

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kasus

1. Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan suatu proses yang diawali dengan bertemunya sel telur dan sel sperma di dalam rahim, tepatnya di saluran tuba. Setelah itu terjadi proses pembuahan dan nidasi, lapisan endometrium yang terjadi pada hari keenam dan ketujuh setelah pembuahan. Kehamilan adalah masa sejak pembuahan hingga kelahiran janin. Kehamilan ini berlangsung selama 280 hari (40 minggu atau sama dengan sembilan bulan tujuh hari (Kasmiati *et all.*, 2023).

b. Klasifikasi Usia Kehamilan

Kehamilan dibagi menjadi tiga trimester berdasarkan usia gestasi (Fitriani, A, 2022):

Trimester pertama (minggu 1-12) merupakan masa organogenesis, fase kritis pembentukan organ janin yang memerlukan nutrisi adekuat dan perlindungan dari faktor teratogenik. Perkembangan plasenta dan janin berlangsung pesat pada periode ini.

Trimester kedua (minggu 13-28) ditandai dengan penyelesaian pembentukan organ janin, meskipun janin belum sepenuhnya viable. Ibu umumnya telah beradaptasi secara psikologis dan merasa lebih nyaman karena keluhan trimester pertama telah berkurang.

Trimester ketiga (minggu 29-42) merupakan fase persiapan persalinan dengan pertumbuhan janin yang sangat pesat. Tubuh ibu mengalami perubahan fisiologis signifikan, termasuk produksi kolostrum, sebagai persiapan menyusui pasca persalinan.

c. Perubahan dan Adaptasi Fisiologis serta Psikologis Trimester III

Pada trimester III, sistem reproduksi mengalami adaptasi signifikan sebagai persiapan persalinan. Berat uterus meningkat hingga 1000 gram dengan tinggi fundus uteri (TFU) mencapai area bawah prosesus xifoideus, disertai pembentukan segmen bawah rahim (SBR). Serviks mengalami pelunakan (*softening*) akibat peningkatan vaskularisasi dan perubahan jaringan ikat kolagen yang dipengaruhi estrogen. Demikian pula, vagina dan perineum mengalami hiperemia (tanda Chadwick) serta pelunakan jaringan ikat untuk meningkatkan elastisitas saat proses melahirkan (Kasmiati et al., 2023).

Secara endokrin, peningkatan hormon estrogen, progesteron, dan somatomotropin (HPL) memicu proses mammatogenesis atau persiapan laktasi. Estrogen menyebabkan hipertrofi saluran payudara dan retensi cairan, progesteron mematangkan sel asinus, sedangkan somatomotropin berperan dalam sintesis komponen ASI seperti kasein dan laktalbumin. Akibatnya, payudara menjadi lebih tegang, membesar, dan mulai memproduksi kolostrum.

Adaptasi sistemik juga terjadi secara menyeluruh akibat desakan mekanis uterus yang membesar. Tekanan pada diafragma menyebabkan pola pernapasan dada (*thoracic breathing*) dan keluhan sesak, sementara pergeseran organ pencernaan menurunkan motilitas otot polos dan sekresi asam lambung. Tekanan kepala janin pada kandung kemih memperberat keluhan frekuensi miksi. Selain itu, terjadi perubahan integumen berupa hiperpigmentasi (*linea nigra*, *cloasma gravidarum*, *striae*) akibat hormon MSH, serta peningkatan berat badan dan IMT yang mencerminkan adaptasi fisiologis terhadap pertumbuhan janin.

Di samping perubahan fisiologis, ibu hamil trimester III juga mengalami adaptasi psikologis. Menjelang persalinan, terutama pada ibu primigravida, sering muncul kecemasan (*ansietas*) mengenai proses melahirkan dan kesehatan janin. Namun, kondisi ini umumnya

diimbangi dengan *nesting instinct*, yaitu dorongan alami untuk mempersiapkan diri dan lingkungan bagi kedatangan bayi.

Tabel 2.1
Kenaikan BB sesuai Usia Kehamilan

Status Gizi	Indeks Masa Tubuh (IMT)	Pertambahan Berat Badan (kg)
Kurus	17-<18,5	13,0-18,0
Normal	18,5-25,0	11,5-13,0
Overweight	>25-27	7,0-11,5
Obesitas	>27	<6,8
Kembar	-	16,0-20,5

d. Adaptasi Psikologis Trimester III

Trimester ketiga sering disebut sebagai "masa tunggu" karena ibu mengalami kecemasan dalam menantikan kelahiran bayinya. Periode ini ditandai dengan fokus utama pada persiapan persalinan dan kesiapan menjadi orang tua. Gerakan janin serta pembesaran abdomen terus mengingatkan ibu akan keberadaan bayinya, sekaligus memicu kekhawatiran akan kesehatan dan kondisi normal bayi yang akan dilahirkan. Sebagai bentuk perlindungan, ibu cenderung menghindari orang, aktivitas, atau benda yang dianggap berpotensi membahayakan janinnya (Kasmiati *et al*, 2023).

Di sisi lain, ibu juga menghadapi berbagai tantangan psikologis akibat ketidaknyamanan fisik yang kembali muncul pada trimester ini, seperti sering buang air kecil, sulit tidur, dan nyeri punggung. Banyak ibu merasa penampilannya kurang menarik akibat perubahan bentuk tubuh. Selain itu, muncul pula perasaan sedih antisipatif karena akan "berpisah" dari bayinya setelah melahirkan, serta kehilangan perhatian dan perawatan khusus yang diterimanya selama masa kehamilan.

e. Ketidaknyamanan Umum pada Trimester III

Pada trimester III, ibu hamil sering mengalami berbagai ketidaknyamanan akibat perubahan fisiologis dan tekanan mekanis uterus yang membesar (Kasmiati *et al*, 2023) :

1) Rasa Lelah

Disebabkan oleh peningkatan berat badan dan pertumbuhan janin yang pesat. Diatasi dengan memperbanyak istirahat, konsumsi makanan bergizi seimbang, olahraga ringan rutin (jalan kaki 20-30 menit/hari), hidrasi adekuat, serta membatasi aktivitas yang tidak esensial.

2) Nyeri Punggung

Terjadi akibat beban tambahan pada tulang belakang dan pengaruh hormon relaksin yang melonggarkan sendi panggul. Penanganannya meliputi latihan peregangan dan senam hamil, penggunaan bantal penyangga saat tidur, postur duduk tegak, pemakaian sepatu hak rendah, serta kompres hangat pada area yang nyeri.

3) Sering Buang Air Kecil

Dipicu oleh tekanan kepala janin yang turun ke panggul terhadap kandung kemih. Untuk mengatasinya, ibu disarankan menghindari minuman berkafein, tetap mengonsumsi air putih minimal 8 gelas/hari (tidak diminum menjelang tidur), dan tidak menahan keinginan berkemih.

4) Sesak Napas

Terjadi karena pembesaran uterus menekan diafragma sehingga paru-paru sulit mengembang optimal. Diatasi dengan posisi tidur semi-fowler (kepala dan bahu ditopang bantal) serta olahraga ringan untuk memperbaiki postur tubuh.

5) *Heartburn* (Dada Terasa Panas)

Disebabkan oleh relaksasi otot sfingter lambung akibat perubahan hormonal dan tekanan uterus pada lambung, yang memicu refluk asam lambung ke esofagus. Pencegahannya meliputi menghindari makanan asam, pedas, berlemak, dan berkafein; makan dengan porsi kecil namun sering; serta tidak berbaring segera setelah makan.

f. Deteksi Dini Faktor Risiko Kehamilan Trimester III

1) Konsep Kehamilan Risiko Tinggi

Kehamilan risiko tinggi adalah kondisi kehamilan yang menyimpang dari keadaan normal dan dapat mengancam keselamatan ibu maupun janin, baik selama kehamilan, persalinan, maupun nifas (Susilawati et al., 2021). Konsep ini mencakup tiga istilah yang saling berkaitan: (a) *Wanita risiko tinggi*, yaitu perempuan yang kesehatan dan jiwanya terancam oleh penyakit atau kondisi kehamilan, persalinan, dan nifas; (b) *Ibu risiko tinggi*, yaitu faktor pada ibu yang meningkatkan risiko kematian maternal atau neonatal; dan (c) *Kehamilan risiko tinggi*, yaitu kondisi yang memengaruhi optimalisasi kesehatan ibu dan janin.

2) Faktor-Faktor Risiko Kehamilan

Semakin banyak faktor risiko yang ditemukan pada ibu hamil, semakin tinggi tingkat risiko kehamilannya (Putri & Ismiyatun, 2020). Faktor-faktor tersebut antara lain: usia kehamilan <20 tahun atau >35 tahun, tinggi badan <145 cm (panggul sempit), berat badan <45 kg, jarak kehamilan <2 tahun, paritas tinggi (>4 anak), primigravida muda atau tua, riwayat kehamilan buruk (keguguran berulang, persalinan prematur, lahir mati, preeklampsia-eklampsia), riwayat persalinan dengan tindakan (*vakum, forcep, sectio caesarea*), kelainan letak janin, perdarahan antepartum, kehamilan serotinus, serta penyakit penyerta yang memengaruhi kehamilan. Deteksi dini faktor risiko ini dapat dilakukan menggunakan Kartu Skor Poedji Rochyati (KSPR) sebagai alat skrining yang efektif.

3) Dampak Komplikasi

Kehamilan risiko tinggi yang tidak tertangani dengan baik dapat menimbulkan berbagai komplikasi serius, seperti keguguran, gawat janin, persalinan prematur, preeklampsia-eklampsia, perdarahan postpartum, atonia uteri, hingga ruptur uteri. Oleh karena itu, setiap

faktor risiko harus segera diidentifikasi dan ditangani untuk mencegah morbiditas dan mortalitas ibu serta bayi.

4) Penatalaksanaan Kehamilan Risiko Tinggi

Penatalaksanaan ibu hamil dengan faktor risiko tinggi meliputi (Sagita, 2023):

- a) Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga.
- b) Memberikan KIE mengenai pentingnya ANC terpadu minimal 2 kali kunjungan pada trimester III, meliputi pemeriksaan laboratorium, gizi, dan gigi.
- c) Menganjurkan konsumsi suplemen Fe dan kalsium secara rutin.
- d) Melakukan deteksi dini menggunakan Kartu Skor Poedji Rochyati.
- e) Menganjurkan senam hamil rutin untuk mengurangi keluhan dan mempersiapkan persalinan.
- f) Memberikan KIE tentang tanda-tanda persalinan dan tanda bahaya kehamilan.
- g) Mempersiapkan persalinan di fasilitas kesehatan yang ditolong oleh tenaga kesehatan kompeten.
- h) Melibatkan keluarga dalam memberikan dukungan fisik dan psikologis kepada ibu.

Tabel 2.2
Kartu Skor Poedji Rochjati

KARTU SKOR POEDJI ROCHJATI
SKRINING/DETEKSI DINI IBU BERESIKO TINGGI
OLEH PKK DAN PETUGAS KESEHATAN

Nama : Umur Ibu : Th
 Hamil ke : Haid Terakhir tgl : Perkiraan Persalinan tgl : bln
 Pendidikan : Ibu : Suami :
 Pekerjaan : Suami :

I KEL. F.R.	II NO	III Masalah / Faktor Resiko	SKOR	IV Tribulan			
				I	II	III.1	III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Terlalu muda, hamil $1 \leq 16$ th	4				
	2	a. Terlalu lambat hamil 1, kawin ≥ 4 th	4				
		b. Terlalu tua, hamil $1 \geq 35$ th	4				
	3	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4				
	4	Terlalu lama hamil lagi (≥ 10 th)	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 / lebih	4				
	6	Terlalu tua, umur ≥ 35 tahun	4				
	7	Terlalu pendek < 145 Cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan:	4				
		a. Tarikan tang / vakum					
		b. Uri dirogoh	4				
		c. Diberi infus / Transfusi	4				
	10	Pernah Operasi Seseu	8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil :	4				
		a. Kurang darah b. Malaria					
		c. TBC Paru 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 (Hydramnion)	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak Sungsang	8				
	18	Letak lintang	8				
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ut	8				
	20	Preklampsia Berat / Kejang ?	8				
JUMLAH SKOR							

PENYULUHAN KEHAMILAN / PERSALINAN AMAN – RUJUKAN TERENCAN

KEHAMILAN				PERSALINAN DENGAN RESIKO			
JML SKOR	KEL. RESIKO	PERA. WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENG. LONG	RUJUKAN	
						RDB	RTW
2	KRR	BIDAN	TIDAK DIRUJUK	RUMAH	BIDAN		
6-10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKMAS	BIDAN DOKTER		
≥ 12	KRT	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER		

Keterangan:

Skor 2 : kehamilan risiko rendah
 Skor 6-10 : kehamilan risiko tinggi
 Skor ≥ 12 : kehamilan risiko sangat tinggi

g. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Menurut Aida Fitriani et al., (2022), tanda bahaya kehamilan trimester III yang memerlukan penanganan segera meliputi: perdarahan pervaginam, sakit kepala hebat, penglihatan kabur, nyeri perut hebat, dan penurunan atau hilangnya gerakan janin. Kelima tanda tersebut mengindikasikan adanya komplikasi serius seperti plasenta previa, solusio plasenta, preeklampsia-eklampsia, maupun gawat janin, sehingga ibu hamil harus segera dirujuk ke fasilitas kesehatan.

h. Nomenklatur Diagnosis Kebidanan dalam Kehamilan

Nomenklatur diagnosis kebidanan dalam kehamilan merupakan sistem penamaan standar yang disepakati oleh organisasi profesi untuk mendokumentasikan kondisi kehamilan ibu secara konsisten, singkat, dan sederhana. Standar nomenklatur ini harus memenuhi lima syarat utama, yaitu: diakui dan disahkan oleh organisasi profesi, berkaitan langsung dengan praktik kebidanan, memiliki ciri khas kebidanan, didukung oleh pertimbangan klinis (*clinical judgement*), serta dapat diselesaikan melalui manajemen asuhan kebidanan (Wariyaka, MR, 2021).

Menurut Varney, nomenklatur diagnosis kebidanan menggunakan sistem penomoran untuk menunjukkan status obstetri seorang perempuan. Gravida (G) merujuk pada jumlah keseluruhan kehamilan yang pernah dialami seorang perempuan, termasuk kehamilan saat ini, tanpa memandang durasi kehamilan atau jumlah janin yang dilahirkan. Para (P) mengacu pada jumlah kehamilan yang diakhiri dengan kelahiran janin yang telah mencapai usia viabilitas (mampu hidup di luar kandungan), tanpa memandang apakah bayi tersebut lahir hidup atau mati (Wariyaka, MR, 2021).

i. Standar Asuhan Kehamilan (10 T)

Menurut Wahid, RN (2024), pelayanan antenatal terpadu minimal mencakup 10 komponen (10T) sebagai berikut:

1) Pengukuran Berat Badan (BB) dan Tinggi Badan (TB)

Pertambahan BB normal selama kehamilan ditentukan berdasarkan Indeks Massa Tubuh (IMT) sebelum hamil. Wanita dengan BB

kurang ($IMT < 18,5$) disarankan menambah BB 12-15 kg, BB normal ($IMT 18,5-24,9$) menambah 9-12 kg, BB lebih ($IMT \geq 25$) menambah 6-9 kg, dan obesitas ($IMT \geq 30$) menambah sekitar 6 kg. Total pertambahan BB normal adalah 11,5-16 kg. Pengukuran TB bertujuan mendeteksi panggul sempit, dengan batas normal ≥ 145 cm.

2) Pengukuran Tekanan Darah

Tekanan darah diukur untuk mendeteksi potensi hipertensi atau preeklampsia. Tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau diastolik ≥ 90 mmHg mengindikasikan risiko hipertensi dalam kehamilan.

3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA)

Pengukuran LiLA dilakukan pada kontak pertama trimester I untuk skrining Kurang Energi Kronis (KEK). LiLA $< 23,5$ cm menunjukkan KEK yang berisiko melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), sedangkan LiLA > 28 cm menunjukkan obesitas.

4) Pengukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU)

TFU diukur untuk menilai pertumbuhan janin dan menentukan tafsiran persalinan. Pada kehamilan < 24 minggu digunakan palpasi jari, sedangkan > 24 minggu menggunakan pita ukur (metode McDonald). Tafsiran persalinan dihitung dengan rumus Neagle berdasarkan HPHT: untuk HPHT bulan April-Desember digunakan rumus (+7 hari, -3 bulan, +1 tahun), sedangkan untuk HPHT bulan Januari-Maret digunakan (+7 hari, +9 bulan, +0 tahun). Tafsiran berat janin menggunakan rumus Johnson: $(TFU-12) \times 155$ jika bagian terendah belum masuk Pintu Atas Panggul (PAP), atau $(TFU-11) \times 155$ jika sudah masuk PAP. TFU normal bertambah seiring usia kehamilan: 16 minggu di pertengahan pusat-simfisis, 20 minggu di bawah pinggir pusat, 24 minggu di pinggir atas pusat, 28 minggu tiga jari di atas pusat, 32 minggu di setengah jarak pusat-prosesus xifoideus, 36 minggu satu jari di bawah proses xifoideus, dan 40 minggu tiga jari di bawah proses xifoideus (Fitriani, A, 2022).

- 5) Penentuan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ)
Presentasi janin ditentukan mulai akhir trimester II dan setiap kunjungan antenatal untuk mendeteksi kelainan letak. DJJ dinilai mulai akhir trimester I dengan nilai normal 120-160 x/menit. DJJ <120 x/menit atau >160 x/menit mengindikasikan gawat janin.
- 6) Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid (TT)
Imunisasi TT diberikan untuk mencegah tetanus neonatorum. Jadwal pemberian: TT I sebagai langkah awal pembentukan kekebalan, TT II diberikan 4 minggu setelah TT I dengan perlindungan 3 tahun, TT III diberikan 6 bulan setelah TT II dengan perlindungan 5 tahun, TT IV diberikan 12 bulan setelah TT III dengan perlindungan 10 tahun, dan TT V diberikan 12 bulan setelah TT IV dengan perlindungan >25 tahun (Fitriani, A, 2022).
- 7) Pemberian Tablet Fe (minimal 90 tablet selama hamil)
Tablet Fe diberikan 1×1 per hari setelah mual hilang untuk mencegah defisiensi zat besi, bukan menaikkan kadar hemoglobin. Kebutuhan zat besi meningkat signifikan pada trimester II. Tablet Fe tidak boleh diminum bersama teh atau kopi karena mengganggu absorpsi. Jika ditemukan anemia, dosis ditingkatkan menjadi 2-3 tablet/hari. Pemeriksaan Hb dilakukan 2 kali: pada kunjungan awal dan usia kehamilan 28 minggu. Klasifikasi anemia: Hb ≥ 11 g/dL (tidak anemia), Hb 9-10 g/dL (anemia ringan), Hb 7-8 g/dL (anemia sedang), dan Hb <7 g/dL (anemia berat).
- 8) Pemeriksaan Laboratorium
Pemeriksaan laboratorium rutin meliputi golongan darah, hemoglobin, protein urin, dan gula darah. Pemeriksaan khusus dilakukan sesuai indikasi dan daerah endemis, seperti malaria, HIV, dan sifilis untuk mendeteksi Infeksi Menular Seksual (IMS) yang dapat ditularkan ke janin.

9) Tatalaksana Kasus atau Pengobatan

Pengobatan diberikan apabila ibu mengalami masalah kesehatan selama kehamilan, baik penanganan langsung oleh tenaga kesehatan maupun rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap jika diperlukan.

10) Temu Wicara (Konseling)

Temu wicara dilakukan pada setiap kunjungan antenatal, meliputi anamnesis (biodata, riwayat menstruasi, kesehatan, kehamilan, persalinan, nifas, dan pengetahuan ibu), konsultasi mengenai keluhan atau masalah yang ditemukan, serta persiapan rujukan jika diperlukan.

2. Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan merupakan proses fisiologis dan alamiah pengeluaran janin, plasenta, dan selaput janin dari rahim ibu melalui jalan lahir, yang diawali dengan kontraksi uterus sistematis berupa pembukaan dan pelebaran serviks dengan frekuensi, durasi, serta kekuatan yang bervariasi. Proses ini membutuhkan energi dan stamina yang besar, sehingga pemenuhan nutrisi dan hidrasi menjadi faktor penting untuk menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit ibu. Kelancaran dan kenyamanan persalinan sangat dipengaruhi oleh keterampilan penolong serta perawatan yang disesuaikan dengan kondisi ibu (Namangdjabar, OL, *et al.*, 2023).

b. Sebab-sebab Mulainya Persalinan

Menurut (Namangdjabar, OL, *et al.*, 2023), onset persalinan dipicu oleh interaksi kompleks beberapa faktor fisiologis dan mekanis, yaitu:

- 1) Perubahan Hormonal: Penurunan kadar progesteron yang diimbangi peningkatan estrogen dan oksitosin menjelang akhir kehamilan, sehingga meningkatkan sensitivitas miometrium (otot rahim) untuk berkontraksi.

- 2) Faktor Mekanik dan Fetal: Peregangan progresif otot rahim, tekanan mekanis janin pada ganglion servikale (*Plexus Frankenhaeuser*), serta peran aktif kelenjar hipofisis dan adrenal janin dalam memicu proses persalinan.
- 3) Teori Prostaglandin: Peningkatan kadar prostaglandin ($F2\alpha$ dan $E2$) yang dihasilkan oleh desidua, baik dalam cairan ketuban maupun sirkulasi ibu, yang secara langsung merangsang kontraksi uterus.

c. Tahapan Persalinan

Persalinan dibagi menjadi empat kala (Kemenkes RI, 2020):

1) Kala I (Kala Pembukaan)

Dimulai dari his persalinan pertama hingga pembukaan serviks lengkap (10 cm). Terdiri dari fase laten (pembukaan <4 cm, maksimal 8 jam) dan fase aktif (pembukaan 4-10 cm, kecepatan 1 cm/jam, maksimal 6-7 jam). Fase aktif meliputi tiga periode: akselerasi (2 jam, pembukaan hingga 4 cm), dilatasi maksimal (2 jam, pembukaan 4-9 cm), dan deselerasi (2 jam, pembukaan hingga 10 cm).

2) Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Dimulai dari pembukaan lengkap hingga lahirnya bayi. Durasi normal 2 jam untuk primigravida dan 1 jam untuk multigravida. His menjadi lebih kuat, terkoordinasi, dan terjadi setiap 2-3 menit. Kepala janin turun menekan dasar panggul, menimbulkan refleks meneran dan sensasi ingin buang air besar. Vulva membuka dan perineum menegang saat kepala janin mulai tampak.

3) Kala III (Kala Pengeluaran Plasenta)

Dimulai dari lahirnya bayi hingga pengeluaran plasenta, berlangsung 5-30 menit. Setelah bayi lahir, uterus berkontraksi dan plasenta terlepas dari dinding rahim. Pengeluaran plasenta disertai perdarahan normal 100-200 cc dan dapat terjadi spontan atau dengan dorongan ringan pada fundus uteri.

4) Kala IV (Kala Pengawasan)

Merupakan periode dua jam pasca plasenta lahir untuk memantau keadaan ibu, terutama risiko perdarahan postpartum. Pemantauan meliputi tanda-tanda vital, kontraksi uterus, dan jumlah perdarahan setiap 15 menit pada jam pertama, kemudian setiap 30 menit pada jam kedua.

d. Tanda- Tanda Persalinan

Menurut (Namangdjabar, OL, *et al.*, 2023), terdapat tiga tanda utama persalinan:

1) Kontraksi His

Terdapat dua jenis kontraksi, yaitu *Braxton Hicks* (kontraksi palsu) dan his persalinan (kontraksi sejati). Kontraksi palsu bersifat tidak teratur, frekuensi dan intensitasnya tidak meningkat, serta merupakan persiapan fisiologis rahim menghadapi persalinan. Sebaliknya, his persalinan ditandai dengan kontraksi yang semakin sering, lama, dan kuat, disertai nyeri seperti kram perut yang menjalar dari fundus uteri hingga pinggang dan panggul.

2) Pembukaan Serviks

Perubahan serviks meliputi pelunakan, penipisan, dan pembukaan. Pada primigravida, pembukaan sering disertai nyeri akibat tekanan kepala janin pada panggul, sedangkan pada multigravida dapat terjadi tanpa nyeri signifikan. Pembukaan serviks dikonfirmasi melalui pemeriksaan dalam (*vaginal toucher*) oleh tenaga kesehatan, dengan pembukaan lengkap mencapai 10 cm.

3) *Bloody Show* dan Pecahnya Ketuban

Bloody show berupa lendir kental bercampur darah yang keluar akibat terlepasnya selaput ketuban dari dinding rahim saat serviks mengalami perubahan. Pecahnya ketuban (*rupture of membrane*) ditandai dengan keluarnya cairan ketuban yang umumnya bening dan tidak berbau. Setelah ketuban pecah, kontraksi biasanya menjadi lebih intens. Kondisi ini meningkatkan risiko infeksi ascending, sehingga persalinan harus terjadi dalam waktu kurang dari 24 jam. Jika

persalinan tidak berlangsung spontan dalam batas waktu tersebut, diperlukan intervensi medis seperti seksio sesarea.

e. Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut (Namangdjabar, OL, *et al.*, 2023), kelancaran proses persalinan dipengaruhi oleh lima faktor utama (5P), yaitu:

1) *Power* (Kekuatan Kontraksi)

Kontraksi uterus yang ritmis, dimulai dari fundus dan menyebar ke bawah, disertai retraksi yang mendorong janin turun. Kekuatan his paling maksimal di area fundus dan berangsur berkurang ke arah serviks.

2) *Passenger* (Janin dan Plasenta)

Meliputi ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi. Malpresentasi, malformasi, atau ukuran janin yang besar (makrosomia) dapat menghambat proses persalinan normal, demikian pula dengan kondisi plasenta.

3) *Passage* (Jalan Lahir)

Terdiri dari panggul tulang (*bony pelvis*) dan jaringan lunak (dasar panggul, vagina, dan introitus). Janin harus menyesuaikan diri dengan bentuk panggul ibu. Penurunan kepala janin dinilai berdasarkan empat bidang Hodge (I-IV) sebagai patokan anatomi perjalanan janin di dalam panggul.

4) Psikologi Ibu (*Psyche*)

Kondisi mental dan emosional ibu sangat berpengaruh terhadap progres persalinan. Dukungan emosional yang memadai dari suami dan keluarga dapat mengurangi kecemasan, sehingga proses persalinan cenderung lebih lancar dibandingkan pada ibu yang merasa stres atau sendirian.

5) Penolong Persalinan (*Provider*)

Keterampilan, pengalaman, dan sikap profesional penolong persalinan sangat menentukan kelancaran proses, mampu

mengantisipasi komplikasi, mencegah morbiditas dan mortalitas maternal-neonatal, serta meminimalkan risiko malpraktik.

Tabel 2.3
Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perlimaan

Periksa luar	Periksa Dalam	Keterangan
5/5 		Kepala di atas PAP, mudah digunakan
4/5 	H I-II	Sulit digerakan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
3/5 	H II-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
2/5 	H III +	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
1/5 	H III IV	Kepala di dasar panggul
0/5 	H IV	Kepala di perenium

f. Kebutuhan selama Persalinan

Selama proses persalinan, ibu memerlukan pemenuhan berbagai kebutuhan dasar untuk mendukung kelancaran persalinan dan kenyamanan ibu (Namangdjabar, OL, *et al.*, 2023):

1) Kebutuhan Nutrisi

Ibu dianjurkan mengonsumsi makanan ringan dan cairan selama persalinan, terutama pada fase laten. Pada fase aktif, asupan cairan lebih diprioritaskan. Keluarga perlu sering menawarkan minum dan makanan ringan untuk menjaga energi ibu.

2) Kebutuhan Eliminasi

Kandung kemih harus dikosongkan setiap 2 jam selama persalinan. Frekuensi dan volume berkemih perlu dicatat, serta kandung kemih diperiksa sebelum penilaian denyut jantung janin untuk menghindari hambatan penurunan kepala janin.

3) Kebutuhan Istirahat dan Tidur

Ibu diberikan kesempatan untuk relaksasi dan tidur di antara kontraksi, terutama pada fase laten. Pada kala II, ibu diusahakan tetap terjaga. Setelah persalinan (kala IV), ibu dapat tidur jika sangat kelelahan untuk memulihkan stamina dan mempercepat involusi organ reproduksi.

4) Kebutuhan Personal Hygiene

Bidan memfasilitasi kebersihan genitalia (vulva, vagina, anus) dan membolehkan ibu mandi selama persalinan jika kondisi memungkinkan. Mandi dapat meningkatkan sirkulasi darah, memberikan rasa nyaman, dan mengurangi persepsi nyeri.

5) Kebutuhan Mobilisasi dan Posisi

Ibu dianjurkan berganti posisi selama persalinan dan menghindari posisi telentang lebih dari 10 menit. Mobilisasi aktif membantu penurunan kepala janin, memperpendek durasi persalinan, dan meningkatkan kenyamanan ibu.

g. Risiko Persalinan pada Ibu Usia >35 Tahun dan Paritas >4

Menurut (Namangdjabar, OL, *et al.*, 2023), ibu dengan usia >35 tahun dan paritas >4 (*grandemultipara*) memiliki risiko tinggi mengalami komplikasi persalinan akibat penurunan elastisitas jaringan dan fungsi organ reproduksi, antara lain:

1) Partus Lama (Partus Tak Maju)

Persalinan yang tidak menunjukkan kemajuan pembukaan serviks dalam 2 jam atau penurunan janin dalam 1 jam, sering disebabkan oleh hambatan mekanis atau kelelahan otot rahim.

2) Perdarahan Postpartum

Kehilangan darah >500 ml melalui jalan lahir, yang dapat dipicu oleh *atonia uteri* (kegagalan kontraksi miometrium), *retensio plasenta* (plasenta belum lahir dalam 1 jam), atau *sisia plasenta*.

3) Ruptur Uteri

Robeknya dinding uterus yang risikonya meningkat pada *grandemultipara*, terutama jika terdapat riwayat *sectio caesarea*, penggunaan oksitosin berlebihan, atau malpresentasi janin.

4) Laserasi Jalan Lahir

Robekan pada vulva atau perineum yang sering diakibatkan oleh pimpinan persalinan yang kurang tepat atau pemberian tekanan fundus uteri (Kristeller) yang tidak terindikasi.

5) Persalinan Prematur

Kelahiran sebelum usia kehamilan 37 minggu, yang dapat terjadi akibat kelemahan otot rahim dan kekakuan jalan lahir pada ibu berparitas tinggi.

Meskipun dikategorikan berisiko tinggi, persalinan pervaginam (normal) tetap dapat berlangsung lancar apabila tidak terdapat kelainan his, letak dan presentasi janin normal, serta ibu mampu mengejan dengan efektif.

3. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

Bayi baru lahir normal didefinisikan sebagai bayi yang lahir spontan pervaginam pada usia kehamilan aterm (37–42 minggu), dengan berat badan 2.500–4.000 gram, nilai Apgar >7, dan tanpa cacat bawaan (Haninggar et al., 2024). Neonatus merupakan bayi yang baru lahir hingga usia 28 hari, yang sedang menjalani proses adaptasi vital dari kehidupan intrauterin ke ekstrauterin (Afrida, BR & Aryani, NP 2022). Periode neonatal dibagi menjadi dua fase: (1) *Neonatal dini* (0–7 hari), sebagai masa kritis untuk tumbuh kembang otak; dan (2) *Neonatal*

lanjut (8–28 hari), di mana bayi rentan terhadap pengaruh lingkungan biofisikopsikososial dan sangat bergantung pada peran serta ibu.

b. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

Menurut (Solehah et al., 2021), klasifikasi bayi baru lahir dibagi menjadi dua kategori utama, yaitu:

- 1) Berdasarkan Berat Lahir:
 - a) Berat Lahir Rendah (BBLR): <2.500 gram.
 - b) Berat Lahir Normal: 2.500 – 4.000 gram.
 - c) Berat Lahir Lebih (Makrosomia): >4.000 gram.
- 2) Berdasarkan Masa Gestasi:
 - a) Prematur: Usia kehamilan <37 minggu.
 - b) Cukup Bulan (Aterm): Usia kehamilan 37–42 minggu.
 - c) Lebih Bulan (Postmatur): Usia kehamilan >42 minggu.

Selain itu, terdapat klasifikasi gabungan yang menilai kesesuaian berat badan terhadap usia kehamilan, yaitu Sesuai Masa Kehamilan (SMK), Kecil Masa Kehamilan (KMK), dan Besar Masa Kehamilan (BMK).

c. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir Normal

Bayi baru lahir normal memiliki karakteristik yang stabil secara antropometri, fisiologis, dan neurologis. Secara antropometri, berat badan berkisar 2.500–4.000 gram, panjang badan 48–52 cm, lingkar dada 30–38 cm, dan lingkar kepala 33–36 cm. Tanda vital stabil dengan denyut jantung 120–140 x/menit dan frekuensi napas 40 x/menit setelah menit pertama. Karakteristik fisik ditandai dengan kulit kemerahan dan licin, rambut kepala sempurna tanpa lanugo, serta kuku yang lemas. Genitalia tampak normal (labia mayora menutupi minora pada perempuan, testis telah turun pada laki-laki). Refleks fisiologis (hisap, menelan, Moro, dan genggam) berfungsi baik, serta eliminasi urine dan mekonium telah terjadi dalam 24 jam pertama.

d. Adaptasi Bayi Baru Lahir terhadap Kehidupan Ekstrauterin

Adaptasi neonatus merupakan proses penyesuaian fisiologis sistem tubuh dari kehidupan intrauterin ke ekstrauterin. Perubahan utama yang terjadi meliputi:

1) Sistem Pernapasan dan Kardiovaskuler

Terjadi transisi kritis dari pertukaran gas melalui plasenta ke paru-paru (yang umumnya telah matang pada usia 34–36 minggu), disertai perubahan sirkulasi darah untuk mendukung oksigenasi jaringan secara mandiri.

2) Sistem Imunitas

Masih belum sempurna, sehingga neonatus sangat rentan terhadap infeksi dan memerlukan perlindungan dari kekebalan alami maupun yang didapat.

3) Sistem Termoregulasi

Mekanisme pengaturan suhu belum matang, meningkatkan risiko hipotermia melalui empat mekanisme kehilangan panas: *konduksi* (kontak langsung dengan benda dingin), *konveksi* (aliran udara dingin), *radiasi* (perpindahan panas ke permukaan lingkungan yang lebih dingin), dan *evaporasi* (penguapan cairan ketuban dari kulit).

Upaya pencegahan kehilangan panas meliputi pengeringan tubuh segera, penyalimutan dengan kain kering dan hangat, penutupan kepala, pemberian ASI dini (*skin-to-skin contact*), penundaan penimbangan atau memandikan, serta menempatkan bayi di lingkungan yang hangat.

e. Asuhan Segera Bayi Baru Lahir

Asuhan segera setelah lahir merupakan bagian esensial dari perawatan neonatus untuk memastikan transisi yang aman ke kehidupan ekstrauterin (Solehah et al., 2021). Asuhan ini meliputi beberapa komponen utama:

1) Pencegahan Infeksi

Neonatus sangat rentan terhadap infeksi akibat paparan mikroorganisme selama persalinan. Pencegahan infeksi dilakukan melalui cuci tangan efektif sebelum kontak dengan bayi, penggunaan

sarung tangan bersih saat menangani bayi yang belum dimandikan, serta memastikan semua peralatan (klem, gunting tali pusat, penghisap lendir) telah didesinfeksi tingkat tinggi atau steril. Semua pakaian, handuk, dan selimut yang digunakan harus bersih.

2) Penilaian Awal dan Refleks Fisiologis

Segera setelah lahir, dilakukan penilaian awal menggunakan skor Apgar untuk menilai kondisi neonatus secara objektif (Afrida, BR & Aryani, NP 2022). Selain itu, dinilai pula refleks fisiologis yang meliputi refleks Moro (respons terkejut dengan gerakan memeluk), rooting (memutar kepala saat pipi distimulasi), sucking dan swallowing (kemampuan mengisap dan menelan), grasp (menggenggam saat telapak tangan disentuh), tonic neck (posisi tubuh saat kepala menoleh), serta Babinski (ibu jari bergerak ke atas saat telapak kaki distimulasi).

3) Pencegahan Kehilangan Panas

Hipotermia dicegah melalui pengeringan tubuh segera untuk menghindari evaporasi, penyelimutan dengan kain bersih dan hangat, penutupan kepala, serta kontak kulit ibu-bayi (*skin-to-skin contact*) untuk mempertahankan suhu tubuh dan memfasilitasi IMD. Penimbangan dan memandikan bayi ditunda minimal 6 jam setelah lahir untuk mencegah kehilangan panas melalui konduksi dan evaporasi.

4) Perawatan Tali Pusat dan Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

Tali pusat dirawat dengan prinsip *dry clean care*, yaitu tidak membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan yang dapat menyebabkan kelembaban. Penggunaan antiseptik seperti alkohol atau betadine diperbolehkan asalkan tidak dikompreskan. IMD dilakukan sesegera mungkin dalam satu jam pertama setelah lahir, dengan posisi bayi tengkurap di dada ibu (*skin-to-skin contact*) dan kontak kulit langsung, kemudian disusukan segera setelah tali pusat diklem atau dipotong (Afrida, BR & Aryani, NP 2022).

f. Kebutuhan Bayi Baru Lahir

Menurut (Namangdjabar, OL *et al*, 2023), kebutuhan dasar bayi baru lahir meliputi:

1) Pemberian ASI

ASI merupakan nutrisi optimal untuk neonatus dan harus diberikan sesegera mungkin. Pemberian ASI dilakukan secara *on demand* atau minimal setiap 2-3 jam (maksimal 4 jam), dimulai dari satu payudara hingga kosong sebelum beralih ke payudara sebelahnya. ASI eksklusif diberikan hingga bayi berusia 6 bulan.

2) Kebutuhan Istirahat dan Tidur

Neonatus hingga usia 3 bulan rata-rata tidur sekitar 16 jam per hari, dengan pola tidur yang mulai mengenal siklus siang-malam pada usia 3 bulan. Durasi tidur akan berkurang seiring bertambahnya usia.

3) Kebersihan Kulit

Mandi pertama ditunda minimal 6 jam setelah lahir. Sebelum dimandikan, suhu tubuh harus stabil (suhu aksila 36,5–37,5°C). Jika hipotermi, lakukan *skin-to-skin contact* dengan ibu, selimuti tubuh, tutup kepala, dan tunda mandi hingga suhu stabil. Mandi juga ditunda jika bayi mengalami gangguan pernapasan.

4) Keamanan Bayi

Bayi tidak boleh ditinggalkan tanpa pengawasan. Hindari pemberian makanan atau cairan selain ASI untuk mencegah aspirasi, serta tidak menggunakan alat penghangat buatan di tempat tidur bayi untuk mencegah risiko luka bakar atau hipertermia.

g. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Tanda bahaya pada neonatus merupakan indikator klinis yang memerlukan evaluasi dan rujukan segera. Tanda-tanda tersebut dikelompokkan sebagai berikut:

- 1) Gangguan Pernapasan: Takipnea (>60 kali/menit), merintih (*grunting*), dan retraksi dinding dada yang berat.
- 2) Gangguan Neurologis & Nutrisi: Kejang, letargi (lemah saat dirangsang), tidak mau menyusu, atau muntah berulang.

- 3) Gangguan Termoregulasi: Hipertermia (suhu $>37^{\circ}\text{C}$) atau hipotermia (suhu $<36,5^{\circ}\text{C}$).
- 4) Tanda Infeksi: Omfalitis (pusar kemerahan/bernanah), konjungtivitis purulenta (mata bernanah), atau diare.
- 5) Ikterus Patologis: Kuning muncul <24 jam setelah lahir, bertahan >14 hari, menjalar hingga telapak tangan dan kaki, atau disertai tinja berwarna pucat.

h. Imunisasi Bayi

Imunisasi merupakan upaya pencegahan penyakit melalui pemberian antigen guna memicu pembentukan kekebalan aktif tubuh. Sasaran imunisasi dasar pada bayi bertujuan memberikan perlindungan optimal terhadap Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I). Berdasarkan (Afrida, BR & Aryani, NP 2022)., jenis dan jadwal imunisasi dasar lengkap pada bayi adalah sebagai berikut:

Tabel 2.4
Jadwal dan Sasaran Imunisasi Dasar pada Bayi

Usia Bayi	Jenis Imunisasi
0-7 hari	Hepatitis B (HB-0)
1 bulan	BCG dan Polio 1 (tetes)
2 bulan	DPT-HB-Hib 1 dan Polio 2 (tetes)
3 bulan	DPT-HB-Hib 2 dan Polio 3 (tetes)
4 bulan	DPT-HB-Hib 3, Polio 4 (tetes), dan IPV (suntik)
9 bulan	Campak-Rubela (MR)

i. Kunjungan Neonatal (KN)

Kunjungan neonatal merupakan pelayanan kesehatan minimal tiga kali yang diberikan kepada neonatus untuk mendeteksi dini komplikasi dan mendukung adaptasi kehidupan ekstrauterin (Kemenkes RI, 2014).

Rincian pelayanan tersebut adalah:

- 1) KN1 (6–48 jam pasca lahir): Fokus pada pemeliharaan suhu tubuh, pemeriksaan fisik menyeluruh, serta konseling mengenai teknik menyusui dan deteksi dini tanda bahaya (gangguan napas, perubahan warna kulit).
- 2) KN2 (Hari ke-3 s.d. 7): Berfokus pada perawatan tali pusat (kering dan bersih), skrining tanda bahaya (infeksi, ikterus, diare), serta penguatan konseling ASI eksklusif (10–15 kali/24 jam) dan perawatan bayi di rumah menggunakan buku KIA.
- 1) KN3 (Hari ke-8 s.d. 28): Dilakukan di fasilitas kesehatan atau melalui kunjungan rumah, mencakup pemeriksaan fisik ulang, pemantauan kehangatan, edukasi tanda bahaya lanjutan, serta konseling mengenai kelengkapan imunisasi dasar (khususnya BCG).

4. Konsep Dasar Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (*puerperium*) merupakan periode pemulihan fisiologis yang dimulai segera setelah plasenta lahir hingga organ reproduksi kembali ke kondisi pra-kehamilan. Periode ini umumnya berlangsung selama 6 minggu (40 hari), meskipun pemulihan total organ genital dapat memakan waktu hingga 3 bulan. Masa nifas, khususnya 24 jam pertama pasca persalinan, merupakan periode kritis yang sangat rentan terhadap komplikasi fatal bagi ibu dan bayi jika tidak mendapatkan asuhan dan penanganan yang tepat (Mirong, ID & Yulianti, H 2023).

b. Tujuan Masa Nifas

Menurut (Sulistiyowati, AN 2024), tujuan asuhan masa nifas meliputi:

- 1) Pemeliharaan Kesehatan: Menjaga kondisi fisik dan psikologis ibu serta bayi agar tetap optimal selama masa pemulihan.
- 2) Deteksi dan Penanganan Komplikasi: Melakukan skrining komprehensif untuk mendeteksi dini, menangani, atau merujuk

komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu atau bayi.

- 3) Edukasi dan Pelayanan KB: Memberikan konseling mengenai perawatan diri, nutrisi, laktasi, imunisasi bayi, serta pelayanan Keluarga Berencana (KB)

c. Tahapan Masa Nifas

Menurut (Kasmiati, 2023), tahapan masa nifas (*puerperium*) dibagi menjadi tiga periode:

- 1) Puerperium Dini: Masa pemulihan awal di mana mobilisasi segera sangat dianjurkan dalam 6 jam pertama pasca persalinan pervaginam tanpa komplikasi.
- 2) Puerperium Intermedial: Periode pemulihan organ reproduksi menuju kondisi pra-kehamilan, yang umumnya berlangsung selama 6 minggu (42 hari).
- 3) Remote Puerperium: Masa pemulihan total hingga kesehatan ibu kembali sempurna, dengan durasi yang bervariasi tergantung pada ada atau tidaknya komplikasi yang dialami selama kehamilan dan persalinan.

d. Kebijakan Program Asuhan Masa Nifas

Menurut (Kasmiati, 2023), kebijakan program masa nifas mewajibkan minimal empat kali kunjungan dengan fokus asuhan sebagai berikut:

- 1) Kunjungan 1 (6–48 jam pasca persalinan): Fokus pada pencegahan dan deteksi dini perdarahan (terutama akibat atonia uteri), inisiasi menyusui dini, *bonding* (ikatan emosional ibu-bayi), serta pencegahan hipotermia.
- 2) Kunjungan 2 (Hari ke-3 s.d. 7): Memastikan involusi uteri berjalan normal (fundus di bawah umbilikus, tanpa perdarahan abnormal atau bau), mendeteksi tanda infeksi, serta memberikan konseling perawatan bayi, tali pusat, dan menjaga kehangatan.
- 3) Kunjungan 3 (Minggu ke-2 atau hari ke-8 s.d. 28): Evaluasi lanjutan involusi uteri, memastikan asupan nutrisi dan istirahat ibu adekuat, serta memastikan kelancaran proses menyusui

tanpa penyulit.

- 4) Kunjungan 4 (Minggu ke-6 atau hari ke-29 s.d. 42): Evaluasi akhir pemulihan fisik dan psikologis ibu serta bayi, disertai pemberian konseling Keluarga Berencana (KB) secara dini.

e. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1) Sistem Reproduksi

Terjadi *involutio uteri* melalui proses iskemia miometrium (kontraksi dan retraksi) serta autolisis (pemendekan serat otot oleh enzim proteolitik). Berat uterus menurun drastis dari sekitar 1.000 gram saat lahir menjadi ± 50 gram pada minggu ke-6. Cairan nifas (*lochia*) mengalami perubahan bertahap: *rubra* (hari 1-3, merah), *sanguinolenta* (hari 3-7, merah kecoklatan/berlendir), *serosa* (hari 7-14, kekuningan), dan *alba* (hari >14, putih kekuningan). Serviks yang terbuka 2-3 jari pasca persalinan akan menutup kembali dalam 6 minggu, sementara vulva dan vagina berangsur pulih dari peregangan.

2) Sistem Perkemihan

Diuresis meningkat signifikan pada 12-36 jam pasca persalinan akibat penurunan hormon estrogen. Retensi urin dapat terjadi pada 24 jam pertama akibat edema atau spasme sfingter uretra pasca tekanan kepala janin.

3) Sistem Endokrin

Kadar estrogen dan progesteron menurun drastis segera setelah plasenta lahir, yang memicu peningkatan hormon prolaktin untuk mendukung proses laktasi.

4) Sistem Muskuloskeletal dan Kardiovaskuler

Ambulasi dini (4-8 jam) sangat dianjurkan untuk mencegah komplikasi dan mempercepat involusi. Curah jantung dan volume darah meningkat sesaat pasca persalinan karena terhentinya sirkulasi uteroplasenta, kemudian kembali normal melalui mekanisme hemokonsentrasi.

f. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Menurut Reva Rubin, adaptasi psikologis ibu nifas melalui tiga fase berurutan:

- 1) Fase *Taking In* (Hari 1-2): Fase ketergantungan di mana ibu berfokus pada pemulihan diri sendiri, cenderung pasif, dan membutuhkan dukungan penuh dari lingkungan.
- 2) Fase *Taking Hold* (Hari 3-10): Fase transisi di mana ibu mulai belajar merawat bayi, namun sering disertai kecemasan, sensitivitas, dan keraguan akan kemampuan dirinya sebagai ibu.
- 3) Fase *Letting Go* (>10 hari): Fase penerimaan peran baru, di mana ibu menjadi lebih mandiri, percaya diri, dan sepenuhnya menyesuaikan diri dengan tanggung jawab serta ketergantungan bayinya.

g. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

Menurut Sulistiyowati, AN (2024), kebutuhan dasar ibu pada masa nifas meliputi:

1) Nutrisi dan Cairan

Kebutuhan gizi meningkat hingga 25% pada ibu menyusui untuk mendukung penyembuhan dan produksi ASI. Asupan cairan harus adekuat untuk mencegah dehidrasi, disertai suplementasi Tablet Tambah Darah (TTD) selama 40 hari dan Vitamin A dosis tinggi (200.000 IU) pasca persalinan.

2) Ambulasi Dini

Mobilisasi bertahap yang dianjurkan dimulai dalam 2 jam pasca persalinan. Aktivitas ini mempercepat involusi uteri, memperlancar pengeluaran lochia, serta menurunkan risiko infeksi dan trombosis vena dalam.

3) Eliminasi

Miksi harus terjadi spontan dalam 8 jam pertama; keterlambatan dapat disebabkan oleh edema atau spasme sfingter uretra. Defekasi diharapkan terjadi dalam 24–48 jam. Jika tertunda >3 hari akibat

nyeri perineum, diperlukan intervensi laksatif untuk mencegah obstipasi.

4) Kebersihan Diri (*Personal Hygiene*)

Mandi teratur minimal 2 kali sehari dan perawatan perineum dengan teknik membersihkan dari depan ke belakang (*front-to-back*) untuk mencegah infeksi ascending, terutama pada area luka jahitan.

5) Istirahat

Kebutuhan tidur minimal 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari guna memulihkan stamina fisik, psikologis, serta mendukung kelancaran laktasi.

6) Kesehatan Seksual

Hubungan seksual dapat dilanjutkan setelah lochia rubra berhenti, luka perineum sembuh, dan ibu merasa siap, guna menghindari risiko infeksi saat serviks belum menutup sempurna.

h. ASI Eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian Air Susu Ibu (ASI) saja sejak lahir hingga usia 6 bulan, tanpa tambahan cairan atau makanan lain, dan dilanjutkan hingga usia 2 tahun (Sulistiyowati, AN 2024). ASI merupakan nutrisi optimal yang memenuhi seluruh kebutuhan gizi bayi selama 6 bulan pertama, serta berperan penting dalam mendukung perkembangan fisik, mental, dan intelektual. Kebijakan ASI eksklusif didukung oleh bukti ilmiah yang menunjukkan bahwa pemberian makanan pendamping ASI (MPASI) sebelum usia 6 bulan justru mengurangi kapasitas lambung bayi dalam menampung ASI, sehingga pemenuhan nutrisi optimal dari ASI menjadi tidak maksimal (Mirong, ID & Yulianti, H 2023).

i. Tanda Bahaya Masa Nifas

Menurut Sulistiyowati (2024), tanda bahaya masa nifas yang memerlukan evaluasi dan penanganan medis segera meliputi:

1) Perdarahan dan Infeksi

Perdarahan vagina berlebihan (melebihi volume haid), demam $>38^{\circ}\text{C}$ selama lebih dari 2 hari, atau keluar cairan berbau dari jalan

lahir (tanda infeksi puerperalis).

2) Gangguan Neurologis dan Nyeri

Nyeri hebat pada abdomen, punggung, atau ulu hati, serta sakit kepala persisten yang disertai gangguan penglihatan (indikasi preeklampsia pasca persalinan).

3) Komplikasi Laktasi

Payudara bengkak, kemerahan, dan nyeri disertai demam (mastitis), atau puting lecet/berdarah yang menghambat proses menyusui.

4) Gangguan Psikologis

Gejala depresi *postpartum*, seperti murung, sedih, atau menangis tanpa sebab yang menetap.

j. Risiko Masa Nifas pada Ibu Usia >35 Tahun dan Paritas >4

Menurut Isnaini, QW & Nuzuliana, R (2023), ibu dengan usia >35 tahun dan paritas tinggi (*grandemultipara*) memiliki risiko lebih besar mengalami komplikasi masa nifas akibat penurunan elastisitas otot rahim dan kelelahan fisik. Risiko utama yang perlu diwaspadai meliputi:

1) Perdarahan Postpartum

Perdarahan hebat atau meningkat tiba-tiba (membasahi >2 pembalut dalam 30 menit), yang umumnya dipicu oleh kegagalan kontraksi rahim (*atonia uteri*).

2) Tanda Preeklampsia Postpartum dan Infeksi

Nyeri hebat pada abdomen bawah atau punggung, sakit kepala persisten, serta gangguan penglihatan.

3) Komplikasi Laktasi

Hambatan produksi ASI yang sering disertai tanda bendungan ASI atau mastitis, ditandai dengan payudara memerah, terasa panas, dan nyeri.

5. Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Pengertian Keluarga Berencana (KB)

Keluarga Berencana (KB) adalah upaya pasangan suami-istri mengatur jumlah, jarak, dan waktu kelahiran guna mewujudkan keluarga

berkualitas. Upaya ini diwujudkan melalui kontrasepsi—pencegahan kehamilan dengan metode medis, farmakologis, atau bedah—yang berperan strategis dalam mengendalikan pertumbuhan penduduk serta menurunkan risiko kesehatan maternal dan neonatal(Widyaningtyas *et al.*, 2021)

b. Tujuan Keluarga Berencana

Berdasarkan siklus hidup reproduksi, tujuan KB dikelompokkan menjadi tiga fase dengan prioritas metode kontrasepsi rasional sebagai berikut:

- 1) Fase Menunda Kehamilan (bagi istri usia <20 tahun)
Bertujuan menunda kehamilan pertama. Metode rasional yang diprioritaskan adalah pil, IUD, metode sederhana, implant, dan suntikan.
- 2) Fase Menjarangkan Kehamilan (bagi istri usia 20–35 tahun)
Bertujuan mengatur jarak kelahiran (2–4 tahun atau >4 tahun). Metode rasional meliputi IUD, suntikan, minipil, pil, implant, metode sederhana, hingga sterilisasi.
- 3) Fase Mengakhiri Kesuburan (bagi istri usia >35 tahun)
Bertujuan menghentikan kehamilan. Metode rasional diprioritaskan pada sterilisasi, diikuti oleh IUD, implant, suntikan, metode sederhana, dan pil.

c. Manfaat Program Keluarga Berencana

Menurut BKKBN (2021), pengaturan jumlah dan jarak kelahiran memberikan manfaat holistik bagi setiap anggota keluarga, yaitu:

- 1) Bagi Ibu: Mengoptimalkan kesehatan fisik dengan mencegah kehamilan berulang dalam jarak yang terlalu pendek, serta meningkatkan kesejahteraan mental dan sosial melalui ketersediaan waktu yang cukup untuk istirahat dan pengasuhan anak.
- 2) Bagi Anak: Menjamin tumbuh kembang fisik yang optimal melalui pemenuhan nutrisi yang adekuat, serta membuka akses pendidikan yang lebih baik berkat stabilitas ekonomi keluarga.
- 3) Bagi Ayah: Meningkatkan kesehatan fisik dan psikologis melalui

penurunan tingkat kecemasan, serta peningkatan kualitas waktu yang dihabiskan bersama keluarga.

- 4) Bagi Keluarga Secara Keseluruhan: Mewujudkan kesejahteraan keluarga yang menyeluruh (fisik, mental, dan sosial) serta memperluas kesempatan pendidikan bagi seluruh anggotanya.

d. Metode Kontrasepsi Implant (AKBK)

1) Pengertian

Kontrasepsi implant adalah metode kontrasepsi jangka panjang berbentuk batang plastik elastis kecil yang dimasukkan ke jaringan lemak bawah kulit lengan atas (Nasution, 2024). Jenis implant meliputi:

- a) Norplant: 6 batang silastik (3,4 cm × 2,4 mm), masing-masing berisi 36 mg levonorgestrel, efektif 5 tahun
- b) Implanon: 1 batang (40 mm × 2 mm), mengandung 68 mg 3-keto-desogestrel
- c) Jadena/Indoplant/Sinoimplant: 2 batang, masing-masing mengandung 75 mg levonorgestrel, efektif 3 tahun

2) Cara Kerja Implant bekerja melalui empat mekanisme:

- (1) menekan ovulasi, (2) mengurangi motilitas tuba falopi, (3) mengganggu pertumbuhan endometrium, dan (4) menebalkan mukus serviks sehingga menghambat penetrasi sperma.

3) Keuntungan

- a) Efektivitas tinggi dengan tingkat kegagalan 0,05–1% dan segera bekerja efektif (<24 jam)
- b) Jangka panjang (hingga 5 tahun) tanpa mengganggu hubungan seksual atau produksi ASI
- c) Non-estrogenik sehingga aman untuk ibu menyusui
- d) Manfaat non-kontrasepsi: menurunkan insidensi kehamilan ektopik, kram menstruasi, anemia, kanker endometrium, dan tumor jinak payudara
- e) Praktis karena tidak memerlukan pemeriksaan panggul sebelum pemasangan dan klien hanya perlu kembali jika ada keluhan

4) Keterbatasan

- a) Tidak dapat dilepas sendiri oleh pengguna (harus oleh petugas terlatih)
- b) Efektivitas menurun jika digunakan bersamaan dengan obat anti-konvulsan (fenitoin, barbiturat) atau tuberkulostatika (rifampisin)
- c) Tidak melindungi dari Penyakit Menular Seksual (PMS) seperti HIV/AIDS dan hepatitis B
- d) Biaya pemasangan relatif tinggi, tergantung lama pemakaian

5) Efek Samping

Efek samping yang mungkin terjadi meliputi perdarahan ireguler, sakit kepala, penurunan berat badan, tegangan payudara, keluar ASI spontan, dan jerawat. Penanganan dilakukan dengan konseling dan observasi, atau pencabutan implant jika efek samping berat.

B. Standar Asuhan Kebidanan

Standar asuhan kebidanan merupakan pedoman pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan bidan secara menyeluruh dan terorganisir, mulai dari pengkajian hingga pencatatan, sesuai wewenang dan ruang lingkup praktiknya (Kemenkes RI, 2021). Berdasarkan Permenkes Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007, standar ini meliputi enam tahapan:

1. Pengkajian: Mengumpulkan data subjektif (anamnesis) dan objektif (pemeriksaan fisik, psikologis, dan penunjang) yang akurat, relevan, dan lengkap.
2. Perumusan Diagnosa dan Masalah: Menganalisis dan menginterpretasikan data secara logis untuk menegaskan diagnosa atau masalah kebidanan sesuai nomenklatur, yang dapat ditangani secara mandiri, kolaborasi, atau rujukan.
3. Perencanaan: Menyusun rencana tindakan berdasarkan prioritas masalah, melibatkan klien/keluarga, mempertimbangkan aspek psikososial-budaya, serta berbasis bukti (*evidence-based*) dan ketersediaan sumber daya.
4. Implementasi: Melaksanakan rencana asuhan secara komprehensif, aman,

efektif, dan efisien dengan mematuhi prinsip *informed consent*, pencegahan infeksi, privasi klien, dan pendekatan bio-psiko-sosio-spiritual-kultural.

5. Evaluasi: Melakukan penilaian sistematis dan berkesinambungan terhadap efektivitas asuhan, mendokumentasikan hasilnya, serta melakukan tindak lanjut sesuai perkembangan kondisi klien.
6. Pencatatan: Mendokumentasikan seluruh asuhan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas menggunakan metode SOAP (*Subjective, Objective, Assessment, Plan*) pada formulir rekam medis yang tersedia.

Penerapan standar ini berfungsi sebagai acuan praktik, parameter kualitas pelayanan, serta bentuk perlindungan hukum bagi bidan dan klien dalam memberikan asuhan yang berkualitas dan terstandar.

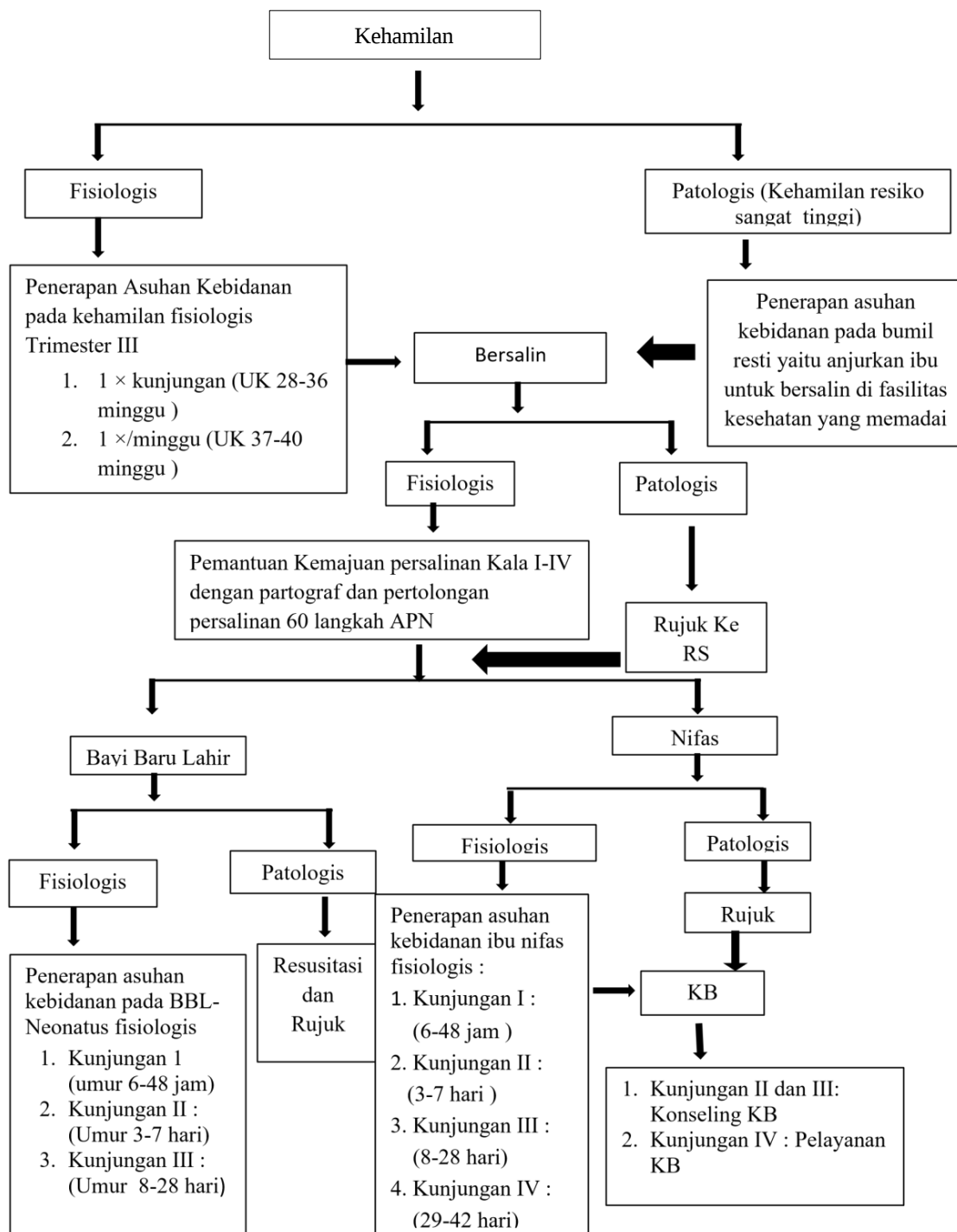
C. Kewenangan Bidan

Praktik kebidanan di Indonesia diatur dalam Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019, yang mewajibkan bidan memberikan pelayanan kesehatan ibu, anak, kesehatan reproduksi perempuan, dan keluarga berencana. Dalam pelaksanaannya, asuhan harus bersifat holistik, humanistik, dan berbasis bukti (*evidence-based*) sesuai Standar Asuhan Kebidanan (Kepmenkes RI No. 938/Menkes/SK/VIII/2007).

Secara teknis, Peraturan Menteri Kesehatan No. 1464/MENKES/PER/X/2010 (Pasal 9 dan 10) merinci kewenangan bidan mencakup pelayanan pada masa prahamil, kehamilan, persalinan, nifas, dan menyusui. Wewenang klinis tersebut meliputi:

1. Penatalaksanaan persalinan normal dan manajemen aktif kala III.
2. Tindakan episiotomi dan penjahitan luka perineum derajat I dan II.
3. Pemberian suplemen nutrisi (Tablet Fe pada ibu hamil dan Vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas).
4. Fasilitasi Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan promosi ASI eksklusif.
5. Penanganan kegawatdaruratan, tindakan penyelamatan dasar, dan rujukan.

D. Kerangka Berpikir



Gambar 2.1 Kerangka Berpiki