		Terlalu terlambat hamil I,kawin >4 th	4				
	3	Terlalu lama hamil lagi >10th	4				
	4	Terlalu cepat hamil <2th	4				
	5	Terlalu banyak anak ,4/lebih	4				
	6	Terlalu tua ,umur >35th	4				
	7	Terlalu pendek < 145cm	4				
	8	Pernah gagal hamil	4				
	9	Pernah melahirkan dengan	4				
		a. Tarikan tang /vakum	4				
		b. Uri dirogoh	4				
		c. Diberi infus /transfusi	4				
	10	Pernah operasi caesar	8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil	4				
		a. Kurang darah	4				
		b. Malaria	4				
		c. Tbc paru	4				
		d. Payah jantung	4				
		e. Kencing manis (diabetes)	4				
		f. Penyakit menular seksual	4				
	12	Bengkak pada muka /tungkai dan tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	Hamil kembar air (hidramion)	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebh tua	4				
	17	Letak sungsang	8				
	18	Letak lintang	8				
	19	Perdarahan pada kehamilan ini	8				
	20	Preeklamsi berat /kejang -kejang	8				
		JUMLAH SCOR					

Menurut (Wariyaka et al., 2022)

2. Konsep dasar persalinan

a. Pengertian persalinan

Menurut World Health Organization (WHO) (Namangdjabar et al., 2023) persalinan adalah proses fisiologis yang dimulai dengan kontraksi uterus teratur yang menyebabkan pembukaan serviks, dilanjutkan dengan pengeluaran janin dan plasenta, dan diakhiri dengan masa nifas. Sedangkan persalinan normal adalah persalinan dengan presentasi janin belakang kepala yang terjadi secara spontan dengan lama persalinan dalam batas normal, berisiko rendah sejak awal persalinan hingga partus dengan usia kehamilan 37-42 minggu.

Sedangkan menurut KEMENKES RI persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri).

Persalinan adalah suatu proses fisiologis yang memungkinkan serangkaian perubahan yang besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan .

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 .

Menurut Mochtar R. Beberapa istilah yang ada hubungannya dengan persalinan (Namangdjabar et al., 2023) :

Menurut cara persalinan

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

Menurut umur kehamilan

- 1) Abortus (keguguran) adalah terhentinya kehamilan sebelum janin dapat hidup (viable) berat janin dibawah 1000g-tua kehamila dibawah 28 minggu.
- 2) Partus prematurus adalah persalinan dari hasil konsepsi pada kehamilan 28 -36 minggu janin dapat hidup tetapi prematur, berat janin antara 1000-2500 g
- 3) Partus Maturus atau aterm (cukup bulan) adalah partus pada persalinan 37-42 minggu dengan berat janin diatas 2500 g
- 4) Partus Post Maturus (serotinus) adalah partus pada persalinan lebih 42 minggu.

b. Sebab -sebab mulainya persalinan

Persalinan (partus) umumnya disebabkan oleh kombinasi kompleks faktor hormonal, fisik, dan mekanis di akhir kehamilan (minggu 37-42). Penyebab utamanya meliputi penurunan kadar progesteron, peningkatan estrogen, regangan otot rahim, peningkatan oksitosin, serta pengaruh prostaglandin yang menyebabkan kontraksi uterus, pembukaan serviks, dan penurunan kepala janin (Bakoil, 2023):

1) Penurunan kadar progesteron

otot-otot rahim Progesteron menimbulkan relaksasi 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.

2) Pada akhir kehamilan kadar oksitosin bertambah oleh karena itu timbul kontraksi otot-otot rahim

3) Keregangan otot-otot rahim dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot rahim dan makin rentan.

4) Pengaruh Janin

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

5) 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.

6) Teori iritasi mekanik

Di belakang serviks ada ganglion servikale (Plexus Franks-Hueter). Bila digeser atau tertekan janin akan menyebabkan kontraksi uterus.

c. Tanda-tanda Persalinan

Tanda persalinan sudah dekat yaitu (Namangdjabar et al., 2023) :

1) Terjadinya lightening

Menjelang minggu ke-36, pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk PAP yang disebabkan:

- 1) Kontraksi Braxton Hicks
- 2) Ketegangan dinding perut
- 3) Ketegangan ligamentum rotundum
- 4) Gaya berat janin dimana kepala ke arah bawah

Gambaran lightening pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara ketiga P yaitu power (kekuatan his), passage (jalan lahir normal) dan passenger (janin dan plasenta). Pada multi gambarannya tidak jelas, karena kepala janin masuk PAP menjelang persalinan.

2) Terjadinya his permulaan

Dengan makin tuanya umur kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesteron makin berkurang, sehingga oksitosin dapat

menimbulkan kontraksi yang lebih sering, disebut sebagai his palsu.

Sifat his permulaan (palsu):

- a) Rasa nyeri ringan di bagian bawah
- b) Datangnya tidak teratur
- c) Tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda
- d) Durasinya pendek
- e) Tidak bertambah bila beraktivitas Tanda pasti persalinan

1) Terjadinya his persalinan

His persalinan mempunyai sifat:

- a) Pinggang terasa sakit yang menjalar ke depan.
- b) Sifatnya teratur, interval makin pendek dan kekuatannya makin besar.
- c) Mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks.
- d) Makin beraktivitas kekuatan makin bertambah.

b. Pengeluaran lendir dan darah (show)

Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan:

- a) Pendataran dan pembukaan.
- b) Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas.
- c) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

c. Pengeluaran cairan

Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.

d. Tahapan persalinan

Persalinan dapat dibagi menjadi 4 kala (Bakoil, 2023):

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

KALA II (Kala Pengeluaran Janin)

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 reflektoris 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.

KALA III (Kala Pengeluaran Urin)

Dimulai dari lahirnya bayi sampai lahirnya plasenta. Setelah bayi lahir kontraksi rahim istirahat sebentar. Uterus teraba keras dengan fundus uteri teraba pusat dan berisi plasenta yang menjadi tebal 2 kali sebelumnya, beberapa saat kemudian timbul his pelepasan dan pengeluaran urin dalam waktu 5 menit seluruh plasenta terlepas terdorong kedalam vagina dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan dari atas simpisis. Seluruh proses berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc.

KALA IV (Kala Pengawasan)

- 1) Selama Dua jam setelah plasenta lahir. Untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan post partum.

2) Setelah placenta lahir mulailah masa nifas (puerperium)

e. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Menurut (Namangdjabar et al., 2023) Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi persalinan antara lain:

- 1) Passenger. Malpresentasi atau malformasi janin dapat mempengaruhi persalinan normal (Taber, 1994). Pada faktor passenger, terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melalui jalan lahir, maka ia dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin
- 2) Passage away. Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku
- 3) Power. His adalah salah satu kekuatan pada ibu yang menyebabkan serviks membuka dan mendorong janin ke bawah. Pada presentasi kepala, bila his sudah cukup kuat, kepala akan turun dan mulai masuk ke dalam rongga panggul. Ibu melakukan kontraksi involunter dan volunteer secara bersamaan
- 4) Position. Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak memberi sejumlah keuntungan. Mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak meliputi posisi berdiri, berjalan, duduk dan jongkok
- 5) Psychologic Respons. Proses persalinan adalah saat yang menegangkan dan mencemaskan bagi wanita dan keluarganya. Rasa takut, tegang dan cemas mungkin mengakibatkan proses kelahiran berlangsung lambat. Pada kebanyakan wanita, persalinan

dimulai saat terjadi. kontraksi uterus pertama dan dilanjutkan dengan kerja keras selama jam-jam dilatasi dan melahirkan kemudian berakhir ketika wanita dan keluarganya memulai proses ikatan dengan bayi. Perawatan ditujukan untuk mendukung wanita dan keluarganya dalam melalui proses persalinan supaya dicapai hasil yang optimal bagi semua yang terlibat. Wanita yang bersalin biasanya akan mengutarakan berbagai kekhawatiran jika ditanya, tetapi mereka jarang dengan spontan menceritakannya

f. Mekanisme persalinan

Gerakan-gerakan utama dari mekanisme persalinan adalah Penurunan kepala, Fleksi. Rotasi dalam (putaran paksi dalam), Ekstensi, Ekspulsi. Dan Rotasi luar (putaran paksi luar) Dalam kenyataannya beberapa gerakan terjadi bersamaan, akan tetapi untuk lebih jelasnya akan dibicarakan gerakan itu satu persatu (Namangdjabar et al., 2023)

1) Penurunan Kepala.

Pada primigravida, masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul biasanya sudah terjadi pada bulan terakhir dari kehamilan, tetapi pada multigravida biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala ke dalam PAP, biasanya dengan sutura sagitalis melintang dan dengan fleksi yang ringan. Masuknya kepala melewati pintu atas panggul (PAP), dapat dalam keadaan asinklitismus yaitu bila sutura sagitalis terdapat di tengah-tengah jalan lahir tepat di antara simpisis dan promontorium.

Pada sinklitismus os parietal depan dan belakang sama tingginya. Jika sutura sagitalis agak ke depan mendekati simpisis atau agak ke belakang mendekati promontorium, maka dikatakan kepala dalam keadaan asinklitismus, ada 2 jenis asinklitismus yaitu:

a) Asinklitismus posterior

Bila sutura sagitalis mendekati simpisis dan os parietal belakang lebih rendah dari os parietal depan.

b) Asinklitismus anterior

Bila sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietal depan lebih rendah dari os parietal belakang. Derajat sedang asinklitismus pasti terjadi pada persalinan normal, tetapi kalau berat gerakan ini dapat menimbulkan disproporsi sepelopelvik dengan panggul yang berukuran normal sekalipun. Penurunan kepala lebih lanjut terjadi pada kala I dan kala II persalinan. Hal ini disebabkan karena adanya kontraksi dan retraksi dari segmen atas rahim, yang menyebabkan tekanan langsung fundus pada bokong janin. Dalam waktu yang bersamaan terjadi relaksasi dari segmen bawah rahim, sehingga terjadi penipisan dan dilatasi servik. Keadaan ini menyebabkan bayi terdorong ke dalam jalan lahir. Penurunan kepala ini juga disebabkan karena tekanan cairan intra uterine, kekuatan mengejan atau adanya kontraksi otot-otot abdomen dan melurusnya badan anak.

2) Fleksi

Pada awal persalinan, kepala bayi dalam keadaan fleksi yang ringan. Dengan majunya kepala biasanya fleksi juga bertambah. Pada pergerakan ini dagu dibawa lebih dekat ke arah dada janin sehingga ubun-ubun kecil lebih rendah dari ubun-ubun besar hal ini disebabkan karena adanya tahanan dari dinding serviks, dinding pelvis dan lantai pelvis. Dengan adanya fleksi, diameter suboccipito bregmatika (9,5 cm) menggantikan diameter suboccipito frontalis (11 cm). sampai di dasar panggul, biasanya kepala janin berada dalam keadaan fleksi maksimal. Ada beberapa teori yang menjelaskan mengapa fleksi bisa terjadi. Fleksi ini disebabkan karena anak di dorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari serviks, dinding panggul atau dasar panggul. Akibat dari keadaan ini terjadilah fleksi.

3) Rotasi Dalam (Putaran Paksi Dalam)

Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan janin memutar ke depan ke bawah simpisis. Pada presentasi belakang kepala bagian yang terendah ialah daerah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar ke depan ke arah simpisis. Rotasi dalam penting untuk menyelesaikan persalinan, karena rotasi dalam merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bidang tengah dan pintu bawah panggul.

4) Ekstensi

Sesudah kepala janin sampai di dasar panggul dan ubun-ubun kecil berada di bawah simpisis, maka terjadilah ekstensi dari kepala janin. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan ke atas sehingga kepala harus mengadakan fleksi untuk melewatinya. Kalau kepala yang fleksi penuh pada waktu mencapai dasar panggul tidak melakukan ekstensi maka kepala akan tertekan pada perineum dan dapat menembusnya. Subocciput yang tertahan pada pinggir bawah simpisis akan menjadi pusat pemutaran (hypomochlion), maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum: ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut dan dagu bayi dengan gerakan ekstensi

5) Rotasi Luar (Putaran Paksi Luar)

Kepala yang sudah lahir selanjutnya mengalami restitusi yaitu kepala bayi memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Bahu melintasi pintu dalam keadaan miring. Di dalam rongga panggul bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya, sehingga di dasar panggul setelah kepala bayi lahir, bahu mengalami putaran dalam dimana ukuran bahu

(diameter bisa kromial) menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul. Bersamaan dengan itu kepala bayi juga melanjutkan putaran hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadikum sepihak.

6) Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai di bawah simpisis dan menjadi hipomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Setelah kedua bahu bayi lahir, selanjutnya seluruh badan bayi dilahirkan searah dengan sumbu jalan lahir.

Dengan kontraksi yang efektif, fleksi kepala yang adekuat, dan janin dengan ukuran yang rata-rata, sebagian besar oksiput yang posisinya posterior berputar cepat segera setelah mencapai dasar panggul, dan persalinan tidak begitu bertambah panjang. Tetapi pada kira-kira 5-10 % kasus, keadaan yang menguntungkan ini tidak terjadi. Sebagai contoh kontraksi yang buruk atau fleksi kepala yang salah atau keduanya, rotasi mungkin tidak sempurna atau mungkin tidak terjadi sama sekali, khususnya kalau janin besar.

g. Asuhan persalinan normal (APN)

ada 60 langkah Asuhan Persalinan Normal (APN) yaitu (Fauziah et al., 2024):

- 1) Melihat tanda dan gejala kala II Persalinan.
 - a) Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran
 - b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina
 - c) Perineum tampak menonjol
 - d) Vulva dan sfingter ani membuka
- 2) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan, dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir. Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi siapkan:

- a) Tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat
- b) handuk atau kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi)
- c) Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi

Untuk ibu:

- a) Kain, handuk, dan baju ibu
 - b) Menyiapkan oksitosin 10 unit
 - c) Alat suntik steril sekali pakai dalam partus set
- 3) Pakai celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan.
 - 4) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
 - 5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
 - 6) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau Steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).
 - 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari anterior (depan) ke posterior (belakang) menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi dengan air DTT, jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang, buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi dalam wadah yang tersedia), jika terkontaminasi, lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut dalam larutan klorin 0,5% e, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melaksanakan langkah lanjutan.
 - 8) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap, Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.

- 9) Dekontaminasi sarung tangan (celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam klorin 0,5% selama 10 menit).
- 10) Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
- 11) Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus mereda (relaksasi) untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal (120 – 160x/ menit), mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal, mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, semua temuan pemeriksaan dan asuhan yang diberikan ke dalam partograf.
- 12) Beritahukan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik, kemudian bantu ibu menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
 - a) Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan dan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.
 - b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu dan meneran secara benar.
- 13) Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat: pada kondisi itu, ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman.
- 14) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat:
 - a) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif. Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.

- b) Bantu ibu mengambil posisi nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
 - c) Anjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.
 - d) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu
 - e) Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum).
 - f) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
 - g) Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran ≥ 120 menit (2 jam) pada primigravida atau ≥ 60 menit (1 jam) pada multigravida.
- 15) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.
 - 16) Persiapan untuk melahirkan bayi, letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
 - 17) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu.
 - 18) Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan 15 d. Pakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
 - 19) Pakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan
 - 20) Pertolongan untuk melahirkan bayi, lahirnya kepala, setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu meneran secara efektif atau bernafas cepat dan dangkal.

- 21) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi), segera lanjutkan proses kelahiran bayi. Perhatikan, Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi, Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat di antara dua klem tersebut. Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan.
- 22) Lahirnya bahu, setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang, badan dan tungkai.
- 23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah untuk menopang kepala dan bahu. Gunakan tangan untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
- 24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk di antara kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk).
- 25) Asuhan Bayi Baru Lahir Lakukan penilaian (selintas):
 - a) Apakah bayi cukup bulan?
 - b) Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernapas tanpa kesulitan?
 - c) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

Bila salah satu jawaban “TIDAK” lanjut ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia d. Bila semua jawaban “YA” lanjut langkah ke-26.

- 26) Keringkan tubuh bayi, mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk atau kain yang kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu.
- 27) Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gemeli).
- 28) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
- 29) Dalam waktu satu menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit (intramuskuler) di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntik oksitosin).
- 30) Setelah 2 menit sejak bayi (cukup bulan) lahir, pegang tali pusar dengan satu tangan pada sekitar 5 cm dari pusar bayi, kemudian jari telunjuk dan jari tengah tangan lain menjepit tali pusar dan geser hingga 3 cm proksimal dari pusar bayi. Klem tali pusar pada titik tersebut kemudian tahan klem ini pada posisinya, gunakan jari telunjuk dan tengah tangan lain untuk mendorong isi tali pusat ke arah ke arah ibu (sekitar 5 cm) dan klem tali pusar pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama.
- 31) Pemotongan dan pengikatan tali pusat:
- a) Dengan satu tangan, pegang tali pusar yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusar di antara 2 klem tersebut.
 - b) Ikat tali pusar dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusar dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
 - c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.
- 32) Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu dan bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada

ibunya. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau areola mammae ibu.

- a) Selimuti ibu dan bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi.
- b) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
- c) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusui untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara.
- d) Biarkan bayi di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.

33) Manajemen Aktif Kala Tiga Persalinan (Mak III), Pindahkan klem tali pusar hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.

34) Letakkan satu tangan di atas kain pada perut bawah ibu (di atas simfisis) untuk mendeteksi kontraksi dan tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusar.

35) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusar ke arah bawah sambil tangan lain mendorong uterus ke arah belakang atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusar dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi kembali prosedur di atas. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.

36) Mengeluarkan plasenta, bila pada penekanan bagian bawah dinding depan uterus ke arah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusar ke arah distal maka lanjutkan dorongan ke arah kranial hingga plasenta dapat dilahirkan.

- a) Ibu boleh meneran tetapi tali pusatnya hanya ditegangkan (jangan ditarik secara kuat terutama jika uterus tak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (ke arah bawah sejajar-lantai-atas).
- b) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.
- c) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat, ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.
- d) Lakukan kateterisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh.
- e) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
- f) Ulangi tekanan dorso-kranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
- g) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi pendarahan maka segera lakukan tindakan plasenta manual.

37) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem ovum DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.

38) Rangsangan taktil (masase) uterus, segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan (Kompresi Bimanual Internal, kompresi Aorta Abdominalis, Tampon Kondom-

Kateter) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil/masase.

- 39) Menilai pendarahan periksa, kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastik atau tempat khusus.
- 40) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi yang luas dan menimbulkan pendarahan.
- 41) Asuhan pasca persalinan, pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi pendarahan pervaginam.
- 42) Pastikan kantung kemih kosong.
- 43) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, bilas dengan air DTT tanpa melepas sarung tangan dan keringkan dengan tisu atau handuk.
- 44) Ajarkan ibu atau keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- 45) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- 46) Periksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.
- 47) Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/ menit).
 - a) Jika bayi sulit bernapas, merintih, atau retraksi, di resusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit.
 - b) Jika bayi napas terlalu cepat atau sesak napas, segera rujuk ke Rumah Sakit rujukan.
 - c) Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut.
- 48) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit).
- 49) Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.

- 50) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 51) Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir, dan darah di ranjang atau di sekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 52) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
- 53) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
- 54) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 55) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 56) Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi
- 57) Dalam satu jam pertama, beri salep atau tetes mata profilaksis infeksi, vitamin K1 1 mg IM di paha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pernapasan bayi (normal 40-60 kali/menit) dan temperatur tubuh (normal 36,5-37,5 C) setiap 15 menit. Setelah satu jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi hepatitis B di paha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
- 58) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

60) Dokumentasi, lengkapi partograf (halaman depan belakang),
periksa tanda vital dan pemantauan kala IV persalinan (Adolph,
2024

3. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian bayi baru lahir

28 hari pertama kehidupan bayi di luar rahim dikenal sebagai Bayi Baru Lahir (BBL), dan selama periode inilah terjadi transisi besar dari kehidupan di dalam rahim ke kehidupan di luar rahim. Hampir semua sistem mengalami pematangan organ selama periode ini. Terlepas dari berat badan saat lahir, bayi yang lahir hidup setelah usia kehamilan 37-42 minggu disebut sebagai bayi baru lahir (Ismainar et al., 2026)

Neonatus, yang biasa disebut bayi baru lahir, adalah individu yang sedang berkembang yang baru saja mengalami trauma kelahiran dan harus mampu bertransisi dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin

b. Klasifikasi Berat Badan Bayi Baru Lahir (Ismainar et al., 2026):

- 1) Bayi baru lahir berdasarkan usia kehamilan:
 - a) Bayi prematur: kurang dari 259 hari (37 minggu)
 - b) Bayi cukup bulan: 37-42 minggu, atau 259-294 hari
 - c) Bayi yang lahir setelah cukup bulan: >294 hari (42 minggu)
- 2) Bayi baru lahir berdasarkan berat lahir:
 - a) Berat lahir rendah: kurang dari 2500 gram
 - b) Berat lahir cukup: 2500-4000 gram
 - c) Berat lahir berlebih; lebih dari 4.000 gram.
- 3) Bayi baru lahir berdasarkan usia kehamilan dan berat lahir yang sesuai dengan usia kehamilan:
 - a) Bayi prematur, bayi lewat bulan, dan bayi cukup bulan.
 - b) Kecil, besar, atau sesuai dengan usia kehamilan

c. Ciri-Ciri bayi Baru Lahir Normal

- 1) Beratnya 2,50-4.000 gram.
- 2) Panjangnya 48-52 cm.
- 3) Lingkar dada 30-38 cm.
- 4) Lingkar kepala 33-35 cm.
- 5) Denyut jantung 120-160 denyut per menit. $\pm 40-60$ denyut per menit.
- 6) Karena terdapat cukup jaringan subkutan, kulitnya halus dan kemerahan.
- 7) Rambut kepala biasanya utuh, dan rambut lanugo tidak terlihat.
- 8) Kuku lemah dan agak panjang.
- 9) Alat kelamin: Pada perempuan, labia majora menutupi labia minora; pada laki-laki, skrotum ada dan testis telah turun.
- 10) Begitu bayi lahir, ia menangis dengan keras.
- 11) Mengisap dan menelan adalah bagian dari refleks mengisap yang berkembang dengan baik.
- 12) Saat terkejut, refleks Morro-gerakan memeluk-berkembang dengan baik.
- 13) Refleks menggenggam berkembang dengan baik.
- 14) Refleks mencari puting, yang menggunakan rangsangan taktil pada bibir dan pipi untuk menemukan puting susu, sangat berkembang.
- 15) Keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan warnanya yang hitam-coklat menandakan eliminasi yang baik.

Mengingat mereka harus menyesuaikan diri dengan lingkungan baru selama masa transisi antara kehidupan di dalam dan di luar rahim, bayi baru lahir lebih rentan terhadap masalah kesehatan. Oleh karena itu, perlu untuk memperhatikan sejumlah hal pada bayi baru lahir, seperti suhu tubuh dan lingkungan, tanda-tanda vital (suhu tubuh bayi, dipantau atau diukur melalui anus), berat badan, mandi dan perawatan kulit, pakaian, perawatan tali pusar, pola pernapasan normal, pergerakan perut dan dada secara

bersamaan, tidak adanya retraksi dada, denyut nadi dapat dipantau di semua titik denyut nadi perifer, dan tekanan darah dipantau jika ada indikasi (Ismainar et al., 2026)

d. Apgar score

1) Pengertian

Virginia Apgar mengembangkan skor APGAR pada tahun 1952 sebagai cara cepat untuk mengevaluasi bayi. Skor APGAR diciptakan untuk mengevaluasi dampak anestesi obstetri pada bayi dan mengidentifikasi apakah intervensi segera diperlukan. Karena kesederhanaan, kecepatan, dan validitas klinisnya yang kuat, pendekatan ini kemudian digunakan secara luas. Masing-masing faktor APGAR-Penampilan, Denyut Nadi, Ekspresi Wajah, Aktivitas, dan Pernapasan-memiliki nilai antara 0 dan 2. Untuk mengevaluasi adaptasi awal dan respons terhadap resusitasi, jika diperlukan, penilaian dilakukan pada menit pertama dan kelima setelah kelahiran. Cara menghitung skor APGAR (Ismainar et al., 2026)

2) Komponen apgar score

a) Warna Kulit (Penampilan)

Warna kulit bayi dievaluasi berdasarkan penampilan sebagai ukuran oksigenasi perifer. Berikut adalah hasil evaluasinya (Ismainar et al., 2026):

- (1) Skor APGAR 0: Bayi mengalami sianosis, atau kulit berwarna biru pucat.
- (2) Skor APGAR 1: Bayi memiliki tangan dan kaki berwarna biru dan kulit berwarna merah tua.
- (3) Skor APGAR 2: Bayi memiliki kulit berwarna merah muda atau kemerahan.

b) Denyut Jantung (Nadi)

Karena mewakili fungsi jantung dan sirkulasi, denyut nadi merupakan indikator paling signifikan dalam penilaian APGAR. Berikut adalah skornya:

- (1) Tidak ada denyut nadi (skor APGAR 0)
- (2) Denyut jantung di bawah 100 denyut per menit (skor APGAR 1)
- (3) Denyut jantung melebihi 100 denyut per menit (skor APGAR 2)

c) Sensitivitas terhadap Refleks (Grimace)

Grimace mengevaluasi bagaimana bayi bereaksi terhadap rangsangan taktil atau hisapan. Berikut adalah sistem penilaiannya:

- (1) Skor APGAR 0: tidak ada respons
- (2) Skor APGAR 1: tangisan atau ekspresi wajah lemah
- (3) Skor APGAR 2: reaksi kuat

d) Tonus Otot (Pulse)

Mobilitas dan tonus otot bayi digambarkan berdasarkan aktivitas. Berikut adalah skornya:

- (1) Skor APGAR 0: Tidak ada gerakan
- (2) Skor APGAR 1: Gerakan lengan dan kaki buruk
- (3) Gerakan aktif (skor APGAR 2)

e) Pernafasan (Respiration)

Upaya dan kualitas pernapasan bayi dievaluasi melalui respirasi. Berikut adalah skornya:

- (1) Skor APGAR 0: Tidak bernapas
- (2) Skor APGAR 1: Bernapas tidak teratur
- (3) Skor APGAR 2: Bernapas teratur dan norma

e. Pemeriksaan tanda-tanda vital

1) Suhu

Pemeriksaan suhu dapat dilakukan melalui ketiak (biasanya 1 derajat lebih rendah dari suhu mulut), rektum (biasanya 1 derajat lebih tinggi dari suhu mulut), atau mulut. Bayi baru lahir biasanya menjalani pemeriksaan suhu ketiak setelah pemeriksaan suhu rektum jika hasil pemeriksaan suhu ketiak menunjukkan hasil yang abnormal. Bayi baru lahir sering memiliki suhu ketiak antara 36,5°C-37,4°C.

2) Pernapasan

Laju pernapasan normal bayi baru lahir adalah antara tiga puluh hingga enam puluh napas per menit. Kondisi umum dan khas pada bayi adalah pernapasan periodik (23 episode apnea yang berlangsung >3 detik dalam interval 20 detik pernapasan teratur).

3) Tekanan Darah

Berat badan saat lahir, usia bayi, dan usia kehamilan semuanya berkorelasi langsung dengan tekanan darah.

4) Denyut Jantung

Detak jantung bayi baru lahir biasanya berkisar antara 70 hingga 190 denyut per menit (120 hingga 160 denyut per menit saat terjaga, lebih dari 170 denyut per menit saat aktif atau menangis, dan 70 hingga 90 denyut per menit saat beristirahat). Detak jantung bayi yang sehat dapat meningkat sebagai respons terhadap rangsangan.

5) Saturasi Oksigen

Standar perawatan di Unit Perawatan Intensif Neonatal (NICU) adalah saturasi oksigen, yang kadang-kadang termasuk dalam tanda-tanda vital. Saturasi oksigen sering digunakan untuk memantau neonatus berisiko tinggi, ruang persalinan, keadaan perioperatif, terapi oksigen, prosedur sedasi, dan transportasi. Selain itu, saturasi oksigen digunakan untuk menguji penyakit

jantung bawaan dan mendiagnosis hipertensi paru persisten (Ismainar et al., 2026)

f. Pemeriksaan Fisik secara Head To Toe

1) Kepala

Secara umum, fokuslah pada bentuk kepala. Bayi baru lahir yang dilahirkan secara spontan lebih mungkin mengalami molding (bentuk kepala yang tidak normal) dibandingkan dengan bayi yang dilahirkan melalui operasi caesar. Perhatikan adanya memar atau luka akibat penggunaan forseps selama persalinan. Untuk mengidentifikasi makrosefali atau mikrosefali, ukur lingkar kepala. Ketika lingkar kepala lebih dari persentil ke-90 karena hidrosefalus, hidraensefali, masalah neuroendokrin, atau kelainan genetik, penyakit tersebut dikenal sebagai makrosefali. Ketika lingkar kepala bayi baru lahir lebih kecil daripada bayi lain seusianya, kondisi ini dikenal sebagai mikrosefali. Lingkar kepala kurang dari persentil ke-10, atrofi otak, ukuran otak yang mengecil akibat infeksi (rubella, toksoplasmosis, CMV, virus Zika), mutasi genetik, kekurangan gizi, paparan obat atau racun, konsumsi alkohol, atau penyalahgunaan zat. Perhatikan pertumbuhan rambut bayi; pertumbuhan rambut yang tidak biasa mungkin merupakan tanda kondisi metabolik. Pembengkakan merupakan tanda perdarahan subgaleal, sefalhematoma, atau kaput suksedaneum. Perhatikan jahitan dan lobus frontal, parietal, dan oksipital. Fontanel lunak ada.

2) Leher

Untuk mempermudah pemeriksaan leher, refleks mencari puting pada bayi dapat dirangsang, sehingga bayi akan menolehkan kepalanya. Periksa adanya hematoma dan pembesaran kelenjar tiroid dengan meraba otot sternokleidomastoid. Bayi dengan sindrom Turner dan sindrom Down akan memiliki leher yang

pendek. Masalah tiroid pada ibu atau hipertiroidisme pada bayi dapat menyebabkan gondok.

3) Wajah

Perhatikan simetri wajah dan fitur bibir, dagu, dan hidung. Bibir dan lidah yang besar, hidung berbentuk pelana, dan kepala yang besar dan menonjol adalah ciri-ciri bayi dengan akromegali. Bayi dengan sindrom Down memiliki wajah datar.

4) Telinga

Perhatikan posisi dan bentuk yang tidak biasa. Perhatikan tulang skafoïd, tragus, antitragus, heliks, antiheliks, dan saluran telinga luar. Telinga yang letaknya rendah (melotia), di mana heliks berada di bawah garis horizontal, mungkin disebabkan oleh kondisi bawaan seperti sindrom Down atau kelainan kromosom lainnya.

5) Mata

Sebagian besar bayi mengalami edema pada kelopak mata setelah lahir yang akan hilang beberapa hari pertama kelahiran. Sklera yang normal akan berwarna putih, kondisi sklera yang berwarna kuning (ikterus) menunjukkan adanya hyperbilirubinemia. Perhatikan ukuran pupil, reaksi pupil, dan gerakan mata.

6) Hidung

Perhatikan adanya kelainan posisi yang menyebabkan asimetri hidung. Masukkan selang nasogastrik dengan lembut ke lubang hidung untuk memeriksa atresia koana unilateral atau bilateral. Saat istirahat, bayi dengan atresia koana bilateral akan mengalami kesulitan bernapas yang parah dan sianosis.

7) Mulut

atau Untuk menemukan anomali yang dikenal sebagai bibir sumbing/langit-langit sumbing labiopalatoschisis (bibir sumbing), gusi dan langit-langit diperiksa. Sindrom ini mengakibatkan sumbing unilateral yang biasanya menghambat pemberian ASI pada bayi dan merupakan akibat dari kegagalan fusi garis tengah.

Peningkatan berat badan bayi dipengaruhi secara positif oleh perawatan suportif untuk ibu

8) Dada

Pengamatan. Perhatikan simetri dan bentuk dada. Udara yang mengisi rongga pleura menyebabkan bentuk dada tidak simetris (pneumotoraks tegang). Perhatikan juga suara mendengus, pelebaran lubang hidung, retraksi, dan takipnea. Glotis menutup saat ekspirasi, menyebabkan suara mendengus. Selama tidak ada gejala gangguan pernapasan, stridor yang terdengar saat inspirasi tanpa menggunakan stetoskop dianggap normal. Laringomalasia adalah penyebab stridor yang paling umum. Periksa suara napas di ketiak kanan atau kiri. Atelectasis atau pneumotoraks mungkin terjadi jika tidak terdengar suara napas. Fraktur klavikula. Kedua klavikula harus diraba. Fraktur klavikula kemungkinan terjadi jika sulit diraba dan terdapat krepitasi. Fraktur tulang rusuk. Trauma kelahiran biasanya merupakan penyebab fraktur tulang rusuk posterior, yang sangat jarang terjadi. Distosia bahu dan berat badan lahir yang lebih tinggi dari normal merupakan faktor risiko.

9) Abdomen

Pengamatan. Perhatikan kelainan bawaan lahir seperti omphalocele, suatu kelainan di mana organ (biasanya lambung, usus, dan hati) menonjol keluar melalui pusar. Gastroschisis, suatu cacat pada dinding perut yang membuat usus kecil dan besar berada di luar rongga peritoneum, adalah salah satu anomali lainnya. Auskultasi. Perhatikan suara usus. Palpasi. Cari benjolan atau pembengkakan di perut. Saat bayi tenang atau sedang disusui, perut mudah diraba. Hati dan limpa seringkali dapat diraba 1-2 cm di bawah dan di tulang rusuk terakhir. Bayi dengan sepsis, hepatitis, gagal jantung kongestif, atau masalah metabolisme mungkin mengalami hepatomegali. Sepsis, rubella, dan infeksi CMV semuanya dapat menyebabkan splenomegali. Trombosis

vena ginjal, hidronefrosis, dan penyakit polikistik semuanya mengakibatkan ginjal yang lebih kecil. Penyebab paling umum dari massa perut adalah anomali pada sistem kemih

10) Umbilicus

Dalam keadaan yang tidak lazim, bayi hanya memiliki satu vena dan satu arteri di pusar, yang dapat mengindikasikan kondisi genetik atau masalah ginjal. Normalnya, pusar memiliki dua arteri dan satu vena. Ultrasonografi diperlukan untuk pengujian diagnostik jika pusar abnormal. Periksa area di sekitar tali pusar untuk melihat adanya cairan, kemerahan, atau edema yang dapat mengindikasikan omfalitis atau urachus paten.

11) Genitalia

Pemeriksaan genitalia pria. Hipospadia, atau tidak adanya meatus uretra di ujung penis, adalah anomali umum. Karena fluktuasi kadar hormon selama kehamilan, hipopadia adalah kondisi bawaan yang terkait dengan berat badan lahir rendah dan preeklampsia. Anomali umum lainnya di mana cairan menumpuk di skrotum adalah hidrokel, terutama pada bayi prematur. Pemeriksaan genitalia wanita: Periksa klitoris dan labia majora dan minora. Karena hormon ibu, labia majora bayi baru lahir membengkak dan sering berwarna kemerahan. Dugaan hiperplasia adrenal ditunjukkan jika klitoris membengkak dan labia menyatu.

12) Anus dan Rektum

Pastikan bayi tidak memiliki fistula. Dalam waktu 48 jam setelah kelahiran, mekonium seharusnya sudah keluar. Keluarnya mekonium seringkali tertunda pada bayi prematur. Verifikasi kelancaran anus untuk menyingkirkan kemungkinan anus imperforata, suatu kondisi bawaan di mana rektum dan anus tidak berkembang dengan benar. Periksa keluarnya mekonium setelah memasukkan selang OGT yang panjangnya lebih dari satu sentimeter.

13) Ekstremitas

Periksa adanya kelemahan atau nyeri yang teraba (fraktur) pada lengan dan kaki. Perhatikan lipatan pada telapak tangan dan jari. Kaki bengkok (clubfoot), polidaktili, sindaktili (Ismainar et al., 2026)

g. Refleks bayi baru lahir

Berikut adalah beberapa refleks pada bayi baru lahir menurut (Surmayanti et al., 2022):

1) Refleks mencari (Rooting refleks)

Merupakan gerakan neonatus menoleh kearah sentuhan yang dilakukan pada pipinya. Biasanya ini merupakan stimulasi untuk neonatus saat ibu memulai untuk menyusui.

2) Refleks menghisap (sucking refleks)

Merupakan gerakan menghisap neonatus ketika puting susu ibu di tempatkan dalam mulut.

3) Refleks menelan (swallowing refleks)

Merupakan gerakan menelan ketika lidah bagian posterior diteteaskan cairan. Gerakan ini merupakan satu gerakan koordinasi dengan refleks menghisap.

4) Refleks moro (moro refleks)

Merupakan gerakan seperti memeluk, ketika tubuh diangkat dan di turunkan secara tiba – tiba, maka kedua lengan serta tungkainya akan memperlihatkan gerakan ekstensi yang simetris dan diikuti oleh gerakan abduksi.

5) Refleks babinski (babinski refleks)

Apabila memberikan rangsangan berupa goresan lembut pada telapak kaki, maka jempol dan reflex mengarah ke atas dan jari kaki lainnya dalam posis terbuka.

6) Refleks menggenggam (grapsing refleks)

Apabila jari tangan ditempatkan pada telapak tangan bayi, maka secara alami bayi akan menggenggam jari dengan cukup kuat.

h. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Inisiasi menyusu dini (IMD) adalah proses meletakkan bayi baru lahir pada dada atau perut ibu agar bayi secara alami dapat mencari sendiri sumber air susu ibu atau ASI dan mulai menyusui. IMD bermanfaat bagi ibu karena dapat membantu mempercepat proses pemulihan pasca persalinan. Dalam 1jam kehidupan pertama bayi dilahirkan ke dunia, bayi dipastikan untuk mendapatkan kesempatan melakukan IMD (Surmayanti et al., 2022)

Ada beberapa manfaat dari IMD adalah sebagai berikut:

- 1) kontak kulit ke kulit dari ibu dan bayi secara langsung sehingga dapat membantu meregulasi suhu tubuh BBL dan memungkinkan bayi terpapar bakteri baik dari kulit ibu sebagai perlindungan dari penyakit menular dan membangun sistem imunitas bayi.
- 2) ASI mengandung kolostrum yang kaya akan sel darah putih dan antibodi terutama Imunoglobulin A, mengandung protein, mineral, vitamin larut lemak (A, E, dan K) dengan presentase yang lebih besar dari air susu berikutnya, sehingga kolostrum bisa bertindak sebagai vaksin pertama bagi anak sebagai perlindungan dari berbagai penyakit.
- 3) Dapat memicu produksi prolaktin pada ibu yang merupakan hormon perangsang produksi ASI dan memsadikan asupan ASI yang cukup untuk bayi.
- 4) Semakin sering bayi menyusui dan merangsang puting pada beberapa minggu pertama, maka prolaktin semakin banyak pula ASI yang diproduksi.
- 5) Bayi akan lebih banyak berinteraksi dengan ibu nya serta jarang menangis.

i. Asuhan Bayi Baru Lahir

- 1) Menjaga bayi agar tetap hangat. Langkah awal dalam menjaga bayi tetap hangat adalah dengan menyelimuti bayi sesegera

mungkin sesudah lahir, tunda memandikan bayi selama 6 jam atau sampai bayi stabil untuk mencegah hipotermi..

- 2) Membersihkan saluran napas dengan menghisap lendir yang ada di mulut dan hidung (jika diperlukan). Tindakan ini juga dilakukan sekaligus dengan penilaian APGAR skor menit pertama. Apabila bayi tidak langsung menangis, jalan napas segera bersihkan.
- 3) Mengeringkan tubuh bayi dari cairan ketuban dengan menggunakan kain atau handuk yang kering, bersih dan halus. Dikeringkan mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya dengan lembut tanpa menghilangkan verniks. Verniks akan membantu menyamankan dan menghangatkan bayi. Setelah di keringkan, selimut bayi dengan kain dengan kain kering untuk menunggu 2 menit sebelum tali pusat diklem, hindari mengeringkan punggung tangan bayi. Bau cairan amnion pada tangan bayi membantu bayi mencari puting ibunya yang berbau sama.
- 4) Memotong dari pengikat tali pusat dengan teknik aseptik dan antiseptik. Tindakan ini dilakukan untuk menilai APGAR skor menit lima. Cara pemotongan dan pengikatan tali pusat adalah sebagai berikut:
 - a) Klem, potong dan ikat tali pusat dua menit pasca bayi lahir. Menyuntikkan oksitosin pada ibu sebelum tali pusat dipotong (oksitosin IU intramuskular)
 - b) Melakukan penjepitan ke-1 tali pusat dengan klem logam DTT 3 cm dari dinding perut (pangkal pusat) bayi, dari titik jepitan tekan tali pusat dengan dua jari kemudian dorong tali pusat kearah ibu (agar darah tidak terpancar pada saat dilakukan pemotongan tali pusat). Lakukan penjepitan ke-2 dengan jarak 2 cm dan tempat jepitan ke-1 kearah ibu.

- c) Pegang tali pusat diantara kedua klem tersebut, satu tangan menjadi landasan tali pusat sambil melindungi bayi, tangan yang lain pusat sambil melindungi bayi, tangan yang lain memotong tali pusat diantara kedua klem tersebut dengan menggunakan gunting DTT (steril)
- d) Mengikat tali pusat dengan benang DTT pada satu sisi, kemudian lingkarkan kembali benang tersebut dan ikat dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
- e) Melepaskan klem penjepit tali pusat dan masukkan kedalam klorin 0,5%
- f) Meletakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk upaya inisiasi menyusui dini
- g) Melakukan IMD, dimulai sedini mungkin, eksklusif selama 6 bulan dilanjutkan sampai 2 tahun dengan makanan pendamping ASI sejak 6 bulan. Pemberian ASI pertama kali dapat dilakukan setelah mengikat tali pusat. Langkah IMD pada bayi baru lahir adalah lakukan kontak kulit ibu dengan kulit bayi selama paling sedikit 1 jam dan biarkan bayi mencari dan menemukan puting dan mulai menyusui
- h) Memberikan identitas diri segera setelah IMD, berupa gelang pengenalan tersebut berisi identitas nama ibu dan ayah, tanggal, jam lahir, dan jenis kelamin
- i) Memberikan suntikan Vitamin K. Karena sistem pembekuan darah pada bayi baru lahir belum sempurna, semua bayi baru lahir berisiko mengalami perdarahan. Untuk mencegah terjadinya perdarahan pada semua BBL, terutama BBLR diberikan suntikan vitamin K (phytomenadione) sebanyak 1 mg dosis tunggal, intramuscular pada anterolateral paha kiri. Suntikan vitamin K dilakukan setelah poses IMD dan sebelum pemberian Hepatitis B

- j) Memberikan salep mata antibiotik pada kedua mata untuk mencegah terjadinya infeksi pada mata. Salep ini sebaiknya diberikan 1 jam setelah bayi lahir.
- k) Memberikan imunisasi Hepatitis B pertama (HB-O) diberikan 1-2 jam setelah pemberian vitamin K secara intramuskular. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu ke bayi. Imunisasi Hepatitis B harus diberikan pada bayi usia 0 – 7 hari (Sandriani et al., 2024)

j. Kunjungan Neonatus

Kunjungan neonatal terbagi menjadi 3 kategori yaitu (Ramli et al., 2024):

- 1) Kunjungan neonatal pertama (KN 1) 6 jam – 48 jam
Bayi yang lahir di fasilitas Kesehatan, pelayanan yang dapat dilakukan sebelum bayi pulang dari fasilitas kesehatan (> 24 jam), untuk bayi yang lahir dirumah, bila bidan meninggalkan bayi sebelum 24 jam maka pelayanan dilaksanakan pada 6-24 jam setelah lahir. Asuhan yang diberikan adalah: jaga kehangatan bayi, berikan ASI eksklusif, cegah infeksi, rawat tali pusat.
- 2) Kunjungan neonatal kedua (KN 2) 3 – 7 hari
Asuhan yang diberikan adalah: jaga kehangatan bayi, berikan ASI eksklusif, cegah infeksi, rawat tali pusat.
- 3) Kunjungan neonatal ketiga (KN 3) 8 – 28 hari
Asuhan yang diberikan diantaranya: periksa ada atau tidaknya tanda bahaya dan atau gejala sakit, jaga kehangatan bayi, berikan ASI eksklusif, cegah infeksi, rawat tali pusat (Sandriani, 2024).
Melakukan stimulasi, skrining, intervensi tumbuh kembang anak oleh orang tua dengan menggunakan pedoman buku KIA (Huru et al., 2022) . memberikan ASI eksklusif sampai bayi berusia enam

bulan dan setelah enam bulan dilanjutkan dengan pemberian MP-ASI (Huru et al., 2024).

4. Konsep dasar nifas

a. Pengertian masa nifas

Masa nifas merupakan salah satu fase penting dalam kehidupan seorang perempuan setelah melahirkan. Fase ini dimulai sejak keluarnya bayi dari rahim dan berlangsung hingga sekitar enam minggu setelahnya. Selama rentang waktu tersebut, tubuh perempuan melakukan proses pemulihan secara menyeluruh. Bukan hanya organ reproduksi yang mengalami perubahan, tetapi juga sistem hormonal, metabolisme, serta kondisi emosional dan psikologis. Perubahan-perubahan ini terjadi secara bertahap, dan meskipun bersifat fisiologis, dampaknya dapat meluas ke berbagai aspek kehidupan perempuan.

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan yang diperlukan untuk pulihnya kembali alat kandungan yang lamanya 6 minggu. Masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil dan berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Mirong & Yulianti, 2023)

b. Tujuan asuhan masa nifas

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
- 2) Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat.
- 4) Memberikan pelayanan keluarga berencana .(Mirong & Yulianti, 2023)

c. Tahapan masa nifas

- 1) Immediate Post Partum Period: masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam.

Masa ini sering terdapat banyak masalah misalnya perdarahan karena atonia uteri oleh karena itu bidan dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, TD, dan suhu.

- 2) Early Postpartum Period: 24 jam-1 minggu

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

- 3) Late Post Partum Period: masa 1 minggu-6 minggu

Periode ini bidan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari dan konseling KB

d. Kebijakan program nasional asuhan masa nifas

Menurut (Mirong & Yulianti, 2023), Kebijakan program nasional tentang masa nifas adalah:

- 1) Rooming in merupakan suatu sistem perawatan Dimana ibu dan bayi dirawat dalam 1 unit/kamar. Bayi selalu ada disamping ibu sejak lahir (hal ini dilakukan hanya pada bayi yang sehat).
- 2) Gerakan nasional ASI eksklusif yang dirancang oleh pemerintah
- 3) Pemberian vitamin A ibu nifas
- 4) Program inisiasi menyusui dini

Kebijakan program nasional masa nifas paling sedikit 4 kali kunjungan yang dilakukan. Hal ini untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir serta untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi antara lain sebagai berikut:

- a) Kunjungan I (6-8 jam setelah persalinan)
 - (1) Mencegah pendarahan masa nifas karena atonia uteri
 - (2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bisa pendarahan berlanjut
 - (3) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
 - (4) Pemberian ASI awal
 - (5) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
 - (6) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi catatan: jika petugas kesehatan menolong persalinan ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir selama 2 jam post partum, serta hingga keadaan keadaan stabil.
- b) Kunjungan II (6 hari setelah persalinan)
 - (1) Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau
 - (2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan berdarahan abnormal
 - (3) Memastikan ibu mendapatkan cukup makan, cairan, dan istirahat.
 - (4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
 - (5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi dan tali pusat, serta menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
- c) Kunjungan III (2 minggu setelah persalinan)

Memastikan rahim sudah kembali normal dengan mengukur dan meraba bagian rahim.
- d) Kunjungan IV (6 minggu setelah persalinan)

(1) Menanyakan kepada ibu tentang penyulit-penyulit yang ibu atau bayi alami

(2) Memberikan konseling untuk KB secara dini.

e. Perubahan fisiologi masa nifas

Masa nifas merupakan periode adaptasi yang berlangsung setelah persalinan, di mana tubuh perempuan mengalami berbagai perubahan alami untuk kembali ke kondisi sebelum hamil. Selama masa ini, sejumlah proses fisiologis penting berlangsung, yang mencerminkan kemampuan tubuh untuk memulihkan dan menyeimbangkan kembali fungsinya secara menyeluruh (Mirong & Yulianti, 2023)

1) Involusi Uterus

Involusi uterus adalah proses mengecilnya kembali ukuran rahim setelah melahirkan. Saat hamil, rahim membesar secara signifikan, bahkan mencapai ukuran hingga 1.000 gram. Namun, dalam waktu enam minggu pascapersalinan, beratnya akan berkurang menjadi sekitar 60 gram. Proses ini terjadi melalui kontraksi otot rahim yang secara berkala menyusutkan ukuran organ tersebut. Kontraksi ini bisa menyebabkan rasa nyeri seperti kram, terutama pada ibu yang telah melahirkan lebih dari satu kali. Rasa nyeri tersebut disebut *afterpains* dan biasanya lebih terasa saat menyusui karena stimulasi hormon oksitosin. Involusi yang berjalan normal merupakan indikator penting bahwa tubuh sedang kembali ke keseimbangan alaminya.

Tabel 2. 5 perubahan uterus masa postpartum

Involusi uteri	Tinggi fundus uterus	Berat fundus uterus	Diameter uterus
Pada akhir persalinan	Setinggi pusat	900 gram	12,5 cm
Pada akhir minggu ke-1	Pertengahan pusat dan simpisis	450 gram	7,5 cm
Pada akhir minggu ke -2	Tidak teraba	200 gram	5,0 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

2) Pengeluaran Lochia

Selama proses involusi, rahim juga mengeluarkan lochia, yaitu cairan nifas yang terdiri dari darah, lendir, dan jaringan sisa dari dinding rahim. Lochia terbagi menjadi tiga fase: lochia rubra (merah), lochia serosa (kecokelatan atau merah muda), dan lochia alba (keputihan atau kekuningan). Fase ini berlangsung secara bertahap selama empat hingga enam minggu. Pengamatan terhadap warna, jumlah, dan aroma lochia penting untuk mendeteksi gangguan seperti infeksi. Jika lochia berubah warna menjadi hijau, berbau tajam, atau disertai demam, maka hal tersebut menandakan adanya kondisi yang tidak wajar dan perlu mendapatkan perhatian medis segera.

Tabel 2. 6 pengeluaran lochea berdasarkan waktu dan warnanya

Lochea	Waktu	Warna	Ciri -ciri
Rubra	1-3 hari	Warna kehitaman	Terdiri dari sel desis dua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah
Sanguinolenta	4-7 hari	Putih bercampur	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	8-14 hari	Kekuningan / kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan plasenta
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati

3) Laktasi dan Produksi ASI

Laktasi merupakan proses produksi dan pengeluaran air susu ibu (ASI), yang mulai aktif segera setelah kelahiran plasenta. Kadar hormon prolaktin meningkat untuk merangsang kelenjar susu menghasilkan ASI, sementara hormon oksitosin membantu mengeluarkannya melalui kontraksi saluran susu. Aktivitas menyusui juga memberikan efek tambahan dalam mempercepat involusi rahim. Selain memenuhi kebutuhan nutrisi bayi, menyusui mendukung hubungan emosional antara ibu dan anak melalui pelepasan hormon yang menciptakan rasa nyaman dan bahagia, seperti oksitosin dan dopamin. WHO menegaskan bahwa menyusui eksklusif selama enam bulan pertama sangat penting bagi perkembangan bayi dan kesehatan ibu.

4) Perubahan Hormon Reproduksi

Setelah persalinan, kadar hormon estrogen dan progesteron menurun tajam. Perubahan ini berdampak pada banyak sistem tubuh. Salah satu dampak utamanya adalah fluktuasi suasana hati yang sering dialami ibu baru. Beberapa ibu mengalami kondisi baby blues, ditandai dengan perasaan sedih, mudah menangis, dan cemas. Kondisi ini umumnya bersifat ringan dan bersifat sementara, berlangsung selama beberapa hari hingga dua minggu. Namun, bila berlanjut dan semakin berat, bisa berkembang menjadi gangguan yang lebih serius. Oleh karena itu, penting bagi orang di sekitar ibu untuk memberikan dukungan emosional yang memadai agar ia tidak merasa terisolasi.

5) penyesuaian Sistem Tubuh Lainnya

Tidak hanya organ reproduksi yang mengalami perubahan, tetapi hampir seluruh sistem tubuh beradaptasi kembali setelah kehamilan dan persalinan. Volume darah yang meningkat selama melibatkan sistem sirkulasi dan ginjal, yang bekerja untuk mengeluarkan kelebihan cairan dari tubuh. Sistem pencernaan,

yang sebelumnya terpengaruh oleh tekanan dari rahim yang membesar, perlahan-lahan kembali bekerja secara optimal. Selain itu, saluran kemih juga menyesuaikan diri, terutama karena posisi kandung kemih yang sempat berubah selama kehamilan. Semua perubahan ini mencerminkan kerja tubuh yang harmonis dan berkesinambungan dalam memulihkan fungsinya.

6) Adaptasi Psikologis

Selain pemulihan fisik, masa nifas juga merupakan waktu penting untuk penyesuaian psikologis. Ibu baru memasuki fase kehidupan yang sangat berbeda, dengan tanggung jawab baru yang memerlukan kesiapan mental dan emosional. Rasa lelah akibat kurang tidur, tekanan dalam merawat bayi, serta penyesuaian terhadap rutinitas baru bisa menimbulkan stres. Dalam hal ini, keterlibatan pasangan dan anggota keluarga sangatlah berharga. Kehadiran orang-orang terdekat dapat meningkatkan rasa percaya diri ibu dan membantu proses adaptasi berlangsung dengan lebih lancar. Penelitian menunjukkan bahwa dukungan emosional dari lingkungan sekitar berperan besar dalam memperkuat ikatan ibu dan anak serta menjaga kesehatan mental jangka panjang.

f. Adaptasi psikologi masa nifas

Perubahan peran menjadi seorang ibu semakin signifikan dengan kehadiran bayi yang baru lahir. Dalam situasi ini, dukungan positif dan perhatian dari seluruh anggota keluarga menjadi kebutuhan penting bagi sang ibu. Menurut Rubin dalam Varney (2007), adaptasi psikologis ibu pasca persalinan dibagi menjadi tiga fase yaitu (Mirong & Yulianti, 2023):

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 2.

2) Fase Taking Hold

Fase ini biasanya berlangsung dari hari ke 3-10 pasca persalinan. Pada tahap ini, tenaga ibu mulai pulih, dan ia merasa lebih nyaman serta mulai mandiri, meskipun masih membutuhkan bantuan. Ibu mulai menunjukkan perhatian terhadap perawatan 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.

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

g. Kebutuhan dasar pada ibu nifas

Masa nifas, atau periode postpartum, merupakan fase kriti dalam kehidupan seorang wanita setelah melahirkan. Periode ini dimulai segera setelah plasenta lahir dan berlangsung sekitar minggu. Selama masa ini, tubuh ibu mengalami serangkaian perubahan fisiologis dan psikologis yang signifikan, bertujuan untuk kembali ke kondisi pra-kehamilan dan beradaptasi dengan peran barunya sebagai ibu (Winarningsih et al., 2024)

Pemenuhan kebutuhan dasar selama masa nifas menjadi sangat penting untuk memastikan pemulihan yang optimal, mencegah komplikasi, dan mendukung kesejahteraan ibu dan bayi. Dalam konteks ini, terdapat enam aspek utama kebutuhan dasar yang perlu diperhatikan:

1) Gizi

Nutrisi yang adekuat dan seimbang sangat penting untuk mendukung pemulihan jaringan, mempercepat penyembuhan luka, dan memastikan produksi ASI yang optimal. Kebutuhan kalori,

protein, vitamin, dan mineral tertentu meningkat selama masa nifas.

2) Mobilisasi Dini

Gerakan dan aktivitas fisik yang tepat dan bertahap dapat mempercepat proses pemulihan, meningkatkan sirkulasi darah, mencegah komplikasi seperti trombosis vena dalam, dan membantu pengembalian fungsi organ-organ tubuh.

3) Eliminasi

Fungsi sistem pencernaan dan perkemihan dapat mengalami perubahan pasca melahirkan. Pemantauan dan penanganan yang tepat terhadap pola BAB dan BAK penting untuk mencegah komplikasi dan ketidaknyamanan.

4) Seksual

Aspek seksualitas pasca melahirkan melibatkan perubahan fisik dan psikologis. Pemahaman dan komunikasi yang baik antara pasangan sangat penting untuk beradaptasi dengan perubahan ini.

5) Personal Hygiene

Menjaga kebersihan diri selama masa nifas tidak hanya meningkatkan kenyamanan ibu, tetapi juga berperan penting dalam mencegah infeksi dan mempercepat penyembuhan luka perineum atau luka operasi.

6) Istirahat & Tidur

Kualitas dan kuantitas istirahat yang cukup sangat penting untuk pemulihan fisik, produksi ASI yang optimal, dan kesejahteraan mental ibu. Namun, hal ini sering menjadi tantangan dengan adanya tuntutan perawatan bayi baru lahir.

Pemahaman yang komprehensif tentang kebutuhan dasar ini tidak hanya penting bagi ibu nifas, tetapi juga bagi keluarga dan tenaga kesehatan yang mendampingi. Dengan pengetahuan dan penerapan yang tepat, diharapkan ibu dapat menjalani masa nifas dengan

lebih nyaman dan aman, sehingga dapat fokus pada pemulihan diri dan perawatan bayi baru lahir

5. Konsep dasar keluarga berencana (KB)

a. Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga berencana juga merupakan suatu upaya untuk mencapai kesejahteraan anggota keluarga dengan cara memberi edukasi terkait pernikahan, infertilitas (kemandulan) dan menjarangkan persalinan. Program keluarga berencana juga dapat menjadi wadah untuk membantu pasangan suami istri untuk menghindari kehamilan yang tidak direncanakan, mendapatkan kelahiran yang dinantikan dan mengatur interval kelahiran. Program keluarga berencana juga menjadi upaya pemerintah untuk mengendalikan pertumbuhan penduduk di Indonesia. Sehingga diharapkan melalui program keluarga berencana maka akan menghasilkan penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang lebih bermutu dan meningkatkan kesejahteraan setiap keluarga (Sofa Fatonah H. S et al., 2023)

b. Tujuan Keluarga Berencana

Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pengembangan Keluarga, Keluarga Berencana dan Sistem Informasi Keluarga, tujuan program keluarga berencana (BKKBN, 2017) dalam (Sofa Fatonah H. S et al., 2023) yaitu:

- 1) Mengatur kehamilan yang diinginkan.
- 2) Menjaga kesehatan dan menurunkan angka kematian ibu (AKI), angka kematian Mengatur bayi atau balita (AKB) dan anak.
- 3) Meningkatkan kualitas dan akses informasi, konseling, pendidikan dan pelayanan keluarga berencana serta kesehatan reproduksi.
- 4) Meningkatkan peran serta partisipasi pria dalam program keluarga berencana.

- 5) Mensosialisasikan dan mempromosikan pemberian air susu ibu (ASI) sebagai upaya untuk menjarangkan kehamilan.

c. Akseptor keluarga Berencana

Akseptor keluarga berencana merupakan seseorang yang menyadari bahwa pasangan suami istri memutuskan untuk menjarangkan atau menunda kehamilan (Septianingrum, 2018) dalam (Sofa Fatonah H. S et al., 2023) ,Adapun jenis-jenis akseptor keluarga berencana, yaitu

- 1) Akseptor aktif

Akseptor KB aktif merupakan akseptor yang ada pada saat ini yang menggunakan cara atau alat kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan atau mengakhiri kesuburan.

- 2) Akseptor aktif kembali

Akseptor KB aktif Kembali merupakan pasangan usia subur (PUS) yang telah menggunakan alat kontrasepsi selama tiga bulan atau lebih yang tidak diselingi suatu kehamilan dan kembali menggunakan alat kontrasepsi baik dengan metode yang sama atau berbeda setelah berhenti atau istirahat kurang lebih tiga bulan berturut-turut dan bukan karena hamil.

- 3) Akseptor KB baru

Akseptor KB baru merupakan akseptor yang baru pertama kali menggunakan alat kontrasepsi atau Pasangan Usia Subur (PUS) yang kembali menggunakan alat kontrasepsi dalam waktu 2 minggu setelah melahirkan atau keguguran (abortus).

- 4) Akseptor KB dini

Akseptor KB dini merupakan wanita atau ibu yang menerima salah satu metode kontrasepsi dalam waktu 2 minggu setelah melahirkan atau abortus.

- 5) Akseptor KB langsung

Akseptor KB langsung merupakan wanita atau ibu yang memakai salah satu metode kontrasepsi dalam waktu 40 hari setelah melahirkan atau keguguran.

6) Akseptor KB dropout

Akseptor KB dropout merupakan akseptor yang menghentikan pemakaian kontrasepsi lebih dari 3 bulan.

d. Suntikan

Suntik KB adalah teknik kontrasepsi hormonal yang diberikan secara intramuskular, biasanya setiap satu hingga tiga bulan. Suntik ini mengandung hormon progestin yang bekerja dengan mencegah ovulasi, menebalkan lendir serviks, dan menipiskan lapisan rahim. Suntik KB merupakan pilihan yang praktis bagi wanita yang kesulitan mengingat untuk minum pil setiap hari. Selain itu, teknik ini memiliki tingkat efektivitas yang tinggi jika diberikan secara rutin sesuai jadwal. Namun, suntik KB dapat menyebabkan efek samping seperti perubahan siklus menstruasi, peningkatan berat badan, atau penurunan kepadatan tulang jika digunakan dalam jangka panjang.

1) Cara Kerja KB Suntik:

Menghalangi ovulasi (masa subur)

Mengubah lendir serviks (vagina) menjadi kental

Menghambat sperma & menimbulkan perubahan pada rahim

Mencegah terjadinya pertemuan sel telur & sperma
Mengubah kecepatan transportasi sel telur.

2) Efek Samping:

Siklus haid kacau

Perdarahan bercak (spotting), yang dapat berlangsung cukup lama.

Jarang terjadi perdarahan yang banyak.

Sering menjadi penyebab bertambahnya Berat Badan.

Bisa menyebabkan (tidak pada semua akseptor) terjadinya sakit kepala, nyeri pada payudara, "moodiness", timbul jerawat dan berkurangnya libido seksual.

3) Keuntungan:

Tidak mempengaruhi pemberian ASI

Bisa mengurangi kejadian kehamilan ektopik

Bisa memperbaiki anemia

Mengurangi penyakit payudara

Tidak mengganggu hubungan seks

4) Keterbatasan:

Perubahan dalam siklus haid

Penambahan berat badan

Harus kebal untuk injeksi setiap 3 bulan atau 2 bulan

Pemulihan kesuburan bisa tertunda selama 7-9 bulan setelah penghentian

B. Standar Asuhan Kebidanan

Standar asuhan kebidanan adalah acuan yang digunakan dalam pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktik berdasarkan ilmu dan kiat belajar. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan.

1. Standar I: Pengkajian

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

- a. Data tepat, akurat dan lengkap.
- b. Terdiri dari data subjektif (hasil anamnesis, biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budayanya).
- c. Data objektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologi dan pemeriksaan penunjang).

2. Standar II: Perumusan Diagnosa dan Masalah Kebidanan

a. Pernyataan Standar

Bidan menganalisis data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasi secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

b. Kriteria Pengkajian

- 1) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- 2) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
- 3) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

3. Standar III: Perencanaan

a. Pernyataan standar

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

b. Kriteria perencanaan

- 1) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif.
- 2) Melibatkan pasien, klien dan atau keluarga
- 3) Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya atau keluarga.
- 4) Memiliki tindakan yang aman sesuai kondisi yang dibutuhkan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- 5) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

4. Standar IV: Implementasi

a. Pernyataan standar

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

b. Kriteria implementasi

- 1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio psikosial kultural.
- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarga (*inform concent*).
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based.
- 4) Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan
- 5) Menjaga privasi klien atau pasien
- 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- 7) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- 8) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang sesuai.
- 9) Melakukan tindakan sesuai standar
- 10) Mencatat semua tindakan yang dilakukan

5. Standar V: Evaluasi

a. Pernyataan standar

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

b. Kriteria evaluasi

- 1) Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- 2) Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan dengan pasien atau keluarga.
- 3) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
- 4) Hasil evaluasi ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien atau pasien.

5. Standar VI: Pencatatan Asuhan Kebidanan

a. Pernyataan standar

Melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

b. Kriteria pencatatan asuhan kebidanan

- 1) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien dan buku KIA).
- 2) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
- 3) S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesis.
- 4) O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.
- 5) A adalah data *assessment*, mencatat hasil diagnosa
- 6) P penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

C. Kewenangan Bidan

Teori hukum kewenangan bidan dalam berjalannya waktu kewenangan bidan Indonesia dari tahun ke tahun terus berkembang. Kewenangan bidan sesuai Peraturan Menteri Kesehatan menurut Permenkes RI No. 1464/2010, tentang perizinan dan penyelenggaraan praktek bidan mandiri dalam melakukan asuhan kebidanan meliputi:

1. Pasal 2 yang berbunyi:

- a. Bidan dapat melakukan praktek mandiri dan atau bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan.
- b. Bidan menjalankan praktek mandiri harus berpendidikan minimal Diploma III Kebidanan. Bidan menjalankan praktek harus mempunyai SIPB.

2. Pada pasal 9, yang berbunyi:

Bidan dalam menjalankan praktek berwenang untuk memberikan pelayanan meliputi:

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

3. Pada pasal 10, yang berbunyi:

Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 huruf a diberikan pada masa pra hamil, kehamilan, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui dan masa antara dua kehamilan.

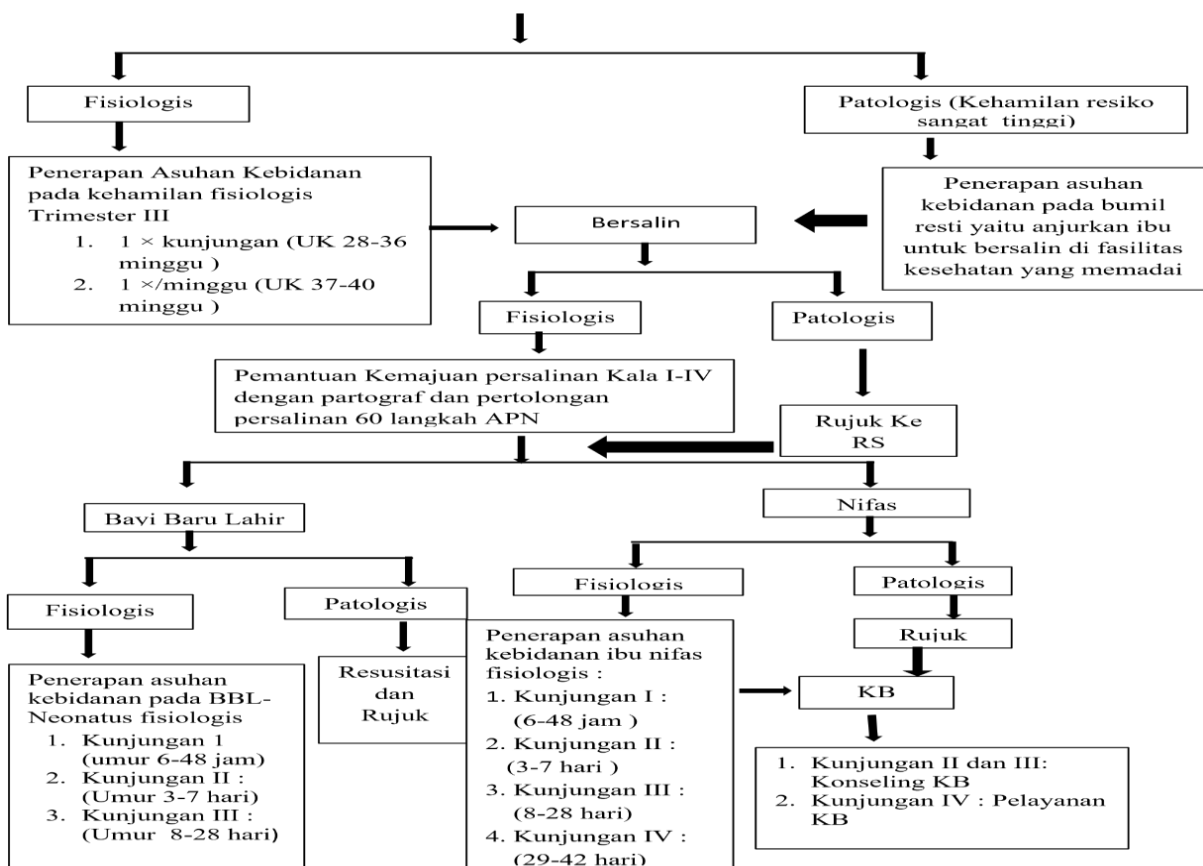
- a. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - 1) Pelayanan konseling pada masa pra hamil.
 - 2) Pelayanan antenatal pada kehamilan normal.
 - 3) Pelayanan persalinan normal..
 - 4) Pelayanan ibu nifas normal.
 - 5) Pelayanan ibu menyusui.
 - 6) Pelayanan konseling pada masa antara dua kehamilan.
 - b. Bidan memberikan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berwenang untuk:
 - 1) Episiotomi.
 - 2) Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II.
 - 3) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan.
 - 4) Pemberian tablet Fe pada ibu hamil.
 - 5) Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas.
 - 6) Fasilitas/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif.
 - 7) Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala III dan postpartum.
 - 8) Bimbingan pada kelompok ibu hamil.
 - 9) Pemberian surat keterangan kematian
 - 10) Pemberian surat keterangan cuti bersalin.
4. Pada pasal 11, yang berbunyi:
- a. Bidan memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berwenang untuk:
 - 1) Melakukan asuhan bayi baru lahir normal termasuk resusitasi, pencegahan hipotermi, inisiasi menyusui dini, injeksi vitamin K 1, perawatan bayi baru lahir pada masa neonatal (0-28 hari) dan perawatan tali pusat.
 - 2) Penanganan hipotermi pada bayi baru lahir dan segera merujuk.
 - 3) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan.
 - 4) Pemberian imunisasi rutin sesuai dengan program pemerintah.

- 5) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita dan anak prasekolah.
 - 6) Pemberian konseling dan penyuluhan.
 - 7) Pemberian surat keterangan kematian.
 - b. Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 huruf b diberikan pada bayi baru lahir, anak balita dan anak pra sekolah.
5. Pada pasal 12, yang berbunyi:
- Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 huruf c, berwenang untuk:
- a. Memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.
 - b. Memberikan alat kontrasepsi oral dan kondom.

D. Kerangka Pikir/Pendekatan Masalah

Kerangka pikir/pedekatan masalah pada gambar berikut menjelaskan alur penerapan asuhan kebidanan secara berkesinambungan mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, hingga pelayanan KB. Pada kehamilan fisiologis dilakukan asuhan antenatal sesuai usia kehamilan, sedangkan kehamilan patologis dirujuk ke fasilitas kesehatan yang memadai.

Pada persalinan fisiologis dilakukan pemantauan dengan partograf dan pertolongan persalinan 60 langkah APN, sedangkan kasus patologis dirujuk ke rumah sakit. Setelah persalinan, bayi baru lahir dan ibu nifas mendapatkan kunjungan asuhan sesuai jadwal. Jika ditemukan kondisi patologis dilakukan tindakan dan rujukan. Selanjutnya dilakukan konseling dan pelayanan KB pada masa nifas sesuai kebutuhan ibu. Kerangka pikir ini menggambarkan kesinambungan asuhan kebidanan dari masa kehamilan hingga pelayanan KB.



Gambar 2. 1 Kerangka pikir