

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

Asuhan berkesinambungan pada Ny. H dilakukan dari masa kehamilan dengan 3x pendampingan pada trimester III, pendampingan persalinan & bayi baru lahir, 2x pendampingan neonatus, 2x pendampingan pada masa nifas dan keluarga berencana sebanyak 2x pendampingan. Pendampingan dilakukan secara langsung saat pasien berkunjung di Puskesmas Tepus I, di Ruang Nifas RS NUR ROHMAH, dilakukan kunjungan rumah pasien, dan melalui whatsapp.

1. Asuhan kebidanan pada kehamilan

Asuhan kebidanan kehamilan pada Ny. H pertama kali dilakukan pada hari Selasa, 24 Februari 2026, pada saat ibu datang untuk pemeriksaan rutin di Puskesmas Tepus 1 dengan keluhan saat ini nyeri punggung bagian bawah. Ny. H adalah ibu rumah tangga yang berusia 27 tahun dengan usia kehamilan saat ini 33⁺¹ minggu. Kehamilan saat ini adalah kehamilan yang ke 5. Pada kehamilan pertama hingga ke empat ibu mengalami keguguran, pada kehamilan yang ke 4 dilakukan *curetage*. Ibu belum pernah menggunakan KB sebelumnya.

Ibu telah menikah dengan suaminya selama 4 tahun sejak Ibu berusia 23 tahun. Dari riwayat menstruasi sebelumnya, tidak ada masalah pada Ibu. Pada riwayat kehamilan yang sekarang, diketahui HPHT 08 Juli 2025 dan HPL 15 April 2026. Ibu rajin melakukan pemeriksaan kehamilan di Puskesmas Tepus I, dan Dokter spesialis kandungan. Ibu melakukan pemeriksaan kehamilan 2 kali pada trimester pertama, 4 kali pada trimester kedua, dan 4 kali pada trimester ketiga. Tidak ada riwayat penyakit menurun, menahun, dan menular yang pernah atau sedang dialami Ny. H dan keluarganya. Pola pemenuhan kebutuhan Ibu sehari-hari dalam batas normal.

Berdasarkan pengkajian data objektif, keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, TD 120/80 mmHg, nadi 87x/mnt, pernapasan

23 x/mnt, suhu 36,8°C, SpO2 99%. Pada hasil pemeriksaan antropometri diketahui BB ibu sebelum hamil adalah 62 kg dan BB sekarang 72 kg dengan TB 156 cm, LLA 28 cm dan IMT 24,8 kg/m² termasuk ke dalam kategori normal. Pada pertemuan pertama dilakukan pemeriksaan fisik lengkap secara head to toe. Pada pemeriksaan palpasi Leopold diketahui TFU 30 cm, punggung kiri, presentasi kepala, dan kepala belum masuk panggul, DJJ 138x/mnt dengan irama teratur. Pada saat pemeriksaan dilakukan pemeriksaan penunjang Hb dengan hasil 13,3 gr/dL. Selain itu ditinjau dari rekam medis dan buku KIA, ibu telah melakukan pemeriksaan ANC terpadu pada tanggal 12 November 2025 di Puskesmas Tepus I dengan hasil HIV, IMS, HbSAg non reaktif, protein urine negatif dan hasil EKG normal, *sinus rhythm*

Berdasarkan data subjektif dan objektif diperoleh diagnosa Ny. H usia 27 tahun G5P0Ab4Ah0 usia kehamilan 33⁺¹ minggu. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu menangani keluhan ibu, memberikan edukasi kepada ibu terkait pemeriksaan kehamilan rutin, ketidaknyamanan kehamilan trimester III, tanda bahaya kehamilan trimester III, memberikan vitamin pada ibu dan menyampaikan waktu kunjungan ulang.

Asuhan kehamilan kedua dilakukan pada hari Senin, 11 Maret 2026 pada saat ibu melakukan pemeriksaan di Puskesmas Tepus 1 dengan usia kehamilan 35⁺¹ minggu. Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan, ibu juga mengatakan bahwa ibu belum merencanakan penggunaan kontrasepsi dikarenakan belum mengetahui tentang alat kontrasepsi. Hasil pemeriksaan umum Ibu dalam kondisi baik, kesadaran compos mentis, TD 110/80 mmHg, nadi 88 x/mnt, pernapasan 24 x/mnt, suhu 36,7°C. Pemeriksaan abdomen diketahui TFU 2 jari di bawah px (31 cm), punggung kiri, presentasi kepala, belum masuk panggul, DJJ 139x/mnt irama teratur dan tidak ada kontraksi. Pada pemeriksaan ekstremitas tidak ada odema. Dikarenakan pada pemeriksaan ini kepala belum masuk

panggul maka disarankan untuk periksa ke RS atau ke dokter spesialis Kebidanan dan Kandungan, KIE tentang alat kontrasepsi (KB).

Asuhan kehamilan ketiga di lakukan di KURI ALLAUDYA pada tanggal 23 Maret 2026 saat usia kehamilan 36⁺⁶ minggu. Namun hasil USG dokter menunjukan usia kehamilan 37⁺⁶ minggu, janin hidup intra uterin, janin tunggal, kepala belum masuk panggul, perkiraan berat janin 3500 gram. Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan. Hasil pemeriksaan umum Ibu dalam kondisi baik, kesadaran compos mentis, TD 110/80 mmHg, nadi 88 x/mnt, pernapasan 24 x/mnt, suhu 36,7°C . Pada pemeriksaan payudara diketahui kolostrum sudah keluar. Pemeriksaan abdomen diketahui TFU 2 jari di bawah px (31 cm), punggung kiri, presentasi kepala, belum masuk panggul, DJJ 139x/mnt irama teratur dan tidak ada kontraksi. Pada pemeriksaan ekstremitas tidak ada odema. Dikarenakan pada pemeriksaan ini kepala belum masuk panggul maka pasien direncanakan *Sectio Caesarea* tanggal 30 Maret 2026 atas indikasi *DKP Mal Posisi*. Pasien dan suami sepakat akan menggunakan KB IUD dengan alasan dikarenakan persalinan direncanakan dengan cara *Sectio Caesarea* maka memutuskan untuk memakai KB IUD langsung yang dipasang saat *Sectio Caesarea* agar tidak merasakan nyeri berulang-ulang, hal tersebut juga sudah dikonsulkan dengan dokter spesialis kandungan yang akan menangani saat *Sectio Caesarea*.

Berdasarkan data subjektif dan objektif tersebut, diagnosa yang dapat ditegakkan adalah Ny. H berusia 27 tahun G₅P₀Ab₄Ah₀ kehamilan 37⁺⁶ minggu dengan kehamilan normal riwayat *abortus habitualis* di KURI ALLAUDYA. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu membantu ibu dan suami memahami dan mengisi catatan menyambut persalinan di Buku KIA, memberikan KIE tentang tanda-tanda persalinan, memberikan vitamin pada ibu, mengevaluasi pengetahuan ibu dan suami tentang alat kontrasepsi dan memastikan ibu dan suami memilih alat kontrasepsi.

2. Asuhan kebidanan pada persalinan

Ny. H datang ke RS Nur Rohmah pada tanggal 30 Maret 2026 jam 08.00 untuk melahirkan secara *sectio caesarea* pada usia kehamilan 38⁺⁶ minggu atas indikasi *DKP Mal Posisi* dengan membawa rujukan dari dokter spesialis. Di IGD RS Nur Rohmah dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital diketahui keadaan umum cukup, kesadaran compos mentis, tanda-tanda vital TD 128/87 mmHg, nadi 86 kpm, pernapasan 22 kpm, suhu 36,5°C. dilakukan pemeriksaan payudara kolostrum sudah keluar, pemeriksaan abdomen TFU 2 jari di bawah px (31 cm), punggung kiri, presentasi kepala, belum masuk panggul, DJJ 140 kpm, HIS -, dan pemeriksaan genitalia tidak ada ada varises, rambut pubis sudah dicukur sebagai persiapan *sectio caesarea*, pada pemeriksaan genitalia tidak dilakukan pemeriksaan dalam. Analisa yang ditegakkan adalah Ny. H berusia 27 tahun G₅P₀Ab₄Ah₀ Usia Kehamilan 38⁺⁶ minggu Janin Tunggal, Intrauterine, Hidup, Presentasi Kepala, Punggung Kiri, dalam persiapan persalinan secara *sectio caesarea*. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu menjelaskan kepada ibu dan keluarga bahwa ibu sedang dalam persiapan *sectio caesarea* (meliputi pemeriksaan tanda vital, fisik, laboratorium, dan pemasangan infus), mendampingi suami dalam pengisian general consent dan inform consent, memastikan ibu dan suami memastikan dan memantapkan pemilihan alat kontrasepsi

Ibu sudah bersalin secara *sectio caesarea* pada pukul 15.25 WIB dengan jenis kelamin laki-laki, langsung menangis kuat, gerakan aktif, warna kulit kemerahan.

Selanjutnya dilakukan asuhan kala III pada ibu, plasenta lahir pukul 15.30 WIB, setelah placenta lahir dilakukan pemasangan alat kontrasepsi IUD, dan dilanjutkan penjahitan oleh dokter. Pada pemeriksaan kala IV diketahui TFU 1 jari di bawah pusat, kontraksi baik, uterus keras, urin out put 200cc/jam. Asuhan yang dilakukan adalah cara memeriksa kontraksi dan masase uterus, tanda bahaya nifas, dan observasi tanda-tanda vital, TFU, kontraksi serta perdarahan berkala, membantu ibu untuk

mobilisasi dini setelah pindah di bangsal, KIE cara menyusui yang benar, KIE perawatan luka *sectio caesarea*, KIE perawatan bayi.

3. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir

Bayi Ny.H berjenis kelamin laki-laki lahir pukul 15.25 WIB secara *Sectio Caesarea* dengan usia gestasi 38⁺⁶ minggu. Keadaan bayi baru lahir langsung menangis kuat, tonus otot baik, warna kulit kemerahan dengan APGAR Score : 8/9/9. Pada pemeriksaan umum bayi baru lahir diketahui pernafasan 45 kpm, nadi 140 kpm dan suhu 36,8°C. Kepala bersih, tidak ada caput succedaneum, tidak ada retraksi dinding dada, terdapat lanugo, tidak ada perdarahan tali pusat, terdapat testis di dalam skrotum, bayi sudah BAB dan BAK. Pada pemeriksaan antropometri diketahui BB 3600 gr, PB 49 cm, LK 34 cm, LD 35 cm, dan LILA 12 cm.

Analisa yang dapat ditegakkan berdasarkan hasil pemeriksaan tersebut adalah By. Ny. H Laki-Laki Usia 1 Jam Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan dengan Kelahiran *Sectio Caesarea* di RS Nur Rohmah Gading, Playen. Penatalaksanaan yang dilakukan diantaranya adalah menyampaikan hasil pemeriksaan, menyampaikan bahwa bayi sudah diberikan injeksi vitamin K, pemberian salep mata, dan akan diberikan imunisasi Hb0 2 jam setelah persalinan. Memberikan KIE terkait ASI eksklusif dan cara menyusui yang benar, cara menjaga kehangatan bayi, serta tanda-tanda bahaya bayi baru lahir.

4. Asuhan kebidanan pada masa neonatus

Asuhan kebidanan pada masa neonatus sangat penting karena periode ini adalah masa paling kritis dalam kehidupan bayi. Pelayanan yang tepat untuk memastikan bayi dapat beradaptasi dengan lingkungan luar rahim (ekstrauterin), tumbuh kembang secara normal, serta mencegah terjadinya kesakitan (morbiditas) dan kematian (mortalitas) pada bayi.

By.Ny.H dilakukan pendampingan KN 1, KN 2, KN 3. KN 1 dilakukan di ruang bangsal Matahari RS Nur Rohmah 6 jam setelah kelahiran. Ibu mengatakan bayinya seperti ingin menyusu namun, ibu

masih kesulitan menyusui dikarenakan belum bisa gerak. Pada hasil pemeriksaan umum diketahui bayi sehat dengan pernafasan 45 kpm, nadi 140 kpm, dan suhu 36,8°C, SpO2 99 %. Bayi tidak kuning, tali pusat bersih tidak ada tanda-tanda infeksi. By Ny. H dalam kondisi normal. Penatalaksanaan yang dilakukan diantaranya memberikan edukasi tentang ASI eksklusif, tehnik menyusui yang benar, pijat oxytocin, cara perawatan tali pusat, edukasi tanda bahaya pada neonatus dan menjadwalkan kunjungan ulang selanjutnya.

Pada kunjungan ulang KN 2 pada hari Minggu, 05 April 2026 di rumah Ny.H , Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada bayi, hasil pemeriksaan umum diketahui bayi sehat dengan pernafasan 47 kpm, nadi 143 kpm, dan suhu 36,7°C, SpO2 99 %, bayi menyusu dengan baik, bayi tidak kuning, tali pusat bersih tidak ada tanda-tanda infeksi, imunisasi HB0 sudah diberikan di RS Nur Rohmah.

Kunjungan KN 3 dilakukan kunjungan rumah pasien pada hari Kamis, 08 April 2026 saat bayi berusia 10 hari. Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada bayi, tali pusat sudah lepas sejak 2 hari yang lalu. Hasil pemeriksaan umum bayi sehat, pernafasan 48 kpm, nadi 120 kpm, dan suhu 36,5°C. Bayi tidak kuning, tali pusat sudah lepas, pusat kering, tidak ada tanda-tanda infeksi. Bayi dalam kondisi sehat.

5. Asuhan kebidanan pada nifas

KF 1 dilakukan di ruang dilahirkan di ruang bangsal Matahari RS Nur Rohmah 6 jam setelah ibu melahirkan. Ibu mengatakan kaki masih terasa kebas, belum bisa mobilisasi tanpa bantuan namun ibu ingin segera menyusui bayinya . Hasil pemeriksaan umum ibu dalam batas normal dengan TD 120/80 mmHg, suhu 36,7⁰ C, nadi 81 x/mnt, dan pernafasan 22 x/mnt. Pemeriksaan payudara puting menonjol *colostrum* +, pemeriksaan abdomen TFU 1 jari di bawah pusat , kontraksi baik, uterus keras, luka *sectio caesarea* tidak rembes. Pada pemeriksaan genitalia didapatkan vulva masih terdapat pengeluaran darah (*lochea rubra*) dalam batas normal, urin output 200cc/jam. Analisa yang dapat ditegakkan

adalah Ny. H Usia usia 27 tahun dengan P1A4Ah1 Post *Sectio Caesarea Nifas* Hari ke 0 (6 jam) Normal di RS Nur Rohmah Playen Gunungkidul. Penatalaksanaan yang diberikan yaitu menyampaikan hasil pemeriksaan, memberikan KIE terkait nyeri luka *sectio caesarea*, membantu ibu mobilisasi dini pelan-pelan, membantu ibu mendapatkan posisi yang benar dan nyaman untuk menyusui bayinya, kie pemenuhan nutrisi dan istirahat pada ibu nifas, KIE tanda bahaya masa nifas. Menyampaikan waktu kunjungan ulang pada ibu.

Kunjungan KF 2 dilaksanakan pada hari Minggu, 05 April 2026 di rumah Ny.H , Ibu mengatakan kaki bengkak karna saat duduk kaki sering menggantung, hasil pemeriksaan dalam batas normal, TD 110/80 mmHg, suhu 36,7⁰ C, nadi 87 x/mnt dan pernafasan 23 x/mnt.. ASI sudah lancar, pemeriksaan abdomen TFU ½ symphysis – pusat, kontraksi baik, uterus keras, terlihat luka *sectio caesarea* tidak ada tanda-tanda infeksi. Vulva masih terdapat pengeluaran darah (lochea sanguinolenta) dalam batas normal,. Memberikan penjelasan kepada ibu untuk tetap mempertahankan pola nutrisi dan kebiasaan personal hygiene agar luka jahitan lekas kering dan ASI lancar, KIE mengatasi keluhan kaki bengkak.

Kunjungan Nifas yang ke-3 (KF 3) dilakukan pada hari Kamis, 08 April 2026 dengan melakukan kunjungan ke rumah pasien saat memasuki masa nifas hari ke- 10. Ibu mengatakan tidak ada keluhan apapun, ibu sudah bisa beraktifitas dengan nyaman. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital ibu dalam batas normal dengan TD 110/80 mmHg, suhu 36,7⁰ C, nadi 87 x/mnt dan pernafasan 24 x/mnt. Pemeriksaan abdomen diketahui TFU 2 jari di atas symphysis, kontraksi baik, uterus keras, luka *sectio caesarea* sudah kering. Vulva masih terdapat pengeluaran darah (lochea serosa) dalam batas normal. Penatalaksanaan yang dilakukan adalah KIE untuk tetap makan bergizi agar produksi ASI baik, KIE agar ibu istirahat jika bayi tidur.

6. Asuhan kebidanan pada Keluarga Berencana (KB)

Pendampingan Keluarga Berencana (KB) telah dilakukan sejak pertemuan kehamilan kedua saat ibu melakukan pengisian catatan menyambut persalinan di Buku KIA, ibu dan suami telah sepakat menentukan pilihannya untuk menggunakan KB IUD pasca salin, yang dilakukan pemasangan pada saat *sectio caesarea* tanggal 30 maret 2026

Ibu bersalin P1A4AH1 Post SC usia 27 tahun menggunakan KB IUD pasca salin

B. Kajian Teori

1. Asuhan Berkesinambungan (Continuity of Care)

Continuity of Care (CoC) dalam kebidanan adalah model pelayanan yang memberikan asuhan secara berkesinambungan dan komprehensif kepada perempuan mulai dari masa prakonsepsi, kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, hingga keluarga berencana (Yulianita at all, 2026).

Continuity of care memiliki 3 jenis pelayanan yaitu :

- a. *Informational Continuity* : Ketersediaan informasi medis pasien yang dapat diakses oleh tenaga kesehatan di setiap fase asuhan (rekam medis terintegrasi).
- b. *Management Continuity* : Pendekatan manajemen kasus yang konsisten dan saling melengkapi, terutama jika pasien membutuhkan rujukan ke spesialis.
- c. *Relational Continuity* : Hubungan terapeutik yang berkelanjutan antara pasien dan tenaga kesehatan, yang membangun kepercayaan dan rasa aman.

2. Kehamilan

a. Definisi

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterin mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan (Widiarti et all, 2022). Menurut standar terbaru dari Kementerian Kesehatan RI (2024/2025) dan organisasi profesi, kehamilan normal berlangsung sekitar 280 hari (40 minggu atau 9 bulan

10 hari) yang dihitung dari Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT).

Kehamilan dibagi menjadi 3 periode, yaitu :

- 1) Trimester I: 0 – 13 minggu.
- 2) Trimester II: 14 – 27 minggu.
- 3) Trimester III: 28 – 40 minggu (atau hingga persalinan).

b. Perubahan Anatomi dan Fisiologis

Kehamilan memicu adaptasi fisiologis yang sistemik untuk mendukung pertumbuhan janin dan mempersiapkan ibu untuk persalinan. Perubahan ini dipengaruhi secara dominan oleh hormon estrogen, progesteron, dan human Chorionic Gonadotropin (hCG).

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

Mengalami hipertrofi otot polos dan hiperplasia. Berat uterus meningkat dari 60 gram menjadi 1.000 gram pada akhir kehamilan, dengan kapasitas volume mencapai 5 liter (Wahyuningsih et al,2023).

Pengukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU) dilakukan untuk memperkirakan usia kehamilan dan mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin (seperti PJT/IUGR) atau kehamilan ganda. Terdapat dua metode utama yang digunakan: Palpasi (Leopold) menggunakan landmark anatomi tubuh ibu dan Metode McDonald menggunakan pita ukur dalam satuan sentimeter (cm) (Kemenkes RI, 2021).

TFU (cm) Perkiraan Usia Kehamilan

12 cm	12 minggu
16 cm	16 minggu
20 cm	20 minggu
24 cm	24 minggu
28 cm	28 minggu
32 cm	32 minggu
36 cm	36 minggu
40 cm	40 minggu

Tabel 1. TFU Metode McDonald menggunakan pita ukur (Palpasi Leopold)

Metode ini sangat berguna pada layanan kesehatan primer untuk estimasi cepat posisi uterus terhadap simfisis pubis, pusat, dan prosesus xifoideus.

Sejak tahun 2021, standar internasional dan nasional (Kemenkes RI) lebih menekankan penggunaan *Metode McDonald* (Pita Ukur) karena lebih objektif. Setelah usia kehamilan 20 minggu, tinggi fundus dalam sentimeter biasanya berkorelasi dengan usia kehamilan dalam minggu (toleransi ± 2 cm).

Rumus Estimasi Berat Janin (Johnson-Tausak):

$$TBBJ = (TFU - n) \times 155$$

Keterangan: n = 12 jika kepala belum masuk PAP, n = 11 jika sudah masuk PAP.

Signifikansi Klinis :

TFU > Normal: Curiga polihidramnion, kehamilan ganda, makrosomia, atau mola hidatidosa.

TFU < Normal: Curiga Oligohidramnion, Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT), atau kesalahan penentuan HPHT.

b) Serviks

Serviks mengalami perlunakan (tanda Goodell) dan perubahan warna menjadi kebiruan (tanda Chadwick) akibat peningkatan vaskularitas.

c) Vagina dan Vulva

Akibat peningkatan hormon estrogen, vagina dan vulva mengalami hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva berwarna tampak lebih cerah, agak kebiruan (livide). Terjadi peningkatan sekresi mukosa yang tebal dan putih (leukorea) dengan pH lebih asam (3.5–6.0) untuk mencegah infeksi bakteri (Prawirohardjo, 2021).

2) Sistem Kardiovaskular

- a) Volume Darah: Meningkatkan secara signifikan (40%–50%) untuk memenuhi kebutuhan metabolisme janin.
- b) Curah Jantung: Meningkatkan hingga 30%–50%. Sering terjadi penurunan tekanan darah pada trimester kedua karena vasodilatasi perifer, namun akan kembali normal pada trimester ketiga.
- c) Fisiologis Anemia: Peningkatan volume plasma lebih besar daripada peningkatan massa sel darah merah, menyebabkan hemodilusi.

3) Mammae / Payudara

Mammae akan membesar, tegang, memiliki unsur laktogenik, dan memengaruhi sejumlah perubahan metabolik akibat adanya hormon somatomamotropin korionik (human placental lactogen). Progesteron dan estrogen juga menstimulasi melanosit sehingga puting dan areola mammae menjadi gelap. Pada kehamilan 12 minggu ke atas keluar cairan berwarna putih jernih dari puting yang disebut kolostrum (Mawaddah et al, 2021)

4) Sistem Respirasi

Anatomi: Diafragma terangkat sekitar 4 cm akibat pembesaran uterus. Lingkar dada meningkat untuk menjaga kapasitas residu fungsional. Fungsi: Terjadi peningkatan konsumsi oksigen sebesar 15%–20%. Ibu hamil sering mengalami hiperventilasi ringan untuk menurunkan kadar PCO_2 dalam darah guna memfasilitasi pertukaran gas dengan janin (Kemenkes RI, 2024).

5) Sistem Perkemihan (Urinaria)

Glomerulus (GFR): Meningkatkan hingga 50%. Hal ini menyebabkan frekuensi buang air kecil meningkat, terutama pada trimester I (akibat tekanan uterus pada kandung kemih) dan

trimester III (saat kepala janin masuk ke panggul) Tyastuti S et al, 2022).

6) Sistem Integumen dan Muskuloskeletal

Pigmentasi: Peningkatan Melanocyte Stimulating Hormone (MSH) menyebabkan munculnya linea nigra di perut dan chloasma gravidarum pada wajah. Postur: Terjadi pergeseran pusat gravitasi ke depan yang mengakibatkan kompensasi postur lordosis untuk menjaga keseimbangan, yang sering memicu nyeri punggung bawah (Arwiyantasari WR et al, 2025).

7) Sistem Metabolisme

Peningkatan kebutuhan kalori rata-rata 300 kkal per hari. Terjadi retensi air dan elektrolit, serta perubahan metabolisme karbohidrat yang cenderung bersifat diabetogenik untuk memastikan pasokan glukosa yang kontinu bagi janin (Kemenkes RI, 2021).

8) Kulit

Peningkatan hormon melanocyte-stimulating menyebabkan hiperpigmentasi (kloasma gravidarum), linea nigra dan striae gravidarum (Mawaddah et al, 2021)

9) Sistem Endokrin

Terjadi peningkatan hormon estrogen, progesteron, dan hCG, perubahan metabolisme karbohidrat, protein, dan lemak (Arwiyantasari WR et al, 2025)

10) Sistem Pencernaan

Terjadi penurunan motilitas usus akibat hormon progesteron, timbul mual dan muntah (morning sickness), perubahan ini umum terjadi terutama pada trimester pertama (Sari et al, 2025) .

11) Sistem Hematologi

Terjadi hemodilusi (penurunan kadar Hb relatif) dan peningkatan volume plasma (Purnawan et al, 2021)

c. Faktor Resiko

Faktor risiko kehamilan adalah berbagai kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan bahaya atau komplikasi, baik bagi ibu maupun janin selama masa kehamilan, persalinan, dan nifas. Identifikasi dini melalui penapisan (*screening*) sangat krusial untuk mencegah morbiditas dan mortalitas maternal.

Skrining kehamilan dilakukan dengan menggunakan skor Poedji Rohjati. Skor Poedji Rochjati dalam buku Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil merupakan cara untuk mendeteksi dini kehamilan berisiko. Skor Poedji Rochjati berfungsi sebagai alat komunikasi untuk edukasi kepada ibu hamil, suami maupun keluarga untuk kebutuhan pertolongan mendadak ataupun rujukan terencana dan sebagai alat pengingat bagi petugas kesehatan (Rochjati P, 2021).

1) Kelompok Faktor Risiko

Faktor risiko pada ibu hamil dikelompokkan dalam 3 kelompok, berdasarkan kapan ditemukannya, cara pengenalan dan sifat/tingkat risikonya. Kelompok faktor risiko dikelompokkan sebagai berikut :

a) Kelompok I

Ada Potensi Gawat Obstetrik (APOG), meliputi 10 faktor risiko : 7 Terlalu, 3 Pernah. Kelompok ini pada kehamilan yang mempunyai masalah yang perlu diwaspadai. Selama kehamilan, ibu hamil sehat tanpa ada keluhan yang membahayakan tetapi harus waspada karena ada kemungkinan dapat terjadi penyulit atau komplikasi dalam persalinan.

Tabel 2. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok I

No	Faktor Risiko (FR I)	Batasan Kondisi Ibu
1	Primi Muda	Terlalu muda, hamil pertama ≤ 16 tahun

2	Primi Tua	a. Terlalu tua, hamil pertama umur ≥ 35 tahun b. Terlalu lambat hamil, setelah kawin ≥ 4 tahun
3	Primi Tua Sekunder	Terlalu lama punya anak lagi, terkecil ≥ 10 tahun
4	Anak Terkecil <2 tahun	Terlalu cepat punya anak lagi, terkecil ≥ 2 tahun
5	Grande Multi	Terlalu banyak punya anak, 4 atau lebih
6	Umur >35 tahun	Terlalu tua, hamil umur 35 tahun atau lebih
7	Tinggi Badan <145 cm	Terlalu pendek dengan ibu hamil pertama; hamil kedua atau lebih, tetapi belum pernah melahirkan normal/spontan dengan bayi cukup bulan dan hidup
8	Pernah gagal kehamilan	a. Hamil pertama, kedua gagal b. Hamil ketiga/lebih mengalami gagal (abortus, lahir mati) 2 kali
9	Pernah melahirkan dengan:	a. Pernah melahirkan dengan tarikan tang/vakum b. Pernah uri dikeluarkan oleh penolong dari dalam rahim c. Pernah diinfus/transfusi pada perdarahan pasca persalinan
10	Pernah Operasi Sesar	Pernah melahirkan bayi dengan operasi sesar sebelum kehamilan ini

b) Kelompok II

Ada Gawat Obstetrik (AGO), ada 8 faktor risiko yaitu tanda bahaya pada kehamilan, ada keluhan tetapi tidak darurat, diantaranya :

Tabel 3. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok II

No	Faktor Risiko (FR II)	Batasan Kondisi Ibu
1	Penyakit ibu hamil	
	a. Anemia	Pucat, lemas badan, lekas lelah, lesu, mata berkunang-kunang
	b. Malaria	Panas tinggi, mengigil keluar keringat, sakit kepala
	c. Tuberkulosa paru	Batuk lama tidak sembuh-sembuh, batuk darah, badan lemah, lesu dan kurus
	d. Payah jantung	Sesak nafas, jantung berdebar-debar, kaki Bangkak
	e. Kencing manis	Diketahui diagnosa dokter dengan pemeriksaan laboratorium
	f. PMS, dll	Diketahui diagnosa dokter dengan pemeriksaan laboratorium
2	Preeklamsia ringan	Bengkak tungkai dan tekanan darah tinggi
3	Hamil kembar/gemeli	Perut ibu sangat besar, gerak anak terasa dibanyak tempat
4	Hamil kembar air/Hidramnion	Perut ibu sangat membesar, gerak anak kurang terasa karena air

		ketuban terlalu banyak, biasanya anak kecil
5	Hamil lebih bulan/hamil serotinus	Ibu hamil 9 bulan dan lebih 2 minggu belum melahirkan
6	Janin mati di dalam rahim	Ibu hamil tidak merasakan gerakan anak lagi, perut mengecil
7	Letak sungsang	Rasa berat menunjukkan letak dari kepala janin di atas perut; kepala bayi ada di atas dalam rahim
8	Letak lintang	Rasa berat menunjukkan letak kepala janin di samping perut; kepala bayi dalam rahim terletak di sebelahh kanan atau kiri

c) KELOMPOK III

Ada Gawat Darurat Obstetrik (AGDO), ada 2 faktor risiko, ada ancaman nyawa ibu dan bayi :

Tabel 4. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok III

No	Faktor Risiko (FR III)	Batasan Kondisi Ibu
1	Perdarahan sebelum bayi lahir	Mengelurkan darah pada waktu hamil, sebelum melahirkan bayi
2	Pereklampsia berat	Pada hamil 6 bulan lebih; sakit kepala/pusing, bengkak tungkai/wajah, tekanan darah tinggi, pemeriksaan urine ada albumin
	Eklampsia	Ditambah dengan terjadi kejang-

2) Cara pemberian skor

- a) Kondisi ibu hamil umur, paritas dan faktor risiko diberi nilai 2, 4 dan 8.
- b) Pada umur dan paritas diberi skor 2 sebagai skor awal.
- c) Tiap faktor risiko memiliki skor 4 kecuali pada letak sungsang, luka bekas sesar, letak lintang, perdarahan antepartum, dan preeklampsia berat/eklampsia diberi skor 8

3) Klasifikasi skor

- a) Kehamilan resiko rendah : Skor 2
- b) Kehamilan resiko tinggi : Skor 6-10
- c) Kehamilan resiko sangat tinggi : Skor ≥ 12

d. Antenatal Care (ANC)

Antenatal Care (ANC) adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu hamil secara teratur dan berkelanjutan selama masa kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan janin tetap optimal serta mendeteksi dini komplikasi. ANC merupakan kontak rutin antara ibu hamil dengan tenaga kesehatan terlatih selama kehamilan yang bertujuan untuk memantau kondisi ibu dan janin serta memberikan intervensi yang diperlukan (WHO, 2023). Selain itu, ANC mencakup serangkaian pemeriksaan, skrining, edukasi, dan intervensi yang bertujuan meningkatkan kesehatan ibu serta memastikan kesejahteraan janin

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 21 Tahun 2021, standar kunjungan ANC di Indonesia saat ini adalah minimal 6 kali selama masa kehamilan (sebelumnya 4 kali), dengan rincian:

- 1) Trimester I (0–12 minggu): 1 kali kunjungan (Wajib dilakukan oleh dokter untuk skrining kesehatan dan USG).
- 2) Trimester II (12–28 minggu): 2 kali kunjungan (Bisa dilakukan oleh bidan atau dokter).

- 3) Trimester III (28–40 minggu): 3 kali kunjungan (Salah satunya wajib dilakukan oleh dokter untuk skrining persalinan dan USG).

Ibu hamil harus kontak dengan dokter minimal 2 kali, yaitu 1 kali di trimester ke-1 (K1) dan 1 kali di trimester ke-3 (K5) (Kemenkes RI, 2023). Pelayanan ANC oleh dokter termasuk pemeriksaan ultrasonografi (USG) untuk mendeteksi kelainan letak, abnormalitas janin, serta persiapan rencana persalinan.

Pelayanan antenatal yang dilakukan diupayakan memenuhi standar kualitas 10 T (Kemenkes RI, 2021) yaitu :

- 1) Pengukuran berat badan dan tinggi badan
- 2) Pengukuran tekanan darah
- 3) Pengukuran lingkar lengan atas (LiLA)
- 4) Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri)
- 5) Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin
- 6) Pemberian imunisasi sesuai dengan status imunisasi;
- 7) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 (sembilan puluh) tablet
- 8) Tes laboratorium
- 9) Tata laksana/penanganan kasus
- 10) Temu wicara (konseling) dan penilaian kesehatan jiwa.

Berdasarkan KMK Nomor 2015 Tahun 2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer, matriks pemeriksaan 10 T dan USG berdasarkan waktu kunjungan adalah sebagaimana berikut :

 Pemeriksaan dilakukan
  Pemeriksaan dilakukan sesuai indikasi
  Pemeriksaan tidak dilakukan

Pemeriksaan 10T saat ANC Plus USG	K1	K2	K3	K4	K5	K6
① Timbang Berat Badan dan Ukur Tinggi Badan						
② Ukur Tekanan Darah						
③ Ukur Lingkar Lengan Atas (LiLA)						
④ Pemeriksaan Tinggi Fundus (penilaian usia/ besar janin)						
⑤ Tentukan Presentase dan Denyut Jantung Janin (DJJ)						
⑥ Pemberian Imunisasi Tetanus Toksoid (TT)						
⑦ Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD)						
⑧ Pemeriksaan Laboratorium (Termasuk status Anemia)						
⑨ Tata laksana kasus						
⑩ Temu Wicara/konseling						
⑪ USG Obstetri Dasar Terbatas						

Gambar 1. Matriks 10 T saat Pemeriksaan ANC Plus USG

Pelayanan antenatal sesuai standar dan secara terpadu sebagaimana dilakukan dengan prinsip :

- 1) Deteksi dini masalah penyakit dan penyulit atau komplikasi kehamilan
- 2) Stimulasi janin pada saat kehamilan
- 3) Persiapan persalinan yang bersih dan aman
- 4) Perencanaan dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi komplikasi
- 5) Melibatkan ibu hamil, suami, dan keluarga dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil dan menyiapkan persalinan dan kesiagaan jika terjadi penyulit atau komplikasi

3. Persalinan

a. Definisi

Persalinan adalah proses fisiologis pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang dimulai secara spontan dengan adanya kontraksi uterus yang teratur, menyebabkan pembukaan serviks dan diakhiri dengan keluarnya janin, plasenta, dan selaput ketuban dari rahim ibu pada kehamilan cukup bulan (37–42 minggu), baik dengan atau tanpa komplikasi (Kemenkes RI, 2021).

b. Jenis - jenis Persalinan

1) Berdasarkan Cara Persalinan

- a) Persalinan Spontan (Normal): Proses persalinan di mana janin lahir dengan presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa menggunakan alat bantu maupun obat-obatan penginduksi, serta berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam.
- b) Persalinan Buatan (Tindakan): Proses persalinan yang dibantu dengan tenaga dari luar karena adanya indikasi medis pada ibu atau janin. Contohnya meliputi:
 - (1) Ekstraksi Vakum: Menggunakan alat penghisap untuk membantu menarik kepala bayi.

- (2) Ekstraksi Forseps: Menggunakan alat seperti sendok besar untuk menjepit dan menarik kepala bayi.
 - (3) Sectio Caesarea (SC): Pembedahan untuk melahirkan janin melalui insisi pada dinding perut dan dinding uterus.
 - c) Persalinan Anjuran (Induksi): Persalinan yang tidak dimulai secara spontan, melainkan dirangsang dengan pemberian oksitosin atau pemecahan ketuban setelah memenuhi syarat klinis tertentu.
- 2) Berdasarkan Usia Kehamilan
- a) Abortus: Pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan (usia <20 minggu atau berat <500 gram).
 - b) Persalinan Prematur: Persalinan yang terjadi antara usia 28 hingga 36 minggu.
 - c) Persalinan Matur (Aterm): Persalinan pada usia kehamilan cukup bulan, yaitu antara 37 hingga 42 minggu.
 - d) Persalinan Post-matur (Serotinus): Persalinan yang terjadi setelah usia kehamilan melewati 42 minggu.
- 3) Berdasarkan Pendekatan Modern
- a) Water Birth: Persalinan spontan yang dilakukan di dalam air hangat sebagai metode manajemen nyeri non-farmakologis.
 - b) Gentle Birth: Konsep persalinan yang tenang dan santun, bertujuan mengurangi rasa sakit dan trauma melalui persiapan mental (seperti hypnobirthing).
 - c) ERACS (Enhanced Recovery After Cesarean Surgery): Protokol terbaru dalam persalinan bedah sesar yang bertujuan mempercepat pemulihan ibu sehingga bisa beraktivitas lebih cepat pascaoperasi.
- c. Tujuan Asuhan Persalinan
- Tujuan persalinan tidak hanya berfokus pada proses kelahiran, tetapi juga mencakup keselamatan, kualitas pelayanan, serta kesejahteraan fisik dan psikologis ibu dan bayi. Oleh karena itu,

persalinan harus ditangani oleh tenaga kesehatan yang kompeten dengan pendekatan yang komprehensif (Kusuma U, 2024).

d. Etiologi Persalinan

Etiologi persalinan adalah faktor-faktor atau mekanisme yang menyebabkan terjadinya proses persalinan, baik secara fisiologis (normal) maupun patologis.

Teori Etiologi Persalinan (Onset of Labor), yaitu :

1) Teori Hormonal (Endokrinologi)

Persalinan terjadi akibat perubahan keseimbangan hormon

a) Penurunan Progesteron (*Progesterone Withdrawal*):

Progesteron berfungsi menjaga otot rahim tetap tenang (*quiescence*). Menjelang persalinan, terjadi perubahan fungsional pada reseptor progesteron yang menyebabkan rahim menjadi sensitif terhadap rangsangan kontraksi.

b) Peningkatan Estrogen: Estrogen meningkatkan sintesis protein kontraktil dan meningkatkan jumlah reseptor oksitosin di miometrium.

c) Oksitosin dan Prostaglandin: Oksitosin memicu kontraksi uterus, sementara prostaglandin berperan penting dalam pelunakan serviks (*cervical ripening*) dan merangsang kontraksi miometrium.

2) Teori Inflamasi dan Imunologi

Persalinan adalah sebuah reaksi inflamasi yang sistemik (Stanford, 2021).

a) Sinyal Imun: Sekitar tiga minggu sebelum persalinan, tubuh ibu mengalami pergeseran profil imun. Terdapat peningkatan sitokin pro-inflamasi (seperti Interleukin) yang memicu kaskade persalinan.

b) Marker Biokimia: Protein seperti fetal fibronectin (fFN) dan protein pengikat faktor pertumbuhan serupa insulin (IGFBP-1)

sering digunakan dalam model prediksi terbaru untuk melihat kesiapan jalan lahir.

3) Teori Peregangan Rahim (Distensi Uterus)

Meningkatnya ukuran janin menyebabkan peregangan otot-otot rahim. Peregangan ini secara mekanis merangsang pelepasan mediator kimia dan aktivitas listrik pada sel otot rahim, yang pada akhirnya memicu kontraksi. Teori ini sangat relevan pada kasus kehamilan ganda (gemelli) atau polihidramnion yang cenderung mengalami persalinan lebih awal (Isella V, 2023).

4) Teori Penuaan Plasenta dan Faktor Janin

Janin dianggap memiliki peran aktif dalam menentukan waktu kelahirannya sendiri (Sumaifa S, 2024) melalui :

- a) Kortisol Janin: Kelenjar adrenal janin memproduksi kortisol yang meningkat di akhir kehamilan. Kortisol ini merangsang plasenta untuk mengubah progesteron menjadi estrogen, yang memicu onset persalinan.
- b) Degenerasi Plasenta: Seiring bertambahnya usia kehamilan, plasenta mengalami kalsifikasi dan penurunan fungsi sirkulasi, yang memberikan sinyal biologis bahwa janin siap dilahirkan.

5) Induksi partus (induction of labour)

Partus dapat pula ditimbulkan dengan : gagang laminaria yang dimasukkan kanalis serviks dengan tujuan merangsang pleksus frankenhauser, amniotomi/ pemecahan ketuban, dan pemberian oksitosin.

e. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala persalinan merupakan indikator klinis yang menunjukkan bahwa proses persalinan akan segera dimulai atau sedang berlangsung, yang ditandai dengan perubahan fisiologis pada ibu dan janin seperti kontraksi uterus, perubahan serviks, serta keluarnya hasil konsepsi.

Tanda-tanda persalinan secara klinis dibagi menjadi tanda awal (prodromal) dan tanda pasti (inklinasi).

1) Tanda Persalinan Awal (Prodromal)

Beberapa minggu atau hari sebelum persalinan dimulai, ibu hamil biasanya merasakan beberapa perubahan fisiologis:

- a) *Lightening*: Terjadi ketika bagian terbawah janin (biasanya kepala) mulai masuk ke pintu atas panggul. Hal ini menyebabkan ibu merasa lebih ringan di area diafragma tetapi merasakan tekanan lebih besar di area panggul (Sumaifa dkk, 2024).
- b) *Pollakisuria*: Akibat turunnya kepala janin ke panggul, kandung kemih tertekan sehingga frekuensi buang air kecil meningkat kembali seperti pada trimester pertama (Walyani, 2023).
- c) *Braxton Hicks* (His Palsu): Munculnya kontraksi Braxton Hicks yang lebih sering namun tidak teratur, tidak bertambah kuat, dan tidak menyebabkan pembukaan serviks (StatPearls, 2025).

2) Tanda Pasti Persalinan (In-partu)

Persalinan dianggap benar-benar dimulai apabila terdapat kriteria berikut:

- a) Kontraksi Uterus yang Adekuat (*His*): Berbeda dengan kontraksi palsu, kontraksi persalinan yang asli bersifat teratur, intervalnya semakin pendek, dan kekuatannya semakin meningkat seiring berjalannya waktu. Kontraksi ini bersifat menetap meskipun ibu melakukan mobilisasi atau beristirahat (Kemenkes RI, 2022).
- b) *Bloody Show*: Keluarnya lendir bercampur darah melalui vagina. Hal ini terjadi karena pergeseran membran janin dan pembukaan serviks yang menyebabkan pecahnya pembuluh darah kapiler di area kanalis servikalis (Cunningham dkk, 2022).

- c) Pendataran dan Pembukaan Serviks (*Effacement & Dilatation*): Ini adalah indikator paling objektif dari persalinan sejati. Serviks yang awalnya tebal dan tertutup akan menipis (pendataran) dan membuka secara bertahap hingga mencapai pembukaan lengkap 10 cm (WHO, 2023).
- d) Pecah Ketuban (*Premature Rupture of Membranes*): Meskipun tidak selalu terjadi di awal persalinan, pecahnya selaput ketuban sering kali menjadi pemicu atau tanda bahwa persalinan segera dimulai. Jika ketuban pecah sebelum ada kontraksi, hal ini memerlukan pengawasan medis ketat (ACOG, 2024).

f. Faktor – faktor yang mempengaruhi persalinan

Faktor yang mempengaruhi persalinan adalah segala kondisi yang dapat mempercepat, memperlambat, atau mempersulit proses kelahiran, baik yang berasal dari ibu, janin, maupun lingkungan pelayanan kesehatan (Karla S et al, 2025).

Faktor yang mempengaruhi persalinan dikenal dengan konsep 4P, yaitu:

1) Power (Kekuatan)

Power merupakan kekuatan yang mendorong janin keluar, yang terdiri dari kekuatan primer dan sekunder. Kekuatan primer adalah kontraksi uterus (his) yang bekerja secara otomatis untuk membuka serviks, sedangkan kekuatan sekunder adalah tenaga mengejan ibu yang bersifat volunter (Walyani, 2023). Kualitas kontraksi yang adekuat harus memenuhi kriteria frekuensi, durasi, dan intensitas yang cukup untuk memicu pendataran dan pembukaan serviks (Kemenkes RI, 2022).

2) Passage (Jalan Lahir)

Passage mencakup jalan lahir keras (tulang panggul) dan jalan lahir lunak (serviks, vagina, dan perineum). Anatomi panggul ibu, terutama jenis panggul gynecoid, dianggap paling ideal untuk

persalinan pervaginam karena memiliki ruang yang cukup luas (Cunningham dkk, 2022). Selain itu, kemampuan serviks untuk menipis dan mendatar (effacement) sangat dipengaruhi oleh kadar prostaglandin dan kesiapan jaringan ikat pada akhir kehamilan (StatPearls, 2025).

3) Passenger (Janin dan Plasenta)

Faktor janin dipengaruhi oleh ukuran kepala janin, presentasi, posisi, dan sikap (attitude) janin terhadap jalan lahir. Presentasi belakang kepala dengan posisi ubun-ubun kecil depan merupakan kondisi paling optimal untuk persalinan normal (WHO, 2023). Selain janin, plasenta juga termasuk dalam faktor ini karena lokasi penempelan plasenta yang rendah dapat menghambat jalan lahir (ACOG, 2024).

4) Psychology (Psikologis)

Kondisi psikologis ibu sangat mempengaruhi kelancaran persalinan melalui mekanisme pelepasan hormon. Kecemasan dan stres yang berlebihan dapat memicu peningkatan hormon adrenalin yang justru menghambat kerja oksitosin, sehingga kontraksi menjadi tidak teratur atau berhenti (Sumaifa dkk, 2024). Pendampingan persalinan secara emosional terbukti menurunkan tingkat intervensi medis dan mempercepat durasi persalinan (WHO, 2023).

5) Position (Posisi Ibu)

Posisi ibu selama proses persalinan (kala I dan kala II) sangat mempengaruhi mekanika panggul dan efektivitas kontraksi. Literatur terbaru sangat menyarankan mobilisasi dan pemilihan posisi tegak (upright positions) seperti jongkok atau berdiri, karena bantuan gaya gravitasi dapat mempercepat turunnya kepala janin ke dasar panggul dibandingkan posisi berbaring telentang atau litotomi (Cunningham dkk, 2022).

g. Tahapan Persalinan

Tahapan persalinan adalah urutan proses fisiologis yang dilalui ibu sejak awal kontraksi hingga setelah kelahiran plasenta, yang berlangsung secara bertahap dan berkesinambungan. Persalinan secara umum dibagi menjadi beberapa tahap utama yang menggambarkan progres kemajuan kelahiran bayi (Moldenhauer JS, 2024)

Tahapan persalinan dibagi menjadi 4 fase/ kala yang antara lain :

1) Kala I (Tahap Pembukaan Serviks)

Kala I dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat hingga pembukaan serviks lengkap (10 cm). Berdasarkan panduan terbaru dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), Kala I dibagi menjadi dua fase:

- a) Fase Laten: Dimulai dari awal kontraksi hingga pembukaan serviks mencapai 5 cm. Fase ini biasanya berlangsung lebih lama dan bervariasi pada setiap ibu (WHO, 2023).
- b) Fase Aktif: Dimulai dari pembukaan 5 cm hingga pembukaan lengkap 10 cm. Pada fase ini, frekuensi dan kekuatan kontraksi meningkat secara signifikan, dan terjadi penurunan bagian terbawah janin (Kemenkes RI, 2022).

2) Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Kala II dimulai setelah pembukaan serviks lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Tanda-tanda klinis Kala II meliputi adanya dorongan untuk meneran, tekanan pada anus, serta perineum yang menonjol. Durasi Kala II pada primigravida (kehamilan pertama) biasanya maksimal 3 jam tanpa anestesi epidural, sedangkan pada multigravida sekitar 2 jam (Cunningham dkk, 2022). Mobilisasi dan pemilihan posisi tegak sangat dianjurkan pada tahap ini untuk membantu penurunan kepala janin (Walyani, 2023).

3) Kala III (Kala Pengeluaran Plasenta)

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta serta selaput ketuban. Proses ini umumnya berlangsung antara 5 hingga 30 menit. Manajemen aktif kala tiga (MAK III) yang meliputi pemberian oksitosin, penegangan tali pusat terkendali, dan masase fundus uteri merupakan standar protokol untuk mencegah perdarahan postpartum (StatPearls, 2025).

4) Kala IV (Kala Pengawasan)

Kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta hingga 2 jam pertama pascapersalinan. Ini adalah masa kritis untuk memantau kondisi ibu karena risiko perdarahan postpartum paling tinggi terjadi pada periode ini. Observasi ketat dilakukan terhadap tanda-tanda vital, kontraksi uterus, tinggi fundus uteri, perdarahan pervaginam, dan kondisi kandung kemih (Sumaifa dkk, 2024). Inisiasi Menyusu Dini (IMD) juga sangat disarankan pada satu jam pertama di Kala IV untuk merangsang kontraksi uterus melalui pelepasan oksitosin alami (ACOG, 2024).

h. 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal (APN)

Menurut JNPK-KR (2022) tahapan asuhan persalinan normal terdiri dari 60 langkah, yaitu

1) Mendengar dan melihat tanda dan gejala kala II :

- a) Ibu sudah merasa ada dorongan kuat dan meneran
- b) Ibu sudah merasakan adanya tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina
- c) Perineum tampak menonjol
- d) Vulva dan sfinger 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) Tiga handuk/kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi)
- c) Alat penghisap lendir
- d) Lampu sorot 60watt dengan jarak 60cm dari tubuh bayi

Untuk ibu :

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

- 9) 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. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran
- 10) 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
- 11) 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.
- 12) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat :
 - a) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif
 - b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai
 - c) Bantu ibu mengambil posisi nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama)

- d) Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi
 - e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu
 - f) Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum)
 - g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai
 - h) Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran ≥ 120 menit (2jam) pada primigravida atau ≥ 60 menit (1jam) pada multigravida.
- 13) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit
 - 14) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
 - 15) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu
 - 16) Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan
 - 17) Pakai sarung tangan DTT/Steril pada kedua tangan
 - 18) 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
 - 19) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi), segera lanjutkan proses kelahiran bayi. Perhatikan:
 - a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi

- b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat di antara dua klem tersebut
- 20) Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan
- 21) Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparental. 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
- 22) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah untuk menopang kepala dan bahu. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas
- 23) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara 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).
- 24) 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. Bila semua jawaban “YA” lanjut ke langkah selanjutnya
- 25) Keringkan tubuh bayi Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu

- 26) Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gemelli)
- 27) Beritahu ibu bahwa ibu akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik
- 28) Dalam waktu satu menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit (intramuskuler) di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntik oksitosin)
- 29) Setelah 2 menit sejak bayi (cukup bulan) lahir, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3 cm dari pusat bayi. Gunakan jari telunjuk dan jari tengah tangan lain untuk mendorong isi tali pusat ke arah ke arah ibu dan klem tali pusat pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama
- 30) Pemotongan dan pengikatan tali pusat
- a) Pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut
 - b) Ikat tali pusat dengan benang DTT/Steril pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusat dengan simpul kunci pada sisi lainnya
 - c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan
- 31) Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau areola mammae ibu
- a) Selimuti ibu-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. Menyusu untuk

pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara

- d) Biarkan bayi di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu

32) Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva

33) Letakkan satu tangan di atas kain pada perut bawah ibu (di atas simfisis) untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat

34) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan ang 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 pusat 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

35) Bila pada penekanan bagian bawah dinding depan uterus ke arah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat 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 bawahsejajar-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

36) 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/steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal

- 37) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan mesase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus terasa keras). Lakukan tindakan yang diperlukan (Kompresi Bimanual Internal, kompresi Aorta Abdominalis, Tampon Kondom-Kateter) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah ransangan taktil/masase
- 38) Periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastik atau tempat khusus
- 39) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi yang luas dan menimbulkan pendarahan
- 40) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi pendarahan pervaginam
- 41) Pastikan kantung kemih kosong
- 42) 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 tissue atau handuk
- 43) Membungkus kembali bayi dan berikan bayi pada ibu untuk disusui
- 44) Ajarkan ibu/ keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
- 45) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
- 46) Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik
- 47) Pantau keadaan bayidan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/ menit)

- a) Jika bayi sulit bernapas, merintih, atau retraksi, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit
 - b) Jika bayi napas terlalu cepat atau sesak napas, segera rujuk ke RS Rujukan
 - c) Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibubayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut
- 48) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi
 - 49) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
 - 50) Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DDT. Bersihkan cairan ketuban, lendir, dan darah di ranjang atau disekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
 - 51) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya
 - 52) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
 - 53) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
 - 54) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering
 - 55) Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi
 - 56) Dalam satu jam pertama, beri salep/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

57) 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 tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering

60) Lengkapi partograf (halaman depan belakang), periksa tanda vital dan pemantauan Kala IV Persalinan

4. Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Bayi baru lahir atau neonatus adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran dan berada pada periode adaptasi kehidupan di luar rahim. Secara klinis, masa bayi baru lahir ini ditetapkan sebagai periode 28 hari pertama sejak kelahiran (0–28 hari) (WHO, 2023). Masa ini merupakan transisi biologis yang sangat krusial karena terjadi perubahan fisiologis yang cepat, di mana sistem organ bayi beralih dari ketergantungan pada plasenta menjadi berfungsi secara mandiri (Walyani, 2023).

Bayi baru lahir dikatakan normal apabila lahir pada usia kehamilan cukup bulan (aterm), yaitu antara 37 hingga 42 minggu, dengan berat badan lahir antara 2500 hingga 4000 gram, serta tidak memiliki kelainan kongenital maupun trauma lahir (Kemenkes RI, 2022). Secara fisiologis, bayi baru lahir yang sehat akan segera menangis setelah lahir, memiliki denyut jantung di atas 100 kali per menit, dan menunjukkan tonus otot yang aktif (StatPearls, 2025).

Dalam manajemen kesehatan, masa neonatus dibagi menjadi dua tahap penting: neonatus dini (early neonatal) yang mencakup usia 0 sampai 7 hari, dan neonatus lanjut (late neonatal) yang mencakup usia 8 sampai 28 hari (Sumaifa dkk, 2024). Penanganan bayi pada saat lahir, khususnya dalam 60 menit pertama yang dikenal sebagai The Golden Hour, sangat menentukan keberhasilan adaptasi ekstrauteri dan mencegah morbiditas serta mortalitas bayi (ACOG, 2024).

b. Klasifikasi

Klasifikasi bayi baru lahir secara umum dibagi berdasarkan tiga parameter utama: usia gestasi (umur kehamilan), berat badan lahir, dan kesesuaian berat badan dengan usia kehamilan. Berikut keterangannya :

1) Klasifikasi Berdasarkan Usia Gestasi (Umur Kehamilan)

Penentuan usia gestasi sangat krusial karena berkaitan dengan kematangan organ tubuh bayi. Berdasarkan kriteria internasional, bayi dikelompokkan menjadi:

- a) Bayi Kurang Bulan (Preterm): Bayi yang lahir sebelum usia kehamilan genap 37 minggu (kurang dari 259 hari) (WHO, 2023).
- b) Bayi Cukup Bulan (Aterm): Bayi yang lahir antara usia kehamilan 37 minggu sampai 41 minggu 6 hari (259–293 hari) (ACOG, 2024).
- c) Bayi Lebih Bulan (Post-term): Bayi yang lahir pada usia kehamilan 42 minggu atau lebih (294 hari atau lebih) (Cunningham dkk, 2022).

2) Klasifikasi Berdasarkan Berat Badan Lahir

- a) Berat badan merupakan indikator klinis paling sederhana untuk menilai risiko gangguan kesehatan pada bayi baru lahir:

- b) Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR): Bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram tanpa memandang usia kehamilan (Kemenkes RI, 2022).
 - c) Bayi Berat Lahir Normal: Bayi dengan berat lahir antara 2500 hingga 4000 gram (Walyani, 2023).
 - d) Bayi Berat Lahir Lebih (Makrosomia): Bayi dengan berat lahir lebih dari 4000 gram (StatPearls, 2025).
- 3) Klasifikasi Berdasarkan Hubungan Berat Badan dan Usia Gestasi
- Klasifikasi ini menggunakan kurva pertumbuhan (seperti kurva Lubchenco atau Fenton) untuk menilai apakah pertumbuhan bayi di dalam rahim optimal:
- a) Kecil Masa Kehamilan (KMK): Bayi yang berat badannya berada di bawah persentil ke-10 untuk masa kehamilannya (Sumaifa dkk, 2024).
 - b) Sesuai Masa Kehamilan (SMK): Bayi yang berat badannya berada di antara persentil ke-10 dan ke-90 (Walyani, 2023).
 - c) Besar Masa Kehamilan (BMK): Bayi yang berat badannya berada di atas persentil ke-90 untuk masa kehamilannya (StatPearls, 2025).
- c. Ciri - ciri Bayi Baru Lahir Normal
- Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan cukup bulan (37–42 minggu), memiliki berat badan lahir normal, serta mampu beradaptasi dengan lingkungan ekstrauterin tanpa adanya kelainan kongenital atau gangguan fungsi vital (Kemenkes RI, 2023).

1) Parameter *Antropometri*

Bayi baru lahir dikatakan normal apabila memiliki ukuran fisik yang berada dalam rentang standar pertumbuhan. Berat badan bayi normal berkisar antara 2500 hingga 4000 gram (Walyani, 2023). Panjang badan bayi rata-rata adalah 48 hingga

52 cm, dengan lingkaran kepala berkisar antara 33 hingga 35 cm, dan lingkaran dada antara 30 hingga 38 cm (Kemenkes RI, 2022).

2) Tanda Vital dan Aktivitas

Bayi normal akan menunjukkan tangisan yang kuat segera setelah lahir, yang menandakan bahwa sistem pernapasan mulai berfungsi dengan baik (WHO, 2023). Frekuensi pernapasan bayi normal berkisar antara 40 hingga 60 kali per menit, sementara denyut jantung berkisar antara 120 hingga 160 kali per menit (StatPearls, 2025). Suhu tubuh bayi yang stabil berada pada rentang aksila 36,5°C hingga 37,5°C (Sumaifa dkk, 2024).

3) Karakteristik Fisik

- a) **Warna Kulit:** Kulit bayi baru lahir normal tampak kemerahan dan seringkali tertutup oleh *vernix caseosa* (lemak putih yang berfungsi sebagai pelindung dan pengatur suhu) (Cunningham dkk, 2022).
- b) **Sistem Saraf (*Refleks*):** Bayi menunjukkan *refleks primitif* yang aktif, seperti refleks mencari puting susu (*rooting reflex*), refleks menghisap (*sucking reflex*), dan refleks menggenggam (*palmar grasp reflex*) (Walyani, 2023).
- c) **Eliminasi:** Bayi baru lahir normal harus mengeluarkan mekonium (tinja pertama berwarna hijau kehitaman) dalam waktu 24 jam pertama, dan buang air kecil dalam 24 jam pertama kehidupan (StatPearls, 2025).

4) Pemeriksaan Fisik Terarah

Kepala bayi mungkin mengalami *molding* atau penyusupan akibat proses persalinan, namun ubun-ubun besar (*fontanela*) harus tetap teraba lunak dan rata (tidak cembung atau cekung secara ekstrem) (Kemenkes RI, 2022). *Genetalia* pada bayi laki-laki ditandai dengan testis yang sudah turun ke dalam skrotum, sedangkan pada bayi perempuan, labia mayora telah menutupi labia minora (Sumaifa dkk, 2024).

5) Kondisi perilaku dan adaptasi

Bayi baru lahir normal menunjukkan kemampuan adaptasi awal yang baik (Consilini DM, 2024) seperti:

- a) Menangis segera setelah lahir sebagai tanda fungsi paru-paru baik
- b) Respons terhadap rangsangan (suara, sentuhan)
- c) Mampu melakukan refleks dasar seperti rooting dan sucking
- d) Aktivitas motorik spontan dan simetris

d. Penatalaksanaan pada Bayi Baru Lahir

Penatalaksanaan bayi baru lahir merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan segera setelah bayi lahir hingga periode awal kehidupan untuk memastikan adaptasi optimal dari kehidupan intrauterin ke ekstrauterin serta mencegah komplikasi dan kematian neonatal. Penatalaksanaan ini mencakup perawatan segera setelah lahir (*immediate care*), perawatan esensial, dan pemantauan lanjutan

1) Perawatan Segera Setelah Lahir (The Golden Hour)

Penatalaksanaan dimulai dengan penilaian cepat menggunakan indikator: apakah bayi cukup bulan, apakah bayi menangis atau bernapas, dan bagaimana tonus ototnya. Jika bayi sehat, dilakukan pemotongan tali pusat setelah 1–3 menit (penundaan penjepitan tali pusat) untuk meningkatkan cadangan zat besi bayi (ACOG, 2024). Langkah selanjutnya adalah menjaga kehangatan dengan mengeringkan tubuh bayi, kecuali bagian telapak tangan, guna mencegah hipotermia (Kemenkes RI, 2022).

2) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Kontak kulit ke kulit (*Skin-to-Skin Contact*) segera setelah lahir harus dilakukan selama minimal satu jam atau hingga proses menyusui pertama selesai. IMD terbukti menstabilkan suhu tubuh bayi, menormalkan pola napas, dan merangsang kontraksi uterus ibu melalui pelepasan oksitosin alami (WHO, 2023).

3) Pencegahan Infeksi dan Penyakit

- a) Perawatan Mata: Pemberian salep atau tetes mata antibiotik (seperti Eritromisin 0,5% atau Tetrasiklin 1%) dalam satu jam pertama untuk mencegah Ophthalmia Neonatorum (StatPearls, 2025).
 - b) Pemberian Vitamin K1: Injeksi Vitamin K1 dosis tunggal 1 mg secara intramuskular di paha kiri anterolateral untuk mencegah perdarahan akibat defisiensi vitamin K (Vitamin K Deficiency Bleeding) (Walyani, 2023).
 - c) Imunisasi Hepatitis B (HB-0): Diberikan minimal 1–2 jam setelah pemberian Vitamin K1 untuk mencegah penularan Hepatitis B dari ibu ke bayi (Kemenkes RI, 2022).
- 4) Pemeriksaan Fisik dan Antropometri

Pemeriksaan lengkap dilakukan untuk mendeteksi adanya kelainan kongenital atau trauma lahir. Parameter yang diukur meliputi berat badan, panjang badan, lingkar kepala, dan lingkar dada (Sumaifa dkk, 2024). Penilaian Skor APGAR tetap digunakan sebagai alat evaluasi standar pada menit ke-1 dan menit ke-5 untuk menilai kebugaran bayi (Cunningham dkk, 2022).

Tabel 5. Penilaian APGAR pada BBL

Komponen	Skor 0	Skor 1	Skor 2
Appearance (warna)	Biru/pucat	Tubuh merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh merah
Pulse (denyut jantung)	Tidak ada	<100 x/menit	≥100 x/menit
Grimace (refleks)	Tidak ada respons	Respons lemah	Menangis/reaksi kuat
Activity (tonus otot)	Lemas	Fleksi sedikit	Gerakan aktif
Respiration (napas)	Tidak ada	Napas lambat	Menangis kuat

Standar dari Kemenkes RI tahun 2022 bahwa APGAR Score memiliki rentang nilai 0–10. Berikut klasifikasi penilaiannya :

- a) 7–10 → Normal (baik)

b) 4–6 → Asfiksia sedang

c) 0–3 → Asfiksia berat

APGAR Score normal (7–10) menunjukkan bahwa bayi:

a) Memiliki denyut jantung baik

b) Bernapas spontan dengan kuat

c) Tonus otot baik

d) Respon refleks normal

e) Warna kulit kemerahan

5) Identifikasi dan Rawat Gabung (*Rooming-In*)

Pemasangan tanda pengenal (gelang identitas) harus dilakukan segera setelah bayi lahir di hadapan ibu. Selanjutnya, ibu dan bayi dirawat dalam satu ruangan (*rooming-in*) untuk memfasilitasi pemberian ASI eksklusif kapanpun bayi menginginkan (*on demand*) dan memperkuat ikatan batin (WHO, 2023).

6) Penatalaksanaan pada kondisi kegawatdaruratan

Apabila bayi tidak bernapas atau mengalami gangguan, maka dilakukan resusitasi neonatus dengan langkah:

a) Membuka jalan napas

b) Memberikan ventilasi dengan alat bantu

c) Melakukan pemantauan denyut jantung dan pernapasan

d) Melanjutkan perawatan pasca-resusitasi atau rujukan bila diperlukan

5. Neonatus

a. Definisi

Neonatal atau masa neonatus merupakan fase kehidupan yang dimulai segera setelah bayi lahir hingga mencapai usia 28 hari penuh (0–28 hari) (WHO, 2023). Periode ini adalah masa transisi yang paling kritis dalam siklus hidup manusia karena bayi harus melakukan penyesuaian fisiologis yang besar untuk dapat bertahan hidup di luar lingkungan rahim (Walyani, 2023).

Berdasarkan waktu terjadinya, masa neonatal diklasifikasikan menjadi dua periode utama:

- 1) Neonatal Dini (*Early Neonatal*): Merupakan masa tujuh hari pertama kehidupan (0–7 hari). Fase ini memiliki risiko morbiditas dan mortalitas tertinggi karena proses adaptasi organ vital yang sangat intens (Kemenkes RI, 2022).
- 2) Neonatal Lanjut (*Late Neonatal*): Merupakan masa yang dimulai dari hari ke-8 hingga hari ke-28 kehidupan (Sumaifa dkk, 2024).

Secara klinis, neonatus yang sehat adalah bayi yang lahir dengan usia gestasi cukup bulan (37–42 minggu) dan menunjukkan kemampuan untuk melakukan fungsi dasar secara mandiri, seperti bernapas, menghisap, dan melakukan ekskresi (StatPearls, 2025). Asuhan neonatal esensial ditekankan pada periode ini untuk memastikan pemenuhan kebutuhan dasar bayi seperti kehangatan, nutrisi melalui ASI eksklusif, serta pencegahan terhadap infeksi (ACOG, 2024).

b. Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada bayi baru lahir sejak usia 0 sampai 28 hari untuk memantau pertumbuhan, perkembangan, serta mendeteksi secara dini adanya komplikasi atau masalah kesehatan pada neonatus. Kunjungan ini dilakukan sesuai standar pelayanan neonatal baik dari segi waktu maupun kualitas pelayanan (BPK Kemenkes, 2023).

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, kunjungan neonatal merupakan kunjungan pada bayi usia 0–28 hari yang bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan neonatal secara menyeluruh sesuai standar, baik dalam aspek kuantitas (jumlah kunjungan) maupun kualitas pelayanan (BPK Kemenkes, 2023). Kunjungan neonatal juga merupakan salah satu indikator penting dalam program kesehatan ibu dan anak karena berperan dalam menurunkan angka kematian bayi serta

memastikan bayi tumbuh dan berkembang secara optimal sejak awal kehidupan (Kemenkes, 2023).

Kunjungan dibagi menjadi tiga waktu spesifik:

- 1) Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1): Dilakukan pada kurun waktu 6 hingga 48 jam setelah bayi lahir. Fokus utama pada kunjungan ini adalah memastikan keberhasilan Inisiasi Menyusu Dini (IMD), pencegahan hipotermi, pemberian vitamin K1, serta imunisasi Hepatitis B (Sumaifa dkk, 2024).
- 2) Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2): Dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 hingga hari ke-7 setelah lahir. Pemeriksaan difokuskan pada deteksi dini ikterus (bayi kuning), infeksi tali pusat, serta memastikan kecukupan asupan ASI (Walyani, 2023).
- 3) Kunjungan Neonatal ke-3 (KN 3): Dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 hingga hari ke-28 setelah lahir. Pada tahap ini, tenaga kesehatan melakukan evaluasi terhadap pertumbuhan bayi, status imunisasi, dan memberikan edukasi lebih lanjut mengenai pola asuh dan kebersihan (Kemenkes RI, 2022).

Tujuan kunjungan neonatal untuk:

- 1) Menilai kondisi kesehatan bayi baru lahir
- 2) Mendeteksi dini tanda bahaya atau komplikasi
- 3) Memberikan pelayanan neonatal esensial (misalnya imunisasi, vitamin K, perawatan tali pusat)
- 4) Memberikan edukasi kepada ibu tentang perawatan bayi dan ASI eksklusif
- 5) Melakukan rujukan bila ditemukan masalah kesehatan

Pelayanan dalam kunjungan neonatal (Permenkes, 2024) meliputi:

- 1) Pemeriksaan fisik bayi secara menyeluruh
- 2) Pemantauan tanda vital (suhu, pernapasan, denyut jantung)
- 3) Penilaian pertumbuhan dan perkembangan awal
- 4) Pemberian imunisasi (seperti Hepatitis B)

- 5) Konseling kepada ibu mengenai perawatan bayi dan pemberian ASI
 - 6) Penanganan atau rujukan kasus neonatal dengan komplikasi
- c. Standar Pelayanan Neonatal

Pelayanan neonatal mencakup pemeriksaan fisik lengkap menggunakan pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). Tenaga kesehatan wajib memeriksa tanda-tanda vital, status gizi melalui berat badan, serta melakukan Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) yang idealnya dilakukan pada usia 48–72 jam untuk mencegah gangguan pertumbuhan dan perkembangan intelektual (WHO, 2023). Pendampingan berkelanjutan selama masa neonatal terbukti secara klinis menurunkan angka kematian bayi (AKB) secara signifikan karena sebagian besar kematian neonatus terjadi pada minggu pertama kehidupan (StatPearls, 2025). Oleh karena itu, kunjungan rumah atau kunjungan ke fasilitas kesehatan menjadi komponen wajib dalam asuhan pascapersalinan (ACOG, 2024).

Standar pelayanan kunjungan neonatal terdapat di dalam Buku KIA. Tertera penatalaksanaan yang harus dilakukan pada setiap kunjungan neonatal baik dari BBL, KN 1, KN 2, maupun KN 3 sesuai dalam gambar sebagai berikut :

Bayi baru lahir 0–28 hari	0 – 6 jam Tgl, bln: Tempat:	KN 1 (6 – 48 jam) Tgl, bln: Tempat:	KN 2 (3–7 hari) Tgl, bln: Tempat:	KN 3 (8–28 hari) Tgl, bln: Tempat:
Perawatan Tali Pusat				
IMD				
Vitamin K1				
Imunisasi Hepatitis B				
Salep/tetes mata antibiotik				
Skrining BBL/SHK				
KIE				
PPIA				

Gambar 2. Standar Pelayanan Kunjungan Neonatal di Buku KIA

- d. Kebutuhan Dasar Neonatal

Kebutuhan dasar neonatus merupakan kebutuhan esensial yang harus dipenuhi sejak bayi lahir hingga usia 28 hari untuk menjamin kelangsungan hidup, pertumbuhan, dan perkembangan yang optimal. Pemenuhan kebutuhan ini sangat penting karena neonatus sedang mengalami proses adaptasi dari kehidupan intrauterin ke ekstrauterin.

Kebutuhan dasar neonatus dapat diklasifikasikan ke dalam tiga aspek utama: kebutuhan fisik-biologis (ASUH), kebutuhan kasih sayang (ASIH), dan kebutuhan stimulasi (ASAH).

1) Kebutuhan Fisik-Biologis (ASUH)

- a) Nutrisi dan ASI Eksklusif: ASI merupakan nutrisi terbaik bagi neonatus karena mengandung kolostrum yang kaya akan antibodi. Pemberian ASI eksklusif sangat ditekankan selama 28 hari pertama untuk mencegah infeksi dan mendukung pertumbuhan sel otak (WHO, 2023).
- b) Termoregulasi (Keseimbangan Suhu): Neonatus sangat rentan terhadap hipotermia. Menjaga kehangatan melalui metode kanguru (kontak kulit ke kulit), penggunaan topi, dan menunda pemandian bayi hingga minimal 24 jam setelah lahir merupakan penatalaksanaan standar (Kemenkes RI, 2022).
- c) Pencegahan Infeksi: Perawatan tali pusat yang bersih dan kering, pemberian salep mata antibiotik, serta imunisasi Hepatitis B (HB-0) merupakan kebutuhan medis dasar untuk melindungi bayi dari kontaminasi lingkungan (Walyani, 2023).
- d) Eliminasi dan Kebersihan Kulit: Pemantauan pengeluaran mekonium dalam 24 jam pertama dan kebersihan perineum sangat penting untuk mencegah ruam popok serta infeksi saluran kemih (StatPearls, 2025).

2) Kebutuhan Kasih Sayang (ASIH)

Ikatan batin antara ibu dan bayi (bonding attachment) dimulai sejak menit pertama kelahiran melalui Inisiasi Menyusu Dini (IMD). Rasa aman dan kasih sayang yang diperoleh dari pelukan serta kontak fisik ibu sangat mempengaruhi stabilitas emosional dan pola tidur bayi (Sumaifa dkk, 2024). Rawat gabung (rooming-in) secara penuh sangat dianjurkan untuk memfasilitasi kebutuhan psikologis ini (WHO, 2023).

3) Kebutuhan Stimulasi (ASAH)

Stimulasi dini diperlukan untuk merangsang perkembangan sinapsis di otak. Bentuk stimulasi pada masa neonatal meliputi rangsangan visual (kontak mata), rangsangan auditori (suara ibu/musik lembut), dan rangsangan taktil (pijat bayi lembut atau sentuhan saat menyusui) (Sumaifa dkk, 2024). Stimulasi yang tepat pada 28 hari pertama kehidupan berkontribusi signifikan terhadap perkembangan kognitif dan motorik di masa depan (ACOG, 2024).

6. Masa Nifas/ Puerperium

a. Definisi

Masa nifas atau puerperium adalah masa yang dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa ini merupakan fase pemulihan fisiologis dan psikologis yang krusial bagi ibu setelah menjalani proses kehamilan dan persalinan.

Berdasarkan standar terbaru dari Kementerian Kesehatan RI (2021/2024) dan WHO, Masa nifas (puerperium) adalah periode setelah persalinan yang dimulai sejak keluarnya plasenta hingga sekitar 6 minggu (± 42 hari), di mana terjadi proses pemulihan organ reproduksi, adaptasi fisiologis dan psikologis, serta kembalinya kondisi tubuh ibu seperti sebelum kehamilan. Selama periode ini, tubuh ibu mengalami proses involusi (pengerutan rahim) dan dimulainya proses laktasi (menyusui).

b. Tujuan Asuhan Masa Nifas / Puerperium

Asuhan masa nifas bertujuan untuk memastikan keselamatan ibu dan bayi serta mendukung proses pemulihan secara optimal, baik secara fisik maupun psikologis serta membantu ibu dan keluarga dalam masa transisi setelah persalinan serta memastikan adaptasi terhadap peran baru sebagai orang tua.

Adapun tujuan dari pemberian asuhan masa nifas adalah :

- 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
- 5) Mendapatkan kesehatan emosional

Kegiatan yang dilakukan pada pelayanan kesehatan ibu nifas antara lain

- 1) Menanyakan kondisi ibu nifas secara umum.
- 2) Melakukan pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu.
- 3) Melakukan pemeriksaan tinggi fundus uteri
- 4) Melakukan pemeriksaan lochea dan perdarahan
- 5) Melakukan pemeriksaan jalan lahir
- 6) Melakukan pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif
- 7) Memberikan kapsul vitamin A
- 8) Memberikan pelayanan kontrasepsi pasca-persalinan
- 9) Melakukan konseling atau pendidikan kesehatan (health education)
- 10) Memberikan nasihat kepada ibu nifas seperti memenuhi kebutuhan nutrisi, menjaga kebersihan diri, mempelajari cara merawat bayi, dll
- 11) Penanganan pada ibu nifas sakit atau risiko tinggi dan atau mengalami komplikasi pada masa nifas

c. Klasifikasi Masa Nifas / *Puerperium*

Masa nifas dibagi menjadi beberapa tahapan berdasarkan waktu pemulihan fisiologis dan risiko klinis yang dihadapi ibu. Klasifikasi ini sangat penting bagi tenaga kesehatan untuk menentukan frekuensi dan jenis intervensi yang diperlukan. Adapun klasifikasi masa nifas / puerperium yaitu :

- 1) *Immediate Puerperium* (Nifas Segera)

Waktunya 0 – 24 jam pertama setelah persalinan. Ini adalah masa yang paling kritis. Fokus utama asuhan adalah pemantauan kontraksi uterus, pengeluaran lokia, dan tanda-tanda vital untuk mencegah perdarahan postpartum dini. Ibu diharapkan sudah bisa melakukan mobilisasi dini (miring kanan-kiri atau duduk).

2) *Early Puerperium* (Nifas Awal)

Waktu: Hari ke-2 hingga hari ke-7 (1 minggu pertama). Pada fase ini, proses involusi uteri (pengerutan rahim) berlangsung cepat. Tenaga kesehatan memastikan rahim mengecil dengan baik, lokia berubah warna menjadi merah kecokelatan (lochia sanguinolenta), dan proses laktasi (ASI) mulai berjalan lancar tanpa infeksi.

3) *Late Puerperium* (Nifas Lanjut)

Waktu: Minggu ke-2 hingga minggu ke-6. Luka jalan lahir biasanya telah sembuh dan rahim berangsur kembali ke ukuran sebelum hamil (sudah tidak teraba di atas simfisis pada akhir minggu kedua). Ibu mulai beradaptasi secara psikologis terhadap peran barunya secara lebih stabil, namun tetap memerlukan pemantauan terhadap depresi pascapersalinan dan konseling keluarga berencana (KB).

4) *Remote Puerperium* (Nifas Jarak Jauh)

Waktu: 6 minggu hingga 3-6 bulan (tergantung literatur). Karakteristik: Waktu yang diperlukan bagi ibu untuk pulih dan sehat sempurna, terutama jika selama hamil atau persalinan terdapat komplikasi seperti anemia berat atau trauma jalan lahir yang luas. Pada fase ini, diharapkan seluruh sistem tubuh (kardiovaskular dan metabolisme) telah kembali normal sepenuhnya.

d. Perubahan Fisiologi Masa Nifas / Puerperium

Masa nifas ditandai dengan proses kembalinya organ-organ reproduksi ke kondisi sebelum hamil (involusi) serta adaptasi sistemik tubuh ibu pascapersalinan. Selama masa ini terjadi berbagai perubahan

fisiologis yang kompleks pada sistem reproduksi dan sistem tubuh lainnya sebagai bentuk adaptasi pascapersalinan (Sari R,2023).

Adapun perubahan fisiologi masa nifas / puerperium antara lain :

1) Sistem Reproduksi

- a) Involusi Uteri: Proses pengerutan rahim akibat kontraksi otot polos uterus. Segera setelah plasenta lahir, fundus uteri berada setinggi pusat (berat ± 1000 g). Pada hari ke-7, fundus berada di pertengahan simfisis-pusat (± 500 g), dan pada minggu ke-6, uterus kembali ke ukuran normal (± 50 g).
- b) Lokia (Lochea): Ekskresi cairan rahim selama masa nifas yang terdiri dari darah, jaringan desidua, dan lendir.
 - (1) Rubra (Hari 1–3): Berwarna merah segar.
 - (2) Sanguinolenta (Hari 4–7): Berwarna merah kecokelatan dan berlendir.
 - (3) Serosa (Hari 8–14): Berwarna kuning kecokelatan.
 - (4) Alba (Setelah hari ke-14): Berwarna putih bening.
- c) Serviks dan Vagina: Serviks menjadi lunak dan tampak memar setelah persalinan. Lubang serviks mengecil perlahan namun tidak akan kembali persis seperti bentuk primigravida. Rugae vagina muncul kembali pada minggu ketiga seiring menurunnya kadar estrogen.

2) Sistem Pencernaan

Ibu sering mengalami konstipasi pada awal nifas. Hal ini disebabkan oleh penurunan tonus otot saluran cerna akibat pengaruh hormon progesteron selama hamil, dehidrasi saat persalinan, serta rasa takut nyeri pada luka jahitan perineum saat Buang Air Besar (BAB).

3) Sistem Perkemihan

Terjadi diuresis postpartum yang signifikan, biasanya antara hari ke-2 dan ke-5, untuk membuang kelebihan cairan plasma yang menumpuk selama hamil. Kandung kemih mungkin mengalami

penurunan sensitivitas akibat trauma persalinan, yang berisiko menyebabkan retensi urine.

4) Sistem Kardiovaskular

Volume darah kembali normal pada minggu ke-2 hingga ke-4 postpartum. Curah jantung tetap tinggi selama 48 jam pertama pascapersalinan karena adanya aliran balik darah dari sirkulasi uteroplasenta ke sirkulasi sistemik ibu, kemudian menurun secara bertahap.

5) Sistem Endokrin dan Laktasi

Kadar estrogen dan progesteron menurun drastis setelah plasenta lahir. Hal ini merangsang kelenjar hipofisis anterior untuk melepaskan hormon prolaktin (untuk produksi ASI) dan hipofisis posterior untuk melepaskan oksitosin (untuk pengeluaran ASI dan kontraksi rahim).

6) Sistem Gastrointestinal

- a) Motilitas usus menurun sementara
- b) Risiko konstipasi meningkat akibat:
 - (1) Nyeri perineum
 - (2) Penurunan aktivitas

7) Sistem Muskuloskeletal

- a) Ligamen dan otot panggul mengalami relaksasi
- b) Secara bertahap kembali normal dalam beberapa minggu
- c) Latihan (senam nifas) membantu pemulihan fungsi otot

8) Sistem Integumen

- a) Perubahan pigmentasi (linea nigra, kloasma) berangsur menghilang
- b) Stretch mark (striae) menjadi lebih pucat

e. Perubahan Psikologi Masa Nifas / Puerperium

Masa nifas merupakan periode transisi kritis yang tidak hanya melibatkan pemulihan fisik, tetapi juga reorganisasi psikologis yang drastis. Perubahan ini dipengaruhi oleh fluktuasi hormon (penurunan

drastis estrogen dan progesteron), kelelahan fisik, serta adaptasi peran baru sebagai orang tua (Hapsari HD dkk, 2024).

1) Fase Adaptasi Psikologis (Revisit Teori Reva Rubin)

Meskipun merupakan teori klasik, literatur terbaru tetap menggunakan fase Rubin sebagai fondasi yang kini dikaitkan dengan dukungan sosial modern (Lowdermilk DL et al, 2023):

- a) Fase Taking In (1–2 hari post partum): Ibu cenderung pasif dan berfokus pada diri sendiri. Fokus utama adalah pemulihan fisik dan pemenuhan kebutuhan dasar (makan dan tidur).
- b) Fase Taking Hold (3–10 hari post partum): Muncul keinginan untuk belajar merawat bayi. Pada fase ini, ibu sangat rentan terhadap kritik dan membutuhkan penguatan positif.
- c) Fase Letting Go: Ibu mulai menerima tanggung jawab penuh dan menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayi serta pelepasan peran lamanya.

2) Gangguan Psikologis Postpartum

Penelitian terbaru menekankan pada spektrum gangguan dari yang ringan hingga berat (Komariah, 2023). :

- a) Postpartum Blues: Terjadi pada 50%–80% ibu nifas. Puncaknya pada hari ke-3 hingga ke-5. Gejalanya meliputi menangis tanpa sebab, iritabilitas, dan kecemasan.
- b) Depresi Postpartum (PPD): Terjadi dalam kurun waktu 12 bulan setelah melahirkan. Studi terkini menyoroti pentingnya skrining dini menggunakan Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).
- c) Psikosis Postpartum: Gangguan berat yang jarang terjadi namun bersifat darurat medis, ditandai dengan halusinasi dan delusi.

3) Faktor Determinan Psikologis

Faktor psikologis masa nifas sangat dipengaruhi oleh (Hapsari HD dkk, 2024) :

- a) Dukungan Sosial: Dukungan suami dan keluarga inti menjadi prediktor utama kesehatan mental ibu.
 - b) Efikasi Diri (Self-Efficacy): Kepercayaan diri ibu dalam menyusui dan merawat bayi secara langsung menurunkan risiko depresi.
 - c) Kualitas Tidur: Gangguan ritme sirkadian akibat pola bangun bayi berhubungan erat dengan peningkatan skor kecemasan.
- f. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas / Puerperium

Kebijakan program nasional masa nifas merupakan serangkaian regulasi, strategi, dan intervensi pemerintah dalam upaya meningkatkan kesehatan ibu dan bayi pada periode pascapersalinan. Kebijakan ini menjadi bagian dari program kesehatan ibu dan anak (KIA) yang bertujuan menurunkan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) (Kemenkes RI, 2024).

Kebijakan Nasional Terkait Masa Nifas di Indonesia antar lain :

1) Program Jaminan Persalinan (Jampersal)

Salah satu kebijakan utama adalah melalui Instruksi Presiden (Inpres) Nomor 5 Tahun 2022 tentang peningkatan akses pelayanan kesehatan ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir.

Tujuan kebijakan:

- a) Meningkatkan akses pelayanan kesehatan maternal dan neonatal
- b) Menjamin pembiayaan bagi ibu tidak mampu
- c) Menurunkan AKI dan AKB

Kebijakan ini menegaskan bahwa pelayanan ibu nifas menjadi bagian integral dari layanan yang dijamin negara, terutama bagi kelompok rentan (INPRES, 2022).

2) Standar Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas

Kementerian Kesehatan menetapkan standar pelayanan masa nifas paling sedikit empat kali melakukan kunjungan pada masa nifas, dengan tujuan untuk:

- a) Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi
- b) Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan-kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya
- c) Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas
- d) Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas maupun bayinya

Pelayanan minimal dilakukan 4 kali kunjungan nifas (Permenkes, 2021), yaitu:

Tabel 6. Waktu dan Bentuk Kunjungan Masa Nifas

Kunj Nifas	Waktu	Asuhan
I	6-48 jam post partum	1. Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri 2. Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut 3. Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri 4. Pemberian ASI awal 5. Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir 6. Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi

			7. Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik
II	3-7 hari post partum		1. Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan 3. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup 4. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan 5. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui 6. Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir
III	8-28 hari post partum		1. Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal

		2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan
		3. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup
		4. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan
		5. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui
		6. Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir

IV	29-42 hari post partum	1. Menanyakan penyulit-penyulit yang di alami ibu selama masa nifas
		2. Memberikan konseling KB secara dini

3) Integrasi dalam Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)

Pelayanan masa nifas merupakan bagian dari continuum of care dalam program KIA, meliputi: kehamilan, persalinan, nifas, neonatal

Pendekatan ini bertujuan memberikan pelayanan berkesinambungan untuk mencegah komplikasi dan meningkatkan kualitas hidup ibu dan bayi.

4) Kebijakan Pencegahan Stunting

Program nasional terbaru menempatkan masa nifas sebagai periode penting dalam pencegahan stunting (Inpres, 2022) melalui:

- a) Promosi ASI eksklusif
- b) Pemantauan tumbuh kembang bayi

c) Edukasi gizi ibu

Pelayanan nifas yang optimal menjadi salah satu intervensi spesifik dalam percepatan penurunan stunting

g. Tanda Bahaya Masa Nifas / Puerperium

Tanda bahaya masa nifas adalah gejala atau kondisi abnormal yang terjadi pada ibu setelah persalinan yang dapat mengindikasikan komplikasi serius dan berpotensi menyebabkan kematian jika tidak segera ditangani. Tanda bahaya ini penting dikenali oleh ibu, keluarga, dan tenaga kesehatan sebagai bagian dari upaya deteksi dini komplikasi postpartum (Simanihuruk R dkk, 2023).

Tanda bahaya mas nifas / puerperium tersebut adalah :

1) Perdarahan Postpartum (Postpartum Hemorrhage)

Perdarahan merupakan tanda bahaya utama pada masa nifas, kriteria perdarahan pada post partum adalah :

- a) Perdarahan banyak (mengganti pembalut >1 kali/jam)
- b) Disertai pusing, lemah, atau jantung berdebar

Perdarahan post partum dapat disebabkan oleh:

- a) Atonia uteri
- b) Sisa plasenta
- c) Laserasi jalan lahir

2) Infeksi Masa Nifas

Infeksi dapat terjadi pada uterus, luka jahitan, atau saluran kemih, Infeksi nifas biasanya disebabkan oleh masuknya mikroorganisme selama persalinan atau masa nifas (Rejeki IS dkk, 2024)

Tanda-tanda infeksi masa nifas antara lain :

- a) Demam $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- b) Lochea berbau busuk
- c) Nyeri perut atau luka jahitan

3) Preeklampsia/Eklampsia Postpartum

Gangguan hipertensi juga dapat muncul setelah persalinan, kondisi ini berisiko menyebabkan kejang dan kematian jika tidak ditangani segera

Gejala:

- a) Sakit kepala hebat
- b) Penglihatan kabur
- c) Nyeri epigastrium
- d) Edema

4) Trombosis dan Emboli

Gangguan pembekuan darah dapat terjadi pada masa nifas, kondisi ini berbahaya karena dapat menyebabkan kematian mendadak

Tanda:

- a) Nyeri dan bengkak pada betis (deep vein thrombosis)
- b) Nyeri dada dan sesak napas (emboli paru)

5) Gangguan Eliminasi (BAK dan BAB)

Masalah pada sistem urinaria dapat menjadi tanda komplikasi, hal ini dapat mengindikasikan infeksi saluran kemih atau gangguan fungsi kandung kemih

Gejala:

- a) Tidak bisa BAK
- b) Nyeri saat BAK
- c) Urin keruh atau berwarna gelap

6) Gangguan Psikologis Berat

Perubahan psikologis yang tidak normal juga termasuk tanda bahaya. Jika berkembang menjadi depresi postpartum, kondisi ini memerlukan penanganan profesional

Gejala:

- a) Sedih berkepanjangan
- b) Kecemasan berat
- c) Gangguan perilaku

7) Nyeri Abdomen atau Nyeri Hebat

Nyeri yang tidak normal dapat menandakan:

- a) Infeksi
- b) Retensi plasenta
- c) Perdarahan internal

h. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

Kebutuhan dasar masa nifas adalah kebutuhan fisiologis dan psikologis yang harus dipenuhi oleh ibu setelah persalinan untuk mendukung proses pemulihan, adaptasi tubuh, serta keberhasilan laktasi. Pemenuhan kebutuhan dasar pada masa nifas sangat berpengaruh terhadap proses penyembuhan, produksi ASI, serta pencegahan komplikasi postpartum (Putri YSAD dkk, 2025).

Jenis - jenis kebutuhan masa nifas, antara lain :

1) Kebutuhan Nutrisi dan Cairan

Nutrisi merupakan kebutuhan utama pada masa nifas.

- a) Ibu membutuhkan makanan bergizi seimbang yang mengandung protein, karbohidrat, lemak, vitamin, dan mineral

Nutrisi berfungsi untuk:

- (1) Mempercepat penyembuhan luka
- (2) Meningkatkan produksi ASI
- (3) Mencegah infeksi dan konstipasi

- b) Ibu nifas memerlukan asupan kalori yang lebih tinggi dibandingkan saat hamil, terutama jika menyusui eksklusif.

(1) Kalori: Tambahan asupan sekitar 500 kkal per hari. Total kebutuhan harian mencapai kurang lebih 2700 kkal.

(2) Cairan: Konsumsi air minimal 3 liter per hari untuk menjaga hidrasi dan kelancaran produksi ASI.

(3) Mikronutrien: Suplementasi Tablet Tambah Darah (TTD) minimal selama 40 hari pascapersalinan dan pemberian 2 kapsul Vitamin A (200.000 IU) untuk meningkatkan kualitas ASI dan daya tahan tubuh ibu.

Selain itu, kualitas makanan lebih penting dibanding jumlahnya, karena kandungan zat gizi berperan dalam pemulihan tubuh ibu.

2) Kebutuhan Istirahat dan Tidur

Istirahat sangat penting untuk pemulihan fisik dan mental ibu, kurang istirahat dapat menyebabkan depresi postpartum (postpartum blues) dan penurunan produksi ASI, kelelahan, gangguan emosional (Putri YSAD, 2025).

Pola Tidur: Ibu dianjurkan tidur minimal 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari, dengan cara menyarankan ibu untuk beristirahat saat bayi sedang tidur guna mengompensasi waktu tidur yang terganggu di malam hari.

3) Kebutuhan *Personal Hygiene* (Kebersihan Diri)

Kebersihan diri penting untuk mencegah infeksi infeksi *puerperalis*.

Meliputi:

- a) Kebersihan payudara
- b) Kebersihan tubuh
- c) Vulva Hygiene: Membersihkan area kemaluan dari arah depan ke belakang (vulva ke anus) setiap kali setelah BAK/BAB menggunakan air bersih.
- d) Pembalut: Mengganti pembalut minimal 3–4 kali sehari atau setiap kali terasa lembap/penuh.
- e) Perawatan Luka: Jika terdapat jahitan perineum, area tersebut harus dijaga tetap kering dan bersih.

4) Kebutuhan *Eliminasi* (BAK dan BAB)

Eliminasi normal penting untuk menjaga fungsi tubuh.

- a) BAK (Miksi): Ibu diharapkan sudah buang air kecil dalam 6–8 jam pertama. Jika kandung kemih penuh namun ibu tidak bisa BAK, hal ini dapat menghambat kontraksi rahim dan memicu perdarahan.

- b) BAB (Defekasi): BAB biasanya terjadi dalam 2–3 hari pertama. Diet tinggi serat dan hidrasi yang cukup sangat penting untuk mencegah konstipasi.

Konstipasi sering terjadi akibat:

- (1) Kurang aktivitas
- (2) Nyeri perineum
- (3) Pemenuhan kebutuhan cairan dan serat sangat membantu mengatasi masalah ini.

5) Kebutuhan Aktivitas dan Mobilisasi

Mobilisasi dini dianjurkan untuk:

- a) Mencegah trombosis
- b) Melancarkan sirkulasi darah
- c) Mempercepat involusi uterus

Mobilisasi dini dilakukan secara bertahap untuk meningkatkan sirkulasi darah dan mencegah risiko trombosis.

- a) Tahapan: Dimulai dengan miring kanan-kiri setelah 6–8 jam, dilanjutkan dengan belajar duduk, berdiri, hingga berjalan secara perlahan.
- b) Manfaat: Mempercepat involusi uterus (pengecilan rahim) dan fungsi organ pencernaan serta perkemihan.

Kebutuhan aktivitas merupakan salah satu komponen penting dalam pemulihan ibu nifas, seperti senam nifas. Latihan fisik ringan yang bertujuan untuk mengencangkan otot-otot perut, liang senggama, dan otot dasar panggul. Senam ini biasanya dapat dimulai setelah 24 jam pascapersalinan normal, asalkan kondisi ibu stabil.

6) Kebutuhan Laktasi dan Menyusui

Masa nifas merupakan awal proses laktasi. Pemberian ASI eksklusif sangat dianjurkan untuk kesehatan ibu dan bayi. Menyusui membantu produksi ASI (prolaktin) dan kontraksi uterus (oksitosin) (Kasmiati K. 2023)

7) Kebutuhan Seksual dan Keluarga Berencana

Aktivitas seksual dapat dilakukan setelah:

- a) Luka sembuh
- b) Perdarahan berhenti

Selain itu, penting untuk:

- a) Konseling KB pasca persalinan
- b) Pencegahan kehamilan terlalu dini

8) Kebutuhan Psikologis dan Dukungan Sosial

Ibu nifas membutuhkan:

- a) Dukungan suami dan keluarga
- b) Adaptasi terhadap peran baru

Kurangnya dukungan dapat memperlambat pemulihan dan meningkatkan risiko gangguan psikologis.

7. Keluarga Berencana (KB)

a. Definisi

Menurut Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (yang mencabut dan memperbarui regulasi sebelumnya), Keluarga Berencana didefinisikan sebagai upaya mengatur kelahiran anak, jarak, dan usia ideal melahirkan, serta mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas.

BKKBN (2021) mendefinisikan KB sebagai upaya kolektif untuk merencanakan keluarga dengan maksud agar setiap kehamilan yang terjadi merupakan kehamilan yang diinginkan (*wanted pregnancy*). Hal ini dicapai dengan:

- 1) Mengatur jarak kelahiran minimal 3 tahun.
- 2) Menghindari kehamilan pada usia terlalu muda (<20 tahun) atau terlalu tua (>35 tahun).
- 3) Membatasi jumlah anak agar kesejahteraan ekonomi dan pendidikan keluarga terjaga.

World Health Organization (2023) menyatakan bahwa Keluarga Berencana memungkinkan pasangan dan individu untuk memutuskan secara bebas dan bertanggung jawab mengenai jumlah dan jarak kelahiran anak mereka. Hal ini dilakukan melalui penggunaan metode kontrasepsi dan perawatan infertilitas. KB dianggap sebagai intervensi kesehatan primer yang mampu menurunkan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB).

b. Sasaran Program KB

Sasaran keluarga berencana adalah kelompok individu atau populasi yang menjadi target utama dalam pelaksanaan program KB untuk mencapai tujuan pengendalian kelahiran, peningkatan kesehatan reproduksi, dan kesejahteraan keluarga.

Sasaran utama program Keluarga Berencana (KB) adalah :

1) Pasangan Usia Subur (PUS)

Pasangan Usia Subur (PUS), yaitu pasangan yang istrinya berusia antara 15–49 tahun. Prioritas diberikan pada PUS dengan kondisi *Unmet Need* (ingin menunda atau berhenti punya anak tetapi belum memakai kontrasepsi), serta remaja (ASFR 15-19 tahun) untuk mencegah pernikahan dini.

2) Wanita Usia Subur (WUS)

Wanita usia subur dengan rentang usia secara umum 15–49 tahun, tanpa memandang status pernikahan (baik belum menikah, menikah, maupun janda) (WHO, 2024). merupakan kelompok prioritas dalam pelayanan KB (Karmina. 2025).

- a) Menjadi pengguna utama alat kontrasepsi
- b) Memerlukan edukasi tentang kesehatan reproduksi
- c) Berperan dalam pengambilan keputusan terkait kehamilan

Beberapa program KB difokuskan pada WUS melalui penyuluhan dan pelayanan kontrasepsi di fasilitas kesehatan .

3) Pria (Suami)

Dalam perkembangan kebijakan terbaru, pria juga menjadi sasaran penting (Elfian I.2024).

- a) Partisipasi pria dalam KB masih rendah
- b) Diperlukan peningkatan edukasi dan keterlibatan

Penelitian menunjukkan bahwa partisipasi pria dalam KB di Indonesia masih rendah dan perlu ditingkatkan untuk keberhasilan program secara menyeluruh

4) Ibu Postpartum dan Pasca Keguguran

Ibu setelah melahirkan atau keguguran merupakan sasaran penting dalam KB.

- a) Pencegahan kehamilan terlalu cepat
- b) Pengaturan jarak kehamilan
- c) Konseling KB pasca persalinan

Kelompok ini memiliki risiko tinggi jika tidak mendapatkan pelayanan KB yang tepat.

Sasaran Program KB Berdasarkan Pendekatan Program, antara lain :

1) Sasaran Langsung

- a) Pasangan usia subur
- b) Wanita usia subur
- c) Akseptor KB (pengguna kontrasepsi)

2) Sasaran Tidak Langsung

- a) Keluarga
- b) Masyarakat
- c) Tokoh masyarakat dan kader kesehatan

Sasaran tidak langsung berperan dalam mendukung keberhasilan program melalui edukasi dan perubahan perilaku.

c. Fase dalam Penggunaan Kontrasepsi pada Program KB

Fase dalam penggunaan kontrasepsi adalah tahapan penggunaan metode KB yang disesuaikan dengan kondisi reproduksi,

usia, serta tujuan pasangan usia subur (PUS), baik untuk menunda, menjarangkan, maupun menghentikan kehamilan.

Hal. Ini bertujuan agar pemilihan metode kontrasepsi lebih efektif, aman, dan sesuai kebutuhan reproduksi setiap pasangan, serta untuk menurunkan AKI, AKB dan memastikan kesejahteraan keluarga.

Adapun jenis - jenis fase dalam penggunaan kontrasepsi yaitu :

1) Fase Menunda Kehamilan

Fase ini ditujukan bagi pasangan muda yang baru menikah namun belum siap secara psikologis atau ekonomi, atau wanita yang berusia di bawah 20 tahun.

- a) Prioritas: Penggunaan alat kontrasepsi dengan tingkat reversibilitas (kesuburan kembali) yang tinggi.
- b) Pilihan Kontrasepsi: Pil KB, kondom, IUD (mini) atau suntikan 1 bulan. Hal ini dikarenakan pasangan pada fase ini biasanya ingin segera hamil setelah penggunaan kontrasepsi dihentikan.
- c) Karakteristik kontrasepsi:
 - (1) Reversibilitas tinggi (kesuburan cepat kembali)
 - (2) Efektivitas tinggi

2) Fase Menjarangkan Kehamilan (Spacing)

Fase ini terjadi setelah pasangan memiliki anak pertama. Fokus utama adalah memberikan jarak antar kelahiran yang ideal, yakni 3 hingga 5 tahun.

- a) Prioritas: Alat kontrasepsi yang efektif dan memiliki jangka waktu pemakaian menengah hingga panjang.
- b) Pilihan Kontrasepsi: IUD (Spiral), Implan, atau Suntikan 3 bulan. Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) sangat disarankan pada fase ini untuk menghindari kelalaian penggunaan (seperti lupa minum pil).

- c) Manfaat: Menjamin kesehatan ibu pulih sepenuhnya dan memberikan kesempatan anak pertama mendapatkan ASI eksklusif serta kasih sayang yang optimal untuk mencegah *stunting*.

3) Fase Mengakhiri Kesuburan (Limiting)

Fase ini ditujukan bagi pasangan yang sudah memiliki jumlah anak cukup (ideal 2 anak) dan usia istri sudah mencapai 35 tahun ke atas.

- a) Prioritas: Kontrasepsi yang sangat efektif dan bersifat permanen atau jangka panjang.
- b) Pilihan Kontrasepsi: Medis Operatif Wanita (MOW/Tubektomi), Medis Operatif Pria (MOP/Vasektomi), atau IUD/Implan bagi yang tidak bersedia melakukan pembedahan.

Kehamilan di atas usia 35 tahun termasuk dalam kategori risiko tinggi (4 Terlalu: Terlalu Tua), yang membahayakan keselamatan jiwa ibu dan potensi cacat bawaan pada bayi.

4) Fase Penggunaan Kontrasepsi Berdasarkan Waktu (Khusus Postpartum)

- a) Immediate Postpartum

0–48 jam setelah melahirkan, dapat langsung menggunakan IUD atau implan

- b) Early Postpartum

48 jam – 6 minggu setelah persalinan. Pemilihan metode harus mempertimbangkan kondisi ibu dan menyusui

KB pasca persalinan bertujuan mencegah kehamilan terlalu cepat dan memberi waktu pemulihan bagi ibu.

d. Jenis-jenis Metode KB

Metode kontrasepsi adalah cara atau alat yang digunakan untuk mencegah kehamilan dengan menghambat ovulasi, fertilisasi, atau implantasi. Penggunaan kontrasepsi merupakan bagian utama dalam

program keluarga berencana untuk mengatur jumlah dan jarak kelahiran. Menurut World Health Organization tahun 2025 menyebutkan bahwa terdapat berbagai metode kontrasepsi yang dapat dibagi menjadi metode sementara (reversibel) dan permanen, dengan efektivitas dan karakteristik yang berbeda-beda

Klasifikasi metode kontrasepsi (KB) antara lain :

1) Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP)

MKJP adalah metode kontrasepsi yang sangat efektif karena tidak memerlukan kepatuhan harian atau bulanan dari penggunaannya. Metode ini menjadi prioritas utama pemerintah untuk menekan angka unmet need.

- a) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR/IUD): Alat kecil berbahan plastik (biasanya berbentuk T) yang dimasukkan ke dalam rahim. Ada jenis non-hormonal (tembaga) yang bertahan hingga 8–10 tahun dan jenis hormonal (LNG-IUD) yang bertahan 3–5 tahun.
- b) Implan (Susuk): Batang kecil berisi hormon progestin yang disusupkan di bawah kulit lengan atas. Efektif mencegah kehamilan selama 3 tahun
- c) Kontrasepsi Mantap (Kontap): Bersifat permanen. Terdiri dari MOW (Medis Operatif Wanita/Tubektomi) melalui pengikatan saluran telur, dan MOP (Medis Operatif Pria/Vasektomi) melalui pengikatan saluran sperma.

2) Metode Kontrasepsi Non-MKJP (Jangka Pendek)

Metode ini memiliki tingkat kegagalan yang lebih tinggi jika pengguna tidak disiplin atau lalai dalam jadwal penggunaannya.

- a) Suntikan KB: Terdapat jenis suntikan 1 bulan (kombinasi hormon) dan 3 bulan (hanya progestin). Suntikan 3 bulan umumnya aman bagi ibu menyusui karena tidak mengganggu produksi ASI.

- b) Pil KB: Terdiri dari Pil Kombinasi dan Mini-pill (hanya progestin). Memerlukan kedisiplinan tinggi untuk diminum pada jam yang sama setiap hari.
- c) Kondom: Satu-satunya metode yang memberikan perlindungan ganda (dual protection), yakni mencegah kehamilan sekaligus mencegah Infeksi Menular Seksual (IMS).

3) Metode Alamiah

- a) Metode Amenore Laktasi (MAL): Kontrasepsi alami yang mengandalkan pemberian ASI eksklusif secara penuh. Efektif hanya selama 6 bulan pertama setelah melahirkan, sebelum ibu mendapat haid kembali.
- b) Metode Kalender/Suhu Basal: Mengandalkan pemahaman siklus masa subur, namun memiliki tingkat kegagalan yang cukup tinggi.

8. Kewenangan Bidan

Kewenangan bidan adalah hak dan tanggung jawab profesional yang dimiliki bidan untuk melakukan praktik kebidanan sesuai dengan kompetensi, standar profesi, serta peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Menurut Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan, bidan merupakan tenaga kesehatan yang memiliki kewenangan memberikan pelayanan kesehatan ibu, anak, serta kesehatan reproduksi perempuan berdasarkan kompetensinya

a. Landasan Hukum Kewenangan Bidan

Kewenangan bidan di Indonesia diatur dalam beberapa regulasi, antara lain:

- 1) Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan
- 2) Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan
- 3) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017
- 4) Peraturan Menteri PANRB Nomor 36 Tahun 2019

Regulasi tersebut menegaskan bahwa praktik bidan harus sesuai dengan kompetensi, standar profesi, dan kewenangan yang diberikan oleh pemerintah (Kemenkes RI 2017).

b. Lingkup Kewenangan Asuhan Nifas

Bidan memiliki wewenang penuh untuk memberikan asuhan kebidanan pada masa nifas normal, yang meliputi:

1) Standar Kunjungan Masa Nifas (KF)

Berdasarkan standar terbaru, bidan berwenang dan wajib melaksanakan kunjungan minimal 4 kali selama masa nifas:

- a) KF 1: 6 jam – 2 hari setelah persalinan.
- b) KF 2: 3 – 7 hari setelah persalinan.
- c) KF 3: 8 – 28 hari setelah persalinan.
- d) KF 4: 29 – 42 hari setelah persalinan.

2) Pemberian Edukasi dan Konseling (KIE)

- a) Edukasi perawatan diri ibu nifas
- b) Konseling menyusui (ASI eksklusif)
- c) Konseling keluarga berencana

Bidan memiliki peran penting dalam memberikan komunikasi, informasi, dan edukasi kepada ibu dan keluarga

3) Pemantauan Kondisi Ibu Nifas

- a) Pemantauan Involusi Uterus: Memastikan proses kembalinya rahim ke ukuran semula berjalan normal dan memantau pengeluaran lochia (darah nifas).
- b) Promosi Kesehatan dan Konseling: Memberikan edukasi mengenai pemberian ASI eksklusif, nutrisi, teknik menyusui yang benar, serta tanda bahaya masa nifas.
- c) Pemberian Suplementasi: Berwenang memberikan Vitamin A (200.000 IU) dan Tablet Tambah Darah (TTD) untuk mencegah anemia postpartum.

- d) Pelayanan Kontrasepsi: Memberikan konseling dan pelayanan Keluarga Berencana (KB) pascapersalinan sebagai bagian dari asuhan nifas yang terintegrasi.

4) Skrining dan Deteksi Dini Komplikasi

- a) Kewenangan bidan mencakup identifikasi dini terhadap penyimpangan masa nifas. Bidan wajib melakukan skrining terhadap:
- b) Komplikasi Fisik: Perdarahan postpartum sekunder, infeksi masa nifas (sepsis puerperalis), dan gangguan laktasi (mastitis).
- c) Komplikasi Psikologis: Melakukan deteksi dini terhadap gangguan psikologis seperti postpartum blues, depresi pascapersalinan, hingga psikosis nifas.

5) Kewenangan dalam Kondisi Kegawatdaruratan

Dalam situasi darurat sebelum rujukan dapat dilakukan, bidan memiliki kewenangan untuk:

- a) Melakukan tindakan awal sesuai standar operasional prosedur (SOP), seperti pemberian uterotonika pada perdarahan atau stabilisasi pasien.
- b) Rujukan Terencana: Bidan wajib melakukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi apabila ditemukan komplikasi yang berada di luar batas kewenangan asuhan normal.

6) Pelayanan Kolaboratif

Pada kasus patologis atau komplikasi, bidan:

- a) Bekerja sama dengan dokter
- b) Memberikan asuhan kolaboratif

Hal ini sesuai dengan prinsip kewenangan berbasis kompetensi dan batasan praktik

9. Asuhan SOAP

Asuhan SOAP meliputi data Subjektif, Objektif, Analisa dan Penatalaksanaan merupakan metode yang digunakan dalam melakukan

pengkajian dan penatalaksanaan pada pasien. Hal yang perlu dikaji dan tujuan dari pengkajian dijelaskan sebagai berikut :

a. Identitas

- 1) Nama : Mengetahui nama pasien berguna untuk memperlancar komunikasi dalam asuhan sehingga tidak terlihat kaku dan lebih akrab
- 2) Umur : Umur perlu dikaji guna mengetahui umur pasien yang akan diberikan asuhan
- 3) Agama : Untuk mengetahui keyakinan serta cara pandang yang dianutnya
- 4) Pendidikan : Menanyakan pendidikan tertinggi yang klien tamatkan. Informasi ini membantu klinis memahami klien sebagai individu dan memberi gambaran pengetahuan klien
- 5) Suku/ Bangsa : Untuk mengetahui sosial budaya dan adat istiadat
untuk memperoleh gambaran tentang budaya yang dianut pasien apakah bertentangan atau mendukung pola – pola Kesehatan
- 6) Pekerjaan : Untuk mengetahui apakah pasien berada dalam keadaan masih sekolah, bekerja, dan status ekonomi keluarga
- 7) Alamat : Untuk mengetahui daerah lingkungan tempat tinggal, karena lingkungan sangat berpengaruh terhadap kesehatan pasien

b. Data Subjektif

- 1) Keluhan utama : Dikaji untuk mengetahui apa keluhan atau masalah kesehatan pasien, dan sejak kapan hal tersebut dikeluhkan pasien

- 2) Riwayat pernikahan : Untuk mengetahui umur pasien pada pernikahan pertama dan jumlah pernikahan serta lama pernikahan
- 3) Riwayat menstruasi : Untuk mengetahui permasalahan kesehatan pasien ditinjau dari riwayat menstruasi meliputi usia menarche, siklus, lamanya, dan volume serta keluhan saat menstruasi
- 4) Riwayat kehamilan persalinan, nifas yang lalu : Untuk mengetahui riwayat antenatal ibu pada kehamilan sebelumnya dan riwayat intranatal sebelumnya
- 5) Riwayat kontrasepsi : Untuk mengetahui penggunaan kontrasepsi yang pernah digunakan oleh pasien
- 6) Riwayat kesehatan : Data dari riwayat kesehatan ini dapat kita gunakan sebagai penanda (warning akan adanya penyulit). Riwayat Kesehatan ini meliputi riwayat kesehatan pasien sekarang dan terdahulu, dan riwayat kesehatan keluarga
- 7) Pola pemenuhan nutrisi : Data ini penting untuk diketahui agar bisa mendapatkan bagaimana pasien mencukupi asupan gizinya
- 8) Pola Eliminasi : Dikaji meliputi pola BAB dan BAK meliputi frekuensi, jenis, warna dan keluhan
- 9) Aktivitas : Data ini memberikan gambaran tentang seberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan pasien di rumah
- 10) Istirahat : Jadwal istirahat perlu diperhatikan karena istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani
- 11) *Personal hygiene* : Kebersihan jasmani sangat penting karena saat remaja banyak berkeringat terutama di daerah lipatan kulit. Mandi 2- 3x sehari membantu kebersihan badan dan mengurangi infeksi. Pakaian sebaiknya dari bahan yang dapat

menyerap keringat, sehingga badan selalu kering terutama di daerah lipatan kulit

- 12) Riwayat psikososial : Untuk mengetahui apakah kehamilan ini direncanakan atau tidak, pengetahuan ibu tentang kehamilan, persiapan dan rencana persalinan pada kehamilan ini

c. Data Objektif

- 1) Pemeriksaan umum meliputi keadaan umum, tanda vital, pemeriksaan antropometri
- 2) Pemeriksaan fisik *head to toe* termasuk pemeriksaan abdomen yang meliputi pemeriksaan inspeksi, palpasi dan auskultasi
- 3) Pemeriksaan penunjang yang meliputi pemeriksaan laboratorium sederhana, pemeriksaan USG oleh dokter spesialis kandungan, atau pemeriksaan dalam pada saat persalinan

d. Analisa

Analisa dapat ditegakkan dari hasil pengkajian data subjektif dan data objektif. Pada bagian analisa dijelaskan diagnosa pada pasien, diagnosa potensial, kebutuhan serta rencana tindakan/ penatalaksanaan.

e. Penatalaksanaan

Pelaksanaan asuhan yang dilakukan sesuai dengan apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi pasien atau dari setiap masalah yang berkaitan, dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut, apa yang akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk dan berkolaborasi dengan tenaga medis yang lain bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan keluhan pasien yang dialami. Dengan kata lain, asuhan terhadap pasien tersebut harus mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan kesehatan.

f. Evaluasi

Evaluasi dilakukan untuk mengkaji keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan dan mengetahui sejauh mana keberhasilan asuhan

yang diberikan kepada pasien, mengacu kepada tujuan asuhan kebidanan, efektivitas tindakan untuk mengatasi masalah dan hasil asuhan.

10. Rangkuman Jurnal

Tabel. 7 Rangkuman Jurnal

No	Peneliti, Tahun, Judul	Metode	Hasil
1	Melati Nur Arummega, dkk, 2022, Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Nyeri Punggung Ibu Hamil Trimester III : Literatur Review	<i>Literatur review</i>	Dari 9 artikel nasional dan 15 internasional, diketahui faktor yang mempengaruhi nyeri punggung pada ibu hamil trimester III diklasifikasikan dari usia kehamilan, umur, paritas, aktivitas sehari-hari yang berpengaruh terhadap nyeri punggung dan <i>body relaxation</i> dapat mengurangi nyeri punggung
2	Güngör, E., Karakuzu Güngör, Z. Nyeri punggung bawah terkait obstetri: pengaruh jumlah kehamilan terhadap perkembangan nyeri punggung bawah kronis, memburuknya degenerasi diskus	Metode crossecti onal	Nyeri punggung bawah kronis secara signifikan lebih parah dan dikaitkan dengan lebih banyak disabilitas pada pasien dengan lebih dari lima kehamilan sebelumnya. Perubahan degeneratif MRI juga secara signifikan lebih tinggi pada kelompok multipara tingkat tinggi ini.

	lumbal dan perubahan keseimbangan sagital lumbal. J Orthop Surg Res 19 , 174 (2024).		
3	Maghfiroh, 2021, Metode Penatalaksanaan Odema Ekstremitas Bawah Pada Ibu Postpartum Fisiologis Hari ke 1-3 di BPM Mutmainah S.ST, Bd,SE Kecamatan Tanjung Bumi Bangkalan	Metode kualitatif dengan pendekatan an studi kasus	Proses penyembuhan kaki bengkak dengan pemberian kompres hangat dan kaki ditinggikan sama-sama efektif
4	Dyah Ayu Lestari & Nikmatul Khayati, 2023, Pemberian Kompres Hangat Basah Dapat Mengurangi Pembengkakan Payudara Pada Masa Laktasi	Metode deskriptif dengan pendekatan an studi kasu	Penerapan kompres hangat mampu menurunkan pembengkakan payudara pada pasien post partum SC. Kompres hangat akan memberi efek vasodilatasi otot polos pada pembuluh darah. Efek vasodilatasi pembuluh darah akan meningkatkan suplai hormon oksitosin pada payudara, nyeri payudara menurun,

		kenyamanan dalam menyusui meningkat, sehingga menyusui lebih sering dan bendungan ASI menurun
5	Loretta Anderson, <i>Systematic review of Effectiveness of breast massage for the treatment of women with breastfeeding problems : a systematic review</i>	Semua penelitian yang dikaji, melaporkan penurunan rasa sakit terlepas dari teknik pijat payudara yang digunakan. Secara keseluruhan, berbagai jenis pijat payudara bermanfaat dalam mengurangi rasa sakit dan mengatasi gejala