

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

1. Asuhan Kehamilan (ANC)

ANC Kunjungan 1

Pada tanggal 30 Maret 2026 dilakukan kunjungan ANC di wilayah kerja Puskesmas Jetis Kota Yogyakarta pada Ny. R usia 29 tahun G1P0Ab0Ah0 usia kehamilan 36 Minggu 1 Hari dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK). Data subjektif menunjukkan ibu mengatakan tidak memiliki keluhan utama, namun masih merasakan nyeri pada area punggung belakang dan sesak napas ringan. Ibu mengatakan bahwa pemeriksaan terakhir di dokter spesialis obstetri dan ginekologi satu hari sebelumnya menunjukkan kondisi ibu dan janin dalam keadaan baik. Kehamilan ini merupakan kehamilan pertama yang sangat diharapkan oleh ibu dan keluarga. Selama kehamilan, ibu pernah mengalami mual, muntah, dan pusing pada trimester pertama yang telah teratasi, tidak ada keluhan pada trimester kedua, serta nyeri punggung pada trimester ketiga. Ibu juga mengatakan pergerakan janin masih aktif dirasakan sekitar 10 kali dalam 12 jam terakhir.

Data objektif menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis. Hasil pemeriksaan tanda vital didapatkan tekanan darah 105/75 mmHg, nadi 82 kali/menit, respirasi 20 kali/menit, suhu 36,7°C, dan saturasi oksigen 98%. Tinggi badan ibu 145 cm dengan berat badan sebelum hamil 34 kg dan berat badan saat pemeriksaan 43,5 kg sehingga terjadi kenaikan berat badan sebanyak 9,5 kg. Hasil perhitungan indeks massa tubuh (IMT) sebelum hamil sebesar 16,17 yang menunjukkan status gizi kurang, dengan lingkaran lengan atas (LILA) 22 cm sehingga ibu termasuk dalam kategori KEK. Pemeriksaan fisik secara umum dalam batas normal, konjungtiva tampak merah muda dan tidak ditemukan edema pada ekstremitas.

Pemeriksaan obstetri menunjukkan tinggi *fundus* uteri (TFU) 29 cm. Pada palpasi Leopold didapatkan letak janin memanjang dengan presentasi kepala, punggung berada di sisi kiri ibu, dan kepala janin sudah masuk pintu atas panggul. Denyut jantung janin terdengar jelas pada kuadran kanan bawah *abdomen* dengan frekuensi 145 kali/menit. Tafsiran berat janin berdasarkan rumus McDonald sebesar 2.790 gram. Hasil pemeriksaan USG trimester III tanggal 30 Maret 2026 menunjukkan janin tunggal hidup intrauterin, presentasi kepala, plasenta berada di corpus dan tidak menutupi jalan lahir, jumlah air ketuban cukup, DJJ 150 kali/menit, serta tafsiran berat janin 2.777 gram.

Pemeriksaan laboratorium selama kehamilan menunjukkan hasil HBsAg negatif, HIV non reaktif, sifilis non reaktif, dan protein urine negatif. Kadar hemoglobin pada trimester pertama sebesar 13,2 gr/dL, trimester kedua 11,6 gr/dL, dan pada usia kehamilan 34 minggu sebesar 10,4 gr/dL yang menunjukkan anemia ringan dalam kehamilan.

Analisa yang ditegakkan yaitu Ny. R usia 29 tahun G1P0Ab0Ah0 usia kehamilan 36 Minggu 1 Hari dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK). Masalah yang ditemukan adalah ibu mengalami ketidaknyamanan trimester III berupa nyeri punggung dan sesak napas ringan. Selain itu, status gizi ibu yang kurang sebelum hamil ditandai dengan IMT 16,17 dan LILA 22 cm sehingga memerlukan pemantauan pertumbuhan janin dan pemenuhan kebutuhan nutrisi selama kehamilan.

Penatalaksanaan yang diberikan yaitu menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa kondisi ibu dan janin saat ini dalam keadaan baik. Mahasiswa memberikan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) memberikan informasi tentang faktor risiko kehamilan yang terkait dengan Kekurangan Energi Kronik (KEK) serta memberikan pengetahuan cara mengatasi nyeri punggung dan sesak napas pada trimester III, tanda bahaya kehamilan trimester III, kebutuhan nutrisi seimbang terutama pada ibu dengan KEK, serta pentingnya konsumsi tablet tambah darah dan suplemen kalsium secara

teratur. Selain itu, diberikan edukasi mengenai persiapan persalinan (P4K), tanda-tanda persalinan, persiapan perlengkapan ibu dan bayi, serta dukungan keluarga dalam menghadapi persalinan, KIE dukungan emosional dan psikologis selama kehamilan. Ibu diberikan suplemen ferrous fumarate dan calcium lactate serta dianjurkan melakukan kontrol ulang sesuai jadwal atau segera datang ke fasilitas kesehatan apabila terdapat keluhan maupun tanda bahaya kehamilan.

ANC Kunjungan 2

Pada tanggal 27 April 2026 dilakukan kunjungan ANC ulang pada Ny. R usia 29 tahun G1P0Ab0Ah0 usia kehamilan 40 minggu 1 hari di Puskesmas Jetis Kota Yogyakarta. Data subjektif menunjukkan ibu mengatakan tidak ada keluhan. Ibu mengatakan perut terasa kencang-kencang namun masih jarang dan belum teratur. Ibu juga menyampaikan bahwa pada tanggal 20 April 2026 telah melakukan pemeriksaan USG di Klinik Kurnia dan mendapatkan rujukan ke puskesmas untuk dilakukan rujukan ke rumah sakit karena tafsiran berat badan janin sebesar 2.480 gram. Setelah dilakukan pemeriksaan di Puskesmas Jetis, didapatkan tafsiran berat badan janin di atas 2.500 gram, namun jumlah air ketuban sudah mulai menipis sehingga ibu dirujuk ke RS DKT. Hasil konsultasi dengan dokter spesialis di RS DKT menyarankan observasi selama tiga hari sambil menunggu munculnya kontraksi yang lebih kuat dan tanda-tanda persalinan lainnya. Apabila dalam tiga hari tidak terjadi kemajuan persalinan, maka direncanakan tindakan induksi.

Data objektif menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis. Hasil pemeriksaan tanda vital didapatkan tekanan darah 110/72 mmHg, nadi 90 kali/menit, respirasi 20 kali/menit, suhu 35,6°C, dan saturasi oksigen 98%. Berat badan ibu saat ini 45 kg. Pemeriksaan Leopold menunjukkan usia kehamilan 40 minggu 1 hari dengan TFU 29 cm, letak janin memanjang, presentasi kepala, kepala

sudah masuk panggul, denyut jantung janin 146 kali/menit, dan tafsiran berat janin sebesar 2.790 gram. Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan kadar hemoglobin 11,5 gr/dL.

Analisa yang ditegakkan yaitu Ny. R usia 29 tahun G1P0Ab0Ah0 usia kehamilan 40 minggu 1 hari dengan kehamilan aterm dan riwayat KEK. Kondisi ibu dan janin saat ini dalam keadaan baik, namun terdapat faktor risiko berupa usia kehamilan yang telah memasuki masa aterm dengan kondisi air ketuban yang mulai menipis sehingga memerlukan pemantauan ketat dan tindak lanjut sesuai anjuran dokter spesialis.

Penatalaksanaan yang diberikan yaitu menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa kondisi ibu dan janin masih dalam batas normal, namun perlu dilakukan observasi lebih lanjut terkait kondisi air ketuban. Mahasiswa memberikan edukasi mengenai tanda-tanda persalinan, tanda bahaya kehamilan trimester III, pentingnya pemantauan gerakan janin, pola makan bergizi seimbang, serta kesiapan persalinan dan rujukan. Selain itu, diberikan dukungan psikologis kepada ibu dan keluarga agar tetap tenang menghadapi proses persalinan. Ibu dianjurkan segera menuju fasilitas kesehatan apabila muncul kontraksi teratur, ketuban pecah, perdarahan, atau terjadi penurunan gerakan janin serta mengikuti seluruh anjuran yang diberikan oleh tenaga kesehatan dan dokter spesialis yang merawat.

2. Asuhan Persalinan

Persalinan Kunjungan 1 (Sebelum Bersalin)

Pada tanggal 29 April 2026 pukul 02.50 WIB Ny. R mengabari melalui Whatsapp bahwa dirinya sudah berada di RS dr. Soetarto DKT Yogyakarta dengan keluhan perut kencang-kencang sejak tanggal 28 April 2026 pukul 18.00 WIB dan keluar air ketuban sejak tanggal 29 April 2026 pukul 01.00 WIB. Data subjektif menunjukkan ibu mengatakan kontraksi semakin sering dirasakan dan ketuban telah pecah

sebelum proses persalinan berlangsung. Ibu mengatakan gerakan janin masih aktif dirasakan. Kehamilan saat ini merupakan kehamilan pertama yang telah mencapai usia kehamilan 40 minggu 3 hari. Berdasarkan hasil evaluasi dokter, ibu direncanakan menjalani persalinan secara *Sectio Caesarea* (SC) pada pukul 15.30 WIB karena kondisi *Oligohidramnion* dan belum terdapat kemajuan pembukaan serviks.

Data objektif menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran *compos mentis*. Hasil pemeriksaan tanda vital didapatkan tekanan darah 115/72 mmHg, nadi 88 kali/menit, respirasi 20 kali/menit, dan suhu 36,3°C. Tinggi badan ibu 145 cm, berat badan sebelum hamil 34 kg, berat badan saat ini 45,5 kg, lingkar lengan atas (LILA) 22 cm, dan IMT sebelum hamil 16,17 yang menunjukkan status gizi kurang (KEK). Pemeriksaan Leopold menunjukkan janin tunggal hidup intrauterin dengan letak memanjang, presentasi kepala, punggung berada di sisi kanan ibu, dan kepala janin sudah masuk panggul. Tinggi *fundus* uteri 29 cm dengan tafsiran berat janin 2.790 gram. Kontraksi *uterus* terjadi 3 kali dalam 10 menit dengan durasi 30 detik. Denyut jantung janin terdengar jelas dengan frekuensi 139 kali/menit dan irama teratur. Pemeriksaan dalam menunjukkan portio lunak, pembukaan serviks 0 cm, ketuban sudah pecah, presentasi kepala, hodge III, panggul normal, air ketuban masih ada, serta tidak ditemukan tanda-tanda penyulit lainnya.

Analisa yang ditegakkan yaitu Ny. R usia 29 tahun G1P0Ab0Ah0 usia kehamilan 40 minggu 3 hari dengan janin tunggal hidup intrauterin presentasi kepala dalam persalinan kala I fase *laten* disertai *Oligohidramnion* dan KEK. Kondisi ibu dan janin secara umum masih dalam keadaan baik, namun adanya ketuban pecah dini dengan jumlah air ketuban yang menipis serta belum adanya kemajuan pembukaan serviks menjadi pertimbangan dilakukannya tindakan *Sectio Caesarea* untuk mencegah komplikasi pada ibu maupun janin.

Penatalaksanaan yang diberikan yaitu menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa kondisi ibu dan janin saat ini masih stabil serta menjelaskan rencana persalinan *Sectio Caesarea* yang akan dilakukan sesuai indikasi medis. Informed consent tindakan operasi dan rawat inap diberikan kepada ibu dan keluarga. Mahasiswa bersama tenaga kesehatan memberikan dukungan emosional kepada ibu agar lebih tenang menghadapi persalinan, menganjurkan ibu untuk makan dan minum sesuai anjuran sebelum tindakan, mengatur posisi miring kiri untuk meningkatkan perfusi *uteroplasenta*, serta mengajarkan teknik relaksasi dan pengaturan napas saat kontraksi. Selain itu dilakukan observasi tanda vital ibu, denyut jantung janin, kontraksi *uterus*, dan kemajuan persalinan secara berkala hingga waktu pelaksanaan operasi.

Persalinan Kunjungan 2 (Post Operasi *Sectio Caesarea* dan Bayi Baru Lahir)

Pada tanggal 29 April 2026 pukul 18.20 WIB, Ny. R memberitahu bahwa bayinya sudah lahir pukul 15.35 WIB dan saat ini berada di ruang perawatan RS dr. Soetarto DKT Yogyakarta. Data subjektif menunjukkan ibu mengatakan merasa lega karena proses persalinan telah selesai dilakukan melalui operasi *Sectio Caesarea*. Ibu mengatakan bayi lahir segera menangis kuat setelah lahir, bergerak aktif, dan dalam kondisi sehat. Ibu tampak senang dengan kelahiran bayinya dan mulai beradaptasi dengan peran barunya sebagai seorang ibu.

Data objektif menunjukkan keadaan umum ibu baik dan sadar penuh. Bayi lahir berjenis kelamin perempuan dengan berat badan lahir 2.810 gram, panjang badan 48 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 32 cm, lingkar perut 29 cm, dan lingkar lengan atas 11 cm. Bayi tampak aktif, warna kulit kemerahan, menangis kuat, serta menunjukkan adaptasi yang baik pada masa transisi setelah lahir. Kondisi ibu pascaoperasi juga stabil tanpa tanda-tanda komplikasi segera.

Analisa yang ditegakkan yaitu Ny. R usia 29 tahun P1Ab0Ah1 post partum 6 jam post *Sectio Caesarea* dalam keadaan baik. Bayi baru lahir perempuan dengan berat badan lahir normal dan kondisi umum baik. Ibu dan bayi menunjukkan kondisi stabil pascapersalinan serta tidak ditemukan adanya komplikasi segera setelah tindakan operasi.

Penatalaksanaan yang diberikan yaitu mengucapkan selamat kepada ibu dan keluarga atas kelahiran bayinya serta memberikan dukungan psikologis agar ibu lebih percaya diri dalam menjalani masa nifas dan perawatan bayi baru lahir. Mahasiswa memberikan edukasi mengenai kebutuhan nutrisi pascaoperasi, pentingnya istirahat yang cukup, cara menyusui yang benar, serta manfaat pemberian ASI eksklusif. Selain itu diberikan edukasi mengenai *personal hygiene*, perawatan luka operasi, dan pentingnya menjaga kebersihan diri untuk mencegah infeksi. Ibu juga dianjurkan melakukan mobilisasi dini secara bertahap sesuai kondisi untuk mempercepat pemulihan pascaoperasi. Keluarga dilibatkan dalam memberikan dukungan fisik dan emosional kepada ibu selama masa perawatan. Dokumentasi asuhan kebidanan dilakukan sesuai dengan kondisi dan perkembangan ibu serta bayi pascapersalinan.

3. Asuhan Nifas

KF 1

Kunjungan nifas pertama dilakukan pada tanggal 1 Mei 2026 pukul 12.30 WIB di rumah Ny. R. Data subjektif menunjukkan ibu mengatakan kondisi tubuh secara umum baik, namun masih merasakan sedikit mulas pada perut dan nyeri pada luka jahitan operasi *Sectio Caesarea*. Ibu mengatakan ASI sudah keluar dengan lancar dan bayi dapat menghisap ASI dengan baik. Ibu juga mengatakan sudah dapat melakukan mobilisasi seperti duduk dan berjalan secara mandiri. Pola makan dan minum baik, BAB dan BAK lancar, serta tidak terdapat keluhan demam maupun perdarahan berlebihan.

Data objektif menunjukkan keadaan umum baik, kesadaran *compos mentis*, tekanan darah 113/83 mmHg, nadi 97 kali/menit, respirasi 20 kali/menit, dan suhu 36,5°C. Pemeriksaan fisik menunjukkan wajah tidak pucat, konjungtiva merah muda, payudara membesar simetris dengan puting menonjol dan produksi ASI sudah lancar. *Abdomen* tampak simetris dengan tinggi *fundus* uteri setinggi pusat, kontraksi *uterus* baik, dan terdapat luka operasi *Sectio Caesarea* yang masih tertutup perban tanpa tanda infeksi. Ekstremitas tidak edema dan tidak terdapat varises. Pengeluaran *lochea* rubra berwarna merah gelap dalam batas normal sesuai masa nifas hari ketiga.

Analisa yang ditegakkan yaitu Ny. R usia 29 tahun P1Ab0Ah1 *Postpartum* hari ke-3 pasca *Sectio Caesarea* dalam keadaan normal dengan keluhan mulas ringan dan nyeri luka operasi. Keluhan mulas yang dirasakan ibu merupakan proses *invulasi uterus* yang fisiologis. Kondisi umum ibu baik, proses pemulihan pasca operasi berjalan normal, serta tidak ditemukan tanda komplikasi nifas.

Penatalaksanaan yang diberikan yaitu menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa kondisi ibu dalam keadaan baik dan proses pemulihan berlangsung normal. Mahasiswa memberikan edukasi mengenai proses *invulasi uterus* sebagai penyebab rasa mulas yang masih dirasakan ibu, perawatan diri selama masa nifas, *personal hygiene*, perawatan luka operasi, nutrisi seimbang tinggi protein untuk mempercepat penyembuhan luka, pola istirahat yang cukup, serta pentingnya pemberian ASI eksklusif. Ibu juga diberikan edukasi mengenai perawatan bayi sehari-hari, tanda bahaya masa nifas, perubahan *lochea* selama masa nifas, penggunaan obat sesuai anjuran, serta jadwal kontrol ulang ke fasilitas kesehatan. Evaluasi menunjukkan ibu memahami seluruh penjelasan yang diberikan dan bersedia mengikuti anjuran tenaga Kesehatan.

KF 2

Kunjungan nifas kedua dilakukan pada tanggal 10 Mei 2026 pukul 13.00 WIB di rumah Ny. R. Data subjektif menunjukkan ibu mengatakan kondisi tubuh semakin membaik. Nyeri pada luka operasi *Sectio Caesarea* sudah tidak dirasakan dan perban luka sudah dilepas karena luka tampak kering. Ibu mengatakan ASI keluar lancar dan bayi menyusu dengan baik tanpa hambatan. Ibu juga menyampaikan tidak mengalami demam, perdarahan berlebihan, maupun keluhan lain selama masa nifas.

Data objektif menunjukkan keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 95 kali/menit, respirasi 22 kali/menit, dan suhu 35,6°C. Pemeriksaan fisik menunjukkan konjungtiva merah muda, sklera putih, payudara bersih dengan puting menonjol dan produksi ASI lancar. Tinggi *fundus* uteri sudah tidak teraba, menunjukkan *involutio uteri* berjalan baik. Pengeluaran *lochea* berupa *lochea* serosa berwarna kuning kecoklatan dalam batas normal. Luka operasi *Sectio Caesarea* tampak mulai kering dan tidak ditemukan tanda infeksi. Ekstremitas tidak edema dan kandung kemih kosong. Ibu juga telah menggunakan alat kontrasepsi IUD pascasalin.

Analisa yang ditegakkan yaitu Ny. R usia 29 tahun P1Ab0Ah1 *Postpartum* hari ke-12 pasca *Sectio Caesarea* dalam keadaan baik dengan akseptor KB IUD. Proses *involutio uteri* berlangsung normal, luka operasi dalam proses penyembuhan yang baik, produksi ASI lancar, dan tidak ditemukan komplikasi selama masa nifas.

Penatalaksanaan yang diberikan yaitu menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa kondisi ibu dan proses pemulihan pasca persalinan berjalan baik. Mahasiswa memberikan edukasi mengenai pemenuhan nutrisi seimbang terutama tinggi protein untuk mendukung penyembuhan jaringan dan produksi ASI, menjaga kebersihan diri dan luka operasi, mempertahankan pemberian ASI eksklusif, menjaga

kehangatan bayi, serta melakukan perawatan bayi sehari-hari. Selain itu, ibu diberikan edukasi mengenai tanda bahaya masa nifas yang perlu diwaspadai dan konseling terkait penggunaan serta kontrol lanjutan KB IUD. Evaluasi menunjukkan ibu memahami seluruh informasi yang diberikan dan mampu melakukan perawatan diri maupun bayinya dengan baik selama masa nifas.

4. Asuhan *Neonatus*

KN 1

Kunjungan *Neonatus* pertama dilakukan pada tanggal 1 Mei 2026 pukul 13.00 WIB saat bayi berusia 3 hari. Data subjektif menunjukkan ibu mengatakan bayi lahir pada tanggal 29 April 2026 pukul 15.30 WIB di RS dr. Soetarto DKT melalui tindakan *Seccio Caesarea* atas indikasi ketuban pecah dini dan *Oligohidramnion*. Bayi berjenis kelamin perempuan dengan berat badan lahir 2.810 gram, panjang badan 48 cm, lingkar kepala 34 cm, lingkar dada 33 cm, dan LILA 11 cm. Ibu mengatakan bayi mendapatkan ASI secara langsung (direct breastfeeding) dan menyusui dengan baik.

Data objektif menunjukkan keadaan umum bayi baik, kesadaran compos mentis, berat badan 2.810 gram, panjang badan 48 cm, lingkar kepala 34 cm, dan suhu tubuh 36,6°C. Warna kulit kemerahan dan tidak tampak ikterik. Pemeriksaan fisik menunjukkan kepala normal tanpa edema, mata simetris, hidung dan mulut normal, *abdomen* datar dan lembek tanpa distensi, serta genetalia dalam keadaan normal. Tali pusat telah lepas dengan luka pusar tampak bersih, sedikit basah, tanpa kemerahan, bau, maupun tanda infeksi. Anus terbuka, mekonium sudah keluar, ekstremitas lengkap, gerakan spontan aktif, dan tangisan kuat.

Analisa yang ditegakkan yaitu By. Ny. R usia 3 hari, BBLC (Berat Badan Lahir Cukup), CB (Cukup Bulan), SMK (Sesuai Masa Kehamilan) dalam keadaan sehat. Kondisi umum bayi baik, proses adaptasi ekstrauterin berlangsung normal, refleks dan aktivitas bayi

baik, serta tidak ditemukan tanda infeksi maupun kegawatdaruratan *Neonatus*.

Penatalaksanaan yang diberikan yaitu menjelaskan kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan bahwa kondisi bayi dalam keadaan sehat. Mahasiswa memberikan edukasi mengenai pemberian ASI secara on demand atau minimal setiap dua jam sekali untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bayi. Ibu juga diberikan edukasi tentang menjaga kehangatan bayi, perawatan tali pusat agar tetap bersih dan kering, menjaga kebersihan bayi, serta anjuran menjemur bayi pada pagi hari sesuai kebutuhan. Selain itu, dijelaskan tanda bahaya pada bayi baru lahir seperti demam, kejang, sesak napas, bayi malas menyusu, muntah berulang, atau tampak kuning, sehingga ibu dapat segera membawa bayi ke fasilitas kesehatan apabila ditemukan tanda tersebut. Evaluasi menunjukkan ibu memahami penjelasan yang diberikan dan bersedia melaksanakan anjuran yang telah disampaikan.

KN 2

Kunjungan *Neonatus* kedua dilakukan pada tanggal 10 Mei 2026 pukul 10.00 WIB saat bayi berusia 12 hari. Data subjektif menunjukkan ibu mengatakan bayi dalam keadaan sehat dan aktif. Ibu menyampaikan bahwa bayi telah menjalani kontrol ke dokter spesialis anak dan hasil pemeriksaan menunjukkan kondisi bayi baik. Bayi menyusu dengan kuat, ASI ibu lancar, BAB dan BAK teratur, serta tidak terdapat keluhan selama perawatan di rumah. Ibu juga mengatakan dokter menganjurkan kontrol kembali saat jadwal imunisasi BCG.

Data objektif menunjukkan keadaan umum bayi baik, kesadaran compos mentis, berat badan 2.950 gram, panjang badan 48 cm, lingkar kepala 33 cm, dan suhu tubuh 36,6°C. Warna kulit tampak kemerahan dan tidak ikterik. Pemeriksaan fisik menunjukkan kepala normal tanpa edema, mata simetris, hidung dan mulut bersih, *abdomen* datar dan lembek tanpa distensi, serta genetalia normal. Tali pusat telah lepas dan

luka pusar tampak bersih tanpa kemerahan, bau, maupun tanda infeksi. Ekstremitas lengkap, gerakan aktif, dan tangisan kuat.

Analisa yang ditegakkan yaitu By. Ny. R usia 12 hari, BBLC, CB, SMK dalam keadaan sehat. Pertumbuhan bayi menunjukkan perkembangan yang baik ditandai dengan adanya peningkatan berat badan dari 2.810 gram menjadi 2.950 gram. Proses adaptasi *Neonatus* berlangsung normal dan tidak ditemukan tanda komplikasi maupun kegawatdaruratan.

Penatalaksanaan yang diberikan yaitu menjelaskan kepada ibu bahwa kondisi bayi dalam keadaan baik dan pertumbuhan bayi sesuai harapan. Mahasiswa memberikan edukasi agar ibu tetap memberikan ASI secara on demand atau minimal setiap dua jam sekali untuk mendukung pertumbuhan bayi. Ibu juga dianjurkan menjaga kehangatan bayi, menjaga kebersihan diri dan lingkungan bayi, melakukan perawatan tali pusat hingga sembuh sempurna, serta menjemur bayi pada pagi hari sesuai anjuran. Selain itu, diberikan edukasi mengenai tanda bahaya *Neonatus* dan pentingnya melakukan kunjungan ulang serta imunisasi sesuai jadwal yang telah ditentukan. Evaluasi menunjukkan ibu memahami seluruh informasi yang diberikan dan mampu melakukan perawatan bayi dengan baik di rumah.

5. Asuhan Keluarga Berencana

Pada tanggal 1 Mei 2026 pukul 13.30 WIB dilakukan kunjungan KB pada Ny. R usia 29 tahun P1Ab0Ah1 dengan akseptor KB IUD pascasalin. Data subjektif menunjukkan ibu mengatakan telah menggunakan KB IUD yang dipasang sesaat setelah persalinan *Sectio Caesarea* oleh dokter di RS dr. Soetarto DKT pada tanggal 29 April 2026. Ibu mengatakan saat ini tidak memiliki keluhan terkait penggunaan IUD. Persalinan terakhir berlangsung pada usia kehamilan 40 minggu 3 hari melalui tindakan *Sectio Caesarea* atas indikasi KPD dengan *Oligohidramnion*. Bayi lahir berjenis kelamin perempuan

dengan berat badan lahir 2.810 gram dan panjang badan 48 cm serta saat ini mendapatkan ASI eksklusif. Ibu juga mengatakan suami mendukung penggunaan KB IUD sebagai metode kontrasepsi pascasalin, namun ibu masih belum memahami secara lengkap mengenai cara kerja dan efektivitas KB IUD.

Data objektif menunjukkan keadaan umum ibu baik, kesadaran compos mentis, tekanan darah 114/79 mmHg, nadi 86 kali/menit, respirasi 20 kali/menit, dan suhu 36,7°C. Berat badan ibu 43 kg dengan tinggi badan 145 cm. Pemeriksaan fisik menunjukkan wajah simetris tanpa oedema, konjungtiva merah muda, sklera putih, dan tidak ditemukan tanda anemia. Payudara tampak membesar simetris dengan puting menonjol dan produksi ASI lancar. *Abdomen* tampak simetris dengan bekas luka *Sectio Caesarea* dalam proses penyembuhan. Ekstremitas tidak oedema dan tidak ditemukan varises. Kondisi umum ibu menunjukkan masa nifas berjalan normal dan tidak ditemukan tanda komplikasi maupun kontraindikasi penggunaan kontrasepsi IUD.

Analisa yang ditegakkan yaitu Ny. R umur 29 tahun P1Ab0Ah1 dengan akseptor KB IUD pascasalin. Kondisi ibu dalam keadaan baik, tidak ditemukan masalah maupun keluhan yang berhubungan dengan penggunaan IUD. Ibu memerlukan informasi lebih lanjut mengenai pengertian, cara kerja, keuntungan, efek samping, dan tindak lanjut penggunaan KB IUD.

Penatalaksanaan yang diberikan yaitu memberitahu ibu bahwa hasil pemeriksaan menunjukkan kondisi ibu dalam keadaan baik dan penggunaan KB IUD dapat dilanjutkan. Mahasiswa memberikan KIE mengenai pengertian KB IUD sebagai alat kontrasepsi yang dipasang di dalam rahim untuk mencegah kehamilan dalam jangka panjang. Dijelaskan bahwa IUD bekerja dengan menghambat pertemuan sperma dan *ovum* sehingga mencegah terjadinya pembuahan. Mahasiswa juga memberikan informasi mengenai efektivitas, keuntungan, kekurangan, indikasi, kontraindikasi, serta kemungkinan efek samping penggunaan

IUD. Selain itu, ibu diberikan edukasi mengenai tanda bahaya yang perlu diwaspadai seperti nyeri perut hebat, perdarahan banyak, demam, keputihan berbau, atau benang IUD tidak teraba. Ibu dianjurkan melakukan kontrol ulang setelah masa nifas selesai untuk pemeriksaan posisi IUD, pemotongan benang IUD, dan pemeriksaan IVA. Evaluasi menunjukkan ibu memahami penjelasan yang diberikan, merasa yakin dengan pilihan kontrasepsi yang digunakan, serta bersedia mengikuti jadwal kontrol yang telah dianjurkan

B. Kajian Teori

1. Asuhan Kebidanan Berkelanjutan

Asuhan kebidanan berkelanjutan (*Continuity of Care*) adalah pendekatan pelayanan kebidanan yang holistik dan berkesinambungan, dimulai sejak masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, hingga pelayanan keluarga berencana, yang bertujuan untuk menjaga keterpaduan layanan dan meningkatkan hasil kesehatan ibu serta bayi melalui pemantauan kondisi secara terus menerus dan deteksi dini risiko komplikasi. Pendekatan ini menekankan hubungan berkelanjutan antara pasien dan bidan sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas serta keselamatan pelayanan kebidanan dan mendukung pencapaian kesehatan reproduksi yang optimal.⁴

2. Konsep Dasar Kehamilan

a. Definisi Kehamilan

Kehamilan adalah suatu proses fisiologis yang dimulai sejak terjadinya konsepsi hingga lahirnya janin. Lama kehamilan normal langgung sekitar 280 hari atau 40 minggu yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT). Proses kehamilan diawali dengan pertemuan antara sel *ovum* dan sel sperma yang terjadi di tuba fallopi, yang selanjutnya membentuk zigot melalui proses konsepsi. Zigot kemudian mengalami pembelahan sel dan bergerak menuju kavum uteri. Setelah itu terjadi nidasi, yaitu penempelan hasil

konsepsi pada dinding *uterus*. Proses implantasi ini berlangsung pada lapisan *endometrium* dan umumnya terjadi pada hari ke-6 hingga ke-7 setelah konsepsi.^{5,6}

b. Diagnosa Kehamilan

Penegakan diagnosis kehamilan oleh bidan harus dilakukan secara sistematis melalui proses pengkajian yang menyeluruh, meliputi data subjektif (hasil anamnesis) dan data objektif (hasil pemeriksaan fisik). Untuk memperkuat hasil pengkajian, pemeriksaan penunjang dapat dilakukan guna memastikan kondisi kehamilan secara lebih akurat. Berdasarkan temuan tersebut, bidan kemudian menyimpulkan diagnosis sesuai dengan tanda dan gejala yang ditemukan. Secara klinis, tanda dan gejala kehamilan diklasifikasikan menjadi tiga kelompok, yaitu:

1) Tanda tidak pasti (*Presumptive Signs*)

Merupakan tanda yang dirasakan oleh ibu dan bersifat subjektif, sehingga belum dapat memastikan adanya kehamilan. Tanda-tandanya meliputi *amenore* (tidak menstruasi), mual dan muntah, perubahan nafsu makan atau mengidam, pembesaran dan ketegangan payudara, hiperpigmentasi kulit, peningkatan frekuensi berkemih, serta anoreksia.

2) Tanda kemungkinan (*Probable Signs*)

Merupakan tanda objektif yang ditemukan saat pemeriksaan, namun masih memerlukan konfirmasi lebih lanjut. tanda tersebut meliputi pembesaran *abdomen* dan *uterus*, tanda *hegar*, tanda *chadwick*, tanda *piskacek*, tanda *goodell*, terabanya *ballotement*, serta kontraksi *braxton hicks*.

3) Tanda pasti (*Positive Signs*)

Merupakan tanda yang secara definitif menunjukkan adanya kehamilan. Tanda pasti meliputi terabanya dan terasanya gerakan janin oleh pemeriksa, terdengarnya denyut jantung janin, serta visualisasi bagian-bagian janin melalui pemeriksaan

Ultrasonografi (USG). Pemeriksaan USG memungkinkan diagnosis kehamilan ditegakkan lebih dini dibandingkan metode konvensional lainnya.^{6,10}

c. Pembagian Trimester Kehamilan

Kehamilan biasanya berlangsung sekitar 40 minggu dan dibagi menjadi tiga trimester berdasarkan usia kehamilan. Setiap trimester menggambarkan fase perkembangan janin dan perubahan tubuh ibu:

- 1) Trimester pertama (minggu 1–12): masa awal kehamilan di mana pembuahan terjadi, organ-organ utama mulai terbentuk, dan sebagian besar risiko keguguran berada pada periode ini.
- 2) Trimester kedua (minggu 13–28): janin berkembang pesat dan gerakannya mulai terasa oleh ibu; banyak gejala awal seperti mual biasanya berkurang.
- 3) Trimester ketiga (minggu 29–40): periode akhir kehamilan saat janin mengalami pertumbuhan cepat dan pematangan organ, serta tubuh ibu menyesuaikan diri menjelang persalinan.⁷

Pembagian ini digunakan untuk memantau perkembangan janin dan perubahan fisiologis ibu selama kehamilan.^{6,8}

d. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

Selama kehamilan, ibu memerlukan pemenuhan kebutuhan dasar untuk mendukung kesehatan dirinya dan pertumbuhan janin.¹⁰ Kebutuhan tersebut meliputi:

1) Nutrisi

Asupan gizi selama kehamilan harus ditingkatkan guna mendukung pertumbuhan janin. Tambahan energi yang dianjurkan sekitar 300 kkal per hari pada trimester kedua dan ketiga, dengan peningkatan kebutuhan protein sekitar 20–30 gram per hari. Kenaikan berat badan yang adekuat menjadi indikator kecukupan nutrisi.

2) Oksigen

Kehamilan meningkatkan kebutuhan oksigen akibat bertambahnya metabolisme tubuh. Adaptasi fisiologis yang terjadi antara lain peningkatan produksi eritropoietin di ginjal sehingga jumlah sel darah merah meningkat untuk menunjang transportasi oksigen ke jaringan ibu dan janin.^{5,8}

3) Eliminasi

Perubahan hormonal dan tekanan *uterus* yang membesar dapat menyebabkan gangguan eliminasi seperti konstipasi. Pencegahan dapat dilakukan dengan meningkatkan asupan serat, cairan, dan aktivitas fisik ringan.

4) *Personal hygiene*

Kebersihan diri penting untuk mencegah infeksi. Ibu hamil dianjurkan menjaga kebersihan tubuh, gigi dan mulut, payudara, serta area genital, mengganti pakaian secara teratur, dan mencuci tangan dengan sabun pada waktu-waktu penting.

5) Mobilisasi dan Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik ringan hingga sedang secara teratur bermanfaat untuk menjaga kebugaran, mengurangi keluhan kehamilan, serta mempersiapkan tubuh menghadapi persalinan.

6) Istirahat dan Tidur

Kebutuhan istirahat meningkat terutama pada trimester ketiga. Posisi tidur miring ke kiri dianjurkan karena membantu memperlancar sirkulasi *uteroplasenta*. Lama tidur yang disarankan sekitar 7–9 jam per hari termasuk istirahat siang.^{8,10}

7) Senam Hamil

Latihan khusus seperti senam hamil membantu meningkatkan kebugaran, memperbaiki postur tubuh, serta merangsang pelepasan endorfin yang dapat memberikan efek relaksasi dan mengurangi ketidaknyamanan selama kehamilan.⁸

e. Perubahan Psikologis Kehamilan Trimester III

Pada trimester ketiga, banyak perempuan hamil mengalami fase intens emosional saat mendekati waktu persalinan. Di periode ini, kesadaran akan keberadaan bayi sebagai individu yang akan segera lahir semakin kuat, sehingga ibu sering merasa antisipatif dan terus waspada menunggu tanda-tanda persalinan. Kehadiran perasaan was-was, kekhawatiran tentang proses melahirkan, dan kecemasan terhadap keselamatan diri serta bayinya merupakan respons psikologis yang umum terjadi pada masa ini. Perubahan psikologis ini dapat memengaruhi suasana hati serta tingkat stres yang dirasakan ibu hamil seiring bertambahnya usia kehamilan.¹⁸

f. Tanda-tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Pada trimester ketiga, beberapa kondisi memerlukan perhatian segera karena berpotensi membahayakan ibu dan janin. Tanda bahaya tersebut meliputi perdarahan pervaginam (misalnya akibat *plasenta previa* atau *solusio plasenta*), sakit kepala berat disertai gangguan penglihatan dan pembengkakan wajah atau tangan yang mengarah pada preeklampsia, penurunan gerakan janin, ketuban pecah sebelum waktunya, kejang, demam tinggi, serta tanda anemia seperti pucat pada kelopak mata. Apabila gejala tersebut muncul, ibu hamil harus segera mendapatkan penanganan medis.¹⁹

g. *Antenatal Care* dan Standar Pelayanan *Antenatal Care*

Berikut ini standar pelayanan ANC (*Antenatal Care*):⁶

1) Pengertian

Antenatal Care (ANC) merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu selama masa kehamilan dengan tujuan memantau kondisi ibu dan janin secara berkala. Pelayanan ini bertujuan membangun hubungan saling percaya antara tenaga kesehatan dan ibu hamil, melakukan deteksi dini komplikasi, mempersiapkan proses persalinan, serta memberikan edukasi kesehatan untuk mendukung hasil kehamilan yang optimal.¹⁰

2) Tujuan ANC

Pelayanan *Antenatal* bertujuan menjaga dan meningkatkan kesehatan fisik maupun psikososial ibu dan janin, mendeteksi serta menangani komplikasi secara dini, menyusun rencana persalinan dan kesiapsiagaan komplikasi, serta mempersiapkan ibu menghadapi masa nifas, menyusui, dan perawatan bayi baru lahir secara menyeluruh.¹⁰

3) Standar Pelayanan *Antenatal*

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2023), standar pelayanan *Antenatal* terpadu minimal dikenal dengan prinsip 10T, meliputi:¹⁰

- a) Pengukuran berat dan tinggi badan untuk menilai status pertumbuhan ibu dan skrining faktor risiko.
- b) Pengukuran tekanan darah guna mendeteksi hipertensi atau preeklampsia.
- c) Penilaian status gizi (LILA) untuk skrining risiko kurang energi kronis.
- d) Pengukuran tinggi *fundus* uteri untuk memantau kesesuaian pertumbuhan janin dengan usia kehamilan.
- e) Penentuan presentasi dan denyut jantung janin untuk menilai kesejahteraan janin.
- f) Skrining dan imunisasi Tetanus-Difteri (Td) sesuai kebutuhan.
- g) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan untuk mencegah anemia.
- h) Pemeriksaan laboratorium rutin, termasuk hemoglobin, golongan darah, serta skrining HIV, sifilis, hepatitis B, dan malaria di daerah endemis.
- i) Penatalaksanaan kasus sesuai kewenangan apabila ditemukan kelainan.

j) Konseling (temu wicara) terkait gizi, tanda bahaya, persiapan persalinan, ASI eksklusif, KB pasca salin, dan pencegahan penyakit.¹⁰

4) Jadwal Kunjungan ANC

Standar kunjungan minimal sebelumnya adalah enam kali, yaitu satu kali pada trimester I, dua kali trimester II, dan tiga kali trimester III. Namun, rekomendasi terbaru dari *World Health Organization* menganjurkan minimal delapan kali kontak selama kehamilan untuk meningkatkan kualitas pemantauan dan menurunkan risiko komplikasi.^{1,10}

5) Deteksi Dini Risiko dengan Kartu Skor Poedji Rochjati

Poedji Rochjati mengembangkan Kartu Skor Poedji Rochjati sebagai alat skrining berbasis keluarga untuk mengidentifikasi faktor risiko pada ibu hamil. Instrumen ini membantu tenaga kesehatan dalam deteksi dini kehamilan risiko tinggi, perencanaan persalinan aman, pencatatan kondisi ibu dan janin, serta mendukung audit maternal perinatal.¹³

h. Kehamilan dengan KEK

1) Definisi

Kehamilan dengan Kekurangan Energi Kronik (KEK) merupakan kondisi kehamilan yang disertai gangguan status gizi akibat kekurangan asupan energi dan protein dalam jangka waktu yang lama sehingga kebutuhan nutrisi ibu dan janin tidak terpenuhi secara optimal. KEK pada ibu hamil menjadi salah satu masalah kesehatan yang penting karena dapat meningkatkan risiko komplikasi selama kehamilan, persalinan, masa nifas, serta memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin.^{14,11} Pada pelayanan kesehatan, KEK umumnya diidentifikasi melalui pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA), di mana ibu hamil dengan LILA kurang dari 23,5 cm dikategorikan berisiko mengalami KEK dan memerlukan

pemantauan serta intervensi gizi yang lebih intensif.¹¹ Selama kehamilan, kebutuhan energi meningkat untuk mendukung pertumbuhan janin, pembentukan plasenta, peningkatan volume darah, serta perubahan fisiologis maternal. Oleh karena itu, apabila kebutuhan tersebut tidak terpenuhi secara adekuat, maka ibu berisiko mengalami KEK yang dapat berdampak buruk pada kesehatan ibu dan bayi.^{5,11,13}

2) Etiologi

Kehamilan dengan KEK disebabkan oleh berbagai faktor yang saling berkaitan, baik faktor biologis maupun faktor sosial ekonomi. Penyebab utama KEK adalah rendahnya asupan energi dan protein yang tidak mampu memenuhi kebutuhan tubuh selama kehamilan. Selain itu, kondisi anemia, penyakit infeksi, serta gangguan kesehatan lainnya dapat memperburuk status gizi ibu hamil.¹¹ Faktor sosial ekonomi seperti pendapatan keluarga yang rendah, keterbatasan akses terhadap pangan bergizi, serta tingkat pendidikan yang rendah juga berkontribusi terhadap meningkatnya risiko KEK.^{11,12} Selain itu, kurangnya pengetahuan ibu mengenai kebutuhan gizi selama kehamilan, adanya pantangan makanan berdasarkan budaya tertentu, usia kehamilan yang terlalu muda atau terlalu tua, paritas tinggi, dan jarak kehamilan yang terlalu dekat merupakan faktor yang dapat meningkatkan kejadian KEK pada ibu hamil.^{4,11}

3) Patofisiologi

Patofisiologi KEK pada ibu hamil dimulai ketika asupan energi dan protein yang masuk ke dalam tubuh tidak mampu memenuhi kebutuhan metabolisme yang meningkat selama kehamilan. Dalam kondisi tersebut, tubuh akan menggunakan cadangan glikogen sebagai sumber energi utama. Apabila kondisi kekurangan energi berlangsung terus-menerus, tubuh akan memanfaatkan cadangan lemak dan protein melalui proses

katabolisme untuk mempertahankan fungsi organ vital.⁵ Proses ini menyebabkan penurunan massa otot, berat badan, serta cadangan nutrisi ibu. Kekurangan energi dan protein juga dapat mengganggu pembentukan hemoglobin sehingga meningkatkan risiko anemia.¹¹ Selain itu, berkurangnya suplai nutrisi dan oksigen ke plasenta dapat menghambat pertumbuhan janin sehingga meningkatkan risiko terjadinya hambatan pertumbuhan janin dalam kandungan (IUGR), bayi berat lahir rendah (BBLR), kelahiran prematur, serta meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas ibu maupun bayi.^{1,10, 11,15}

4) Tanda dan Gejala

Ibu hamil yang mengalami KEK umumnya menunjukkan berbagai tanda dan gejala yang berkaitan dengan kekurangan asupan energi dan zat gizi. Salah satu indikator yang paling sering digunakan dalam skrining KEK adalah Lingkar Lengan Atas (LILA) kurang dari 23,5 cm.¹¹ Selain itu, ibu hamil dengan KEK biasanya mengalami peningkatan berat badan yang tidak sesuai dengan usia kehamilan, tubuh tampak kurus, serta memiliki cadangan lemak tubuh yang rendah.^{11,13} Keluhan yang sering dirasakan meliputi mudah lelah, lemah, pusing, sering mengantuk, dan nafsu makan yang menurun.¹¹ Pada beberapa kasus, ibu juga dapat mengalami anemia yang ditandai dengan wajah pucat, berdebar, serta penurunan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Kondisi tersebut dapat menyebabkan daya tahan tubuh menurun sehingga ibu lebih rentan mengalami infeksi dan komplikasi selama kehamilan.^{15,11}

5) Faktor-faktor yang Mempengaruhi

Kejadian KEK pada ibu hamil dipengaruhi oleh berbagai faktor yang kompleks dan saling berhubungan. Faktor biologis yang berperan antara lain usia ibu, jumlah kehamilan (paritas), jarak kehamilan, serta adanya penyakit kronis atau infeksi yang dapat

meningkatkan kebutuhan energi tubuh.^{4,11,12} Faktor sosial ekonomi seperti pendapatan keluarga, pekerjaan, dan tingkat pendidikan juga sangat memengaruhi kemampuan ibu dalam memenuhi kebutuhan nutrisi selama kehamilan.^{11,12} Selain itu, tingkat pengetahuan mengenai gizi seimbang, pola konsumsi makanan sehari-hari, kebiasaan budaya yang membatasi konsumsi makanan tertentu, serta dukungan keluarga juga berkontribusi terhadap status gizi ibu hamil.¹¹ Kurangnya akses terhadap pelayanan kesehatan dan rendahnya kepatuhan melakukan pemeriksaan *Antenatal care* (ANC) dapat menyebabkan keterlambatan deteksi dan penanganan KEK sehingga meningkatkan risiko komplikasi selama kehamilan.^{10,14}

6) Penanganan

Penanganan kehamilan dengan KEK bertujuan untuk memperbaiki status gizi ibu, mencegah komplikasi kehamilan, serta mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin secara optimal. Upaya penanganan dilakukan melalui peningkatan asupan nutrisi dengan menerapkan pola makan bergizi seimbang yang mengandung energi, protein, vitamin, dan mineral sesuai kebutuhan ibu hamil.^{12,13} Selain itu, pemerintah menyediakan program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) bagi ibu hamil yang mengalami KEK untuk membantu memenuhi kebutuhan energi dan protein harian.^{10,12} Pemberian tablet tambah darah yang mengandung zat besi dan asam folat juga diperlukan untuk mencegah dan mengatasi anemia yang sering menyertai KEK.¹⁰ Pemeriksaan kehamilan secara rutin melalui pelayanan *Antenatal care* (ANC) sangat penting untuk memantau status gizi ibu, pertambahan berat badan, serta pertumbuhan dan perkembangan janin.^{10,14} Edukasi dan konseling gizi kepada ibu dan keluarga perlu dilakukan agar tercipta pemahaman yang baik mengenai pentingnya pemenuhan kebutuhan nutrisi selama

kehamilan. Apabila ditemukan penyakit penyerta seperti infeksi atau anemia, maka diperlukan penanganan yang sesuai untuk mencegah terjadinya komplikasi yang lebih serius pada ibu maupun janin.^{15,11}

3. Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian dan Tanda Persalinan

Persalinan merupakan proses fisiologis pengeluaran hasil konsepsi berupa janin, plasenta, dan selaput ketuban dari *uterus* melalui jalan lahir yang ditandai dengan kontraksi *uterus* teratur, semakin kuat dan sering, serta menyebabkan penipisan (*efacement*) dan pembukaan (dilatasi) serviks. Tanda persalinan meliputi kontraksi yang progresif, perubahan serviks, pengeluaran lendir bercampur darah (*bloody show*) akibat pelepasan sumbat lendir serviks, serta pecahnya selaput ketuban. Proses persalinan secara fisiologis terbagi menjadi 4 tahap, yaitu kala I (pembukaan serviks), kala II (pengeluaran janin), kala III (pengeluaran plasenta).¹⁶

b. Jenis-jenis Persalinan

Jenis persalinan secara klinis dapat diklasifikasikan menjadi tiga kategori utama yakni:¹⁷

- 1) Persalinan spontan merupakan proses kelahiran yang berlangsung secara alami melalui jalan lahir dengan kekuatan kontraksi *uterus* dan usaha ibu tanpa intervensi medis tambahan.
- 2) Persalinan buatan (operatif) adalah persalinan yang memerlukan bantuan tindakan medis akibat adanya indikasi tertentu, seperti penggunaan alat bantu ekstraksi vakum atau forceps, maupun melalui pembedahan *Sectio Caesarea*.
- 3) Persalinan anjuran (induksi persalinan) dilakukan ketika kehamilan telah mencapai usia cukup bulan dan janin dinilai mampu hidup di luar rahim, namun proses persalinan belum terjadi secara spontan atau terdapat kondisi yang mengharuskan persalinan segera, sehingga diperlukan rangsangan kontraksi

uterus menggunakan agen farmakologis seperti oksitosin (*pitocin*) atau *prostaglandin*.

c. Perubahan Fisiologis saat Persalinan

Selama proses persalinan, ibu mengalami berbagai perubahan fisiologis sebagai respons terhadap kontraksi *uterus* dan peningkatan aktivitas metabolik tubuh. Tekanan darah cenderung mengalami peningkatan selama kontraksi, dengan kenaikan tekanan sistolik rata-rata sekitar 10–20 mmHg dan tekanan diastolik sekitar 5–10 mmHg, namun pada sela kontraksi tekanan darah umumnya kembali mendekati nilai sebelum persalinan. Suhu tubuh ibu dapat meningkat, terutama saat proses kelahiran dan segera setelahnya, dengan peningkatan yang masih dianggap normal berkisar antara 0,5–1°C.

Selain itu, terjadi perubahan pada sistem gastrointestinal, berupa penurunan motilitas dan pengosongan lambung, sehingga penyerapan makanan padat menjadi berkurang. Kondisi ini sering disertai mual dan muntah, terutama pada fase transisi menjelang akhir kala I persalinan, sehingga ibu dianjurkan mengonsumsi makanan tinggi energi dan mudah dicerna seperti cairan hangat, bubur, roti, susu, atau jus buah. Pada sistem perkemihan, poliuria sering ditemukan selama persalinan akibat peningkatan curah jantung yang berlanjut, disertai peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal sebagai respons adaptif tubuh terhadap proses persalinan.¹⁷

d. Fisiologis Persalinan

Selama kehamilan hingga menjelang persalinan, tubuh perempuan mengalami perubahan fisiologis yang dipengaruhi oleh berbagai hormon dan mekanisme biologis. Proses terjadinya persalinan dapat dijelaskan melalui beberapa teori berikut:¹⁷

1) Peran *estrogen* dan *progesterone*

Selama kehamilan, *estrogen* meningkatkan sensitivitas otot rahim terhadap rangsangan (oksitosin, *prostaglandin*, dan mekanis), sedangkan *progesteron* mempertahankan relaksasi *uterus*. Menjelang persalinan terjadi perubahan keseimbangan hormon sehingga kontraksi mulai muncul.

2) Teori keregangan

Uterus memiliki batas kemampuan meregang. Ketika peregangan melebihi batas, kontraksi akan timbul. Hal ini sering terlihat pada kehamilan ganda yang mengalami peregangan lebih besar.

3) Teori penurunan *progesterone*

Menjelang akhir kehamilan kadar *progesteron* menurun akibat penuaan plasenta, sehingga *uterus* menjadi lebih peka terhadap oksitosin dan memicu kontraksi.

4) Teori oksitosin internal

Oksitosin yang disekresikan *hipofisis posterior* meningkat efektivitasnya saat sensitivitas miometrium bertambah, sehingga kontraksi menjadi lebih teratur dan kuat.

5) Pengaruh janin

Aktivitas hipofisis dan adrenal janin berperan dalam memicu persalinan. Pada kelainan tertentu seperti *anensefalus*, persalinan dapat berlangsung lebih lama.

6) Teori *prostaglandin*

Kadar *prostaglandin* meningkat menjelang persalinan dan berperan dalam merangsang kontraksi miometrium sebagai salah satu pemicu utama persalinan.

e. Tanda Gejala Persalinan

1) Tanda-tanda menjelang persalinan

a) Penurunan bagian terbawah janin (*lightening*)

Beberapa minggu sebelum persalinan, kepala janin mulai turun ke rongga panggul. Kondisi ini membuat ibu merasa

napas lebih lega karena tekanan pada diafragma berkurang, tetapi muncul rasa tidak nyaman pada panggul dan kesulitan berjalan.

b) Sering berkemih (*polakisuria*)

Masuknya kepala janin ke pintu atas panggul menimbulkan tekanan pada kandung kemih sehingga frekuensi buang air kecil meningkat.

c) Kontraksi pendahuluan

Menjelang persalinan dapat muncul kontraksi tidak teratur yang berbeda dengan kontraksi persalinan sebenarnya. Nyeri biasanya ringan, terlokalisasi di perut bagian bawah, tidak semakin kuat, dan tidak menyebabkan perubahan pada serviks.

d) Perubahan kondisi serviks

Serviks yang sebelumnya panjang dan kaku akan menjadi lebih lunak, menipis, dan pada sebagian ibu mulai membuka. Perubahan ini umumnya lebih cepat terjadi pada multipara dibandingkan primipara.

e) Lonjakan energi sementara

Sebagian ibu mengalami peningkatan aktivitas 1–2 hari sebelum persalinan. Walaupun tampak lebih bertenaga, aktivitas berlebihan justru dapat menyebabkan kelelahan saat proses persalinan berlangsung.

f) Gangguan saluran cerna

Perubahan hormonal menjelang persalinan dapat menimbulkan keluhan seperti mual, muntah, diare, atau konstipasi.

2) Proses pembukaan serviks

Pembukaan serviks akibat kontraksi *uterus* terbagi menjadi:

- a) Fase *laten*, yaitu tahap awal ketika kontraksi mulai menimbulkan penipisan dan pembukaan serviks secara perlahan hingga sekitar 3 cm.
- b) Fase aktif, ditandai dengan pembukaan yang berlangsung lebih cepat hingga lengkap (10 cm), melalui tahap percepatan, dilatasi maksimal, dan perlambatan menjelang pembukaan penuh. Bila selaput ketuban pecah sebelum pembukaan aktif, kondisi tersebut disebut ketuban pecah dini.

3) Tahapan (kala) persalinan

a) Kala I

Dimulai dari kontraksi teratur sampai serviks membuka lengkap. Durasi kala I cenderung lebih lama pada persalinan pertama dibandingkan persalinan berikutnya.

b) Kala II

Berlangsung sejak pembukaan lengkap hingga bayi lahir. Ibu merasakan dorongan kuat untuk meneran, tekanan pada rektum, *perineum* menonjol, dan pengeluaran lendir bercampur darah.

c) Kala III

Merupakan tahap pengeluaran plasenta setelah bayi lahir. Tanda pelepasan plasenta antara lain perubahan tinggi fundus, pemanjangan tali pusat, dan keluarnya darah secara tiba-tiba.

d) Kala IV

Periode dua jam pertama setelah plasenta lahir untuk observasi kemungkinan perdarahan *Postpartum* dan stabilitas kondisi ibu.¹⁷

f. Faktor yang Memengaruhi Persalinan

Proses persalinan dipengaruhi oleh lima faktor utama yang dikenal sebagai 5P, yaitu:¹⁸

1) *Power* (Kekuatan)

Merupakan tenaga yang mendorong bayi keluar, terdiri dari kontraksi rahim (his), kontraksi otot perut, dan dorongan meneran dari ibu. Kekuatan yang baik dan teratur membantu persalinan berjalan lancar.

2) *Passenger* (Janin dan Plasenta)

Meliputi kondisi janin, seperti:

- a) Sikap: posisi tubuh janin (umumnya dalam keadaan menunduk/fleksi).
- b) Letak: hubungan sumbu janin dengan sumbu ibu (membujur atau melintang).
- c) Presentasi: bagian terbawah janin yang masuk jalan lahir (kepala, bokong, dll).
- d) Posisi: arah bagian terbawah janin terhadap panggul ibu.

3) *Passage* (Jalan Lahir)

Merupakan kondisi panggul ibu sebagai jalan keluarnya bayi. Bentuk dan ukuran panggul sangat menentukan kelancaran persalinan.

4) *Psychology* (Psikologis)

Keadaan emosi ibu berpengaruh pada proses persalinan. Ibu yang tenang cenderung mengalami persalinan lebih lancar dibandingkan ibu yang takut dan cemas.

5) Penolong

Tenaga kesehatan berperan dalam membimbing ibu, mengajarkan cara meneran yang benar, serta memantau keselamatan ibu dan bayi selama persalinan.

g. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan merupakan proses penyesuaian dan pergerakan bertahap kepala janin saat melewati panggul ibu hingga bayi lahir seluruhnya. Proses ini berlangsung secara sistematis sebagai berikut:¹⁹

1) Masuknya kepala ke panggul (*engagement*)

Pada akhir kehamilan atau awal persalinan, bagian kepala janin mulai memasuki pintu atas panggul. Hal ini menandakan bahwa kepala telah mencapai bidang panggul dan siap melanjutkan proses persalinan.

2) Penurunan kepala (*descent*)

Kepala bergerak semakin turun ke dalam rongga panggul akibat kontraksi rahim yang teratur dan dorongan ibu saat meneran.

3) Penekukan kepala (*fleksi*)

Untuk menyesuaikan dengan bentuk jalan lahir, kepala janin secara alami menunduk sehingga ukuran diameter kepala yang melewati panggul menjadi lebih kecil dan lebih mudah dilahirkan.

4) Perputaran ke depan (*rotasi internal*)

Saat mencapai dasar panggul, kepala berputar sehingga bagian belakang kepala mengarah ke depan mengikuti lengkung panggul. Gerakan ini memungkinkan kepala keluar melalui jalan lahir secara optimal.

h. Tanda Bahaya pada Proses Persalinan

Berikut tanda bahaya persalinan berdasarkan Buku KIA Kementerian Kesehatan Republik Indonesia:²⁰

- 1) Tali pusat atau tangan bayi keluar dari jalan lahir.
- 2) Ibu mengalami kejang.
- 3) Ibu gelisah atau mengalami kesakitan yang sangat hebat.
- 4) Air ketuban berwarna hijau dan berbau tidak sedap.
- 5) Terjadi perdarahan melalui jalan lahir.

6) Ibu tidak kuat mengejan.

i. 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal

Penatalaksanaan Asuhan Persalinan Normal tergabung menjadi 60 Langkah, yaitu:²¹

Melihat tanda dan gejala kala dua

- 1) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan/atau vaginanya. *Perineum* menonjol. *Vulva-vagina* dan *sfincter anal* membuka.

Menyiapkan pertolongan persalinan

- 2) Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
- 3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
- 4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
- 5) Memakai satu sarung dengan dtt atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
- 6) Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik).

Memastikan pembukaan lengkap dengan janin baik

- 7) Membersihkan *vulva* dan *perineum*, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, *perineum* atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari

depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi, langka).

- 8) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
- 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti di atas).
- 10) Memeriksa denyut jantung janin (djj) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa djj dalam batas normal (100 – 180 kali / menit).
 - Mengambil tindakan yang sesuai jika djj tidak normal.
 - mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, djj dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograph.

Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran

- 11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
 - Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.

- Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
- 13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran:
- Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran
 - Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.
 - Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang).
 - menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.
 - menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
 - menganjurkan asupan cairan per *oral*. g) menilai djj setiap lima menit.
 - jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60/menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran
 - menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, menganjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi.

- jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.

Persiapan pertolongan kelahiran bayi.

- 14) Jika kepala bayi telah membuka *vulva* dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
- 15) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.
- 16) Membuka partus set.
- 17) Memakai sarung tangan dtt atau steril pada kedua tangan.
Menolong kelahiran bayi lahirnya kepala
- 18) Saat kepala bayi membuka *vulva* dengan diameter 5-6 cm, lindungi *perineum* dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kelapa bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.
 - jika ada mekonium dalam cairan ketuban, segera hisap mulut dan hidung setelah kepala lahir menggunakan penghisap lendir delee disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau bola karet penghisap yang baru dan bersih.
- 19) Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.
- 20) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi:
 - Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.

- Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.

21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan. Lahir bahu

22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi (*biparietal*). Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah keluar hingga bahu *anterior* muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu *posterior*.

Lahir badan dan tungkai

23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah *perineum* tangan, membiarkan bahu dan lengan *posterior* lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati *perineum*, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan *anterior* (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan *anterior* bayi saat keduanya lahir.

24) Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (*anterior*) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat panggung dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

Penanganan bayi baru lahir

25) Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan).

26) Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian pusat.

- 27) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
- 28) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
- 29) Mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, mengambil tindakan yang sesuai.
- 30) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian asi jika ibu menghendakinya. (imd)

Penanganan bayi baru lahir oksitosin

- 31) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi *abdomen* untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua. (pastikan)
- 32) Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.
- 33) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, memberikan suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu. Penegangan tali pusat terkendali
- 34) Memindahkan klem pada tali pusat
- 35) Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan *uterus*. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
- 36) Menunggu *uterus* berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah *uterus* dengan cara menekan *uterus* ke arah atas dan belakang

(*dorso kranial*) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya *inversio uteri*. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, menghentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai.

- Jika *uterus* tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan ransangan puting susu. Mengeluarkan plasenta.

37) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada *uterus*.

- Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 – 10 cm dari *vulva*.
- Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit: (1) mengulangi pemberian oksitosin 10 unit im. (2) menilai kandung kemih dan mengkateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu. (3) meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan. (4) mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya. (5) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.

38) Jika plasenta terlihat di *introitus vagina*, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.

- Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forseps disinfeksi tingkat tinggi

atau steril untuk melepaskan bagian selapuk yang tertinggal.

Pemijatan *uterus*

- 39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan *masase uterus*, meletakkan telapak tangan di *fundus* dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga *uterus* berkontraksi (*fundus* menjadi keras).

Menilai perdarahan

- 40) Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus.
- 41) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan *perineum* dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

Melakukan prosedur pasca persalinan

- 42) Menilai ulang *uterus* dan memastikannya berkontraksi dengan baik. Mengevaluasi perdarahan persalinan vagina.
- 43) Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
- 44) Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
- 45) Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
- 46) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5%.
- 47) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
- 48) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian asi.

Evaluasi

49) Melanjutkan pemantauan kontraksi *uterus* dan perdarahan pervaginam:

- 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
- Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.
- Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan. d)
Jika *uterus* tidak berkontraksi dengan baik, melaksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri. Jika ditemukan lacerasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesia lokal dan menggunakan teknik yang sesuai

50) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan *masase uterus* dan memeriksa kontraksi *uterus*.

51) Mengevaluasi kehilangan darah.

52) Memeriksa tekanan darah, nadi dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.

- Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan.
- Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

Kebersihan dan keamanan

53) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi

54) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.

55) Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

- 56) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan asi.
Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
- 57) Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
- 58) Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 59) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir
- Dokumentasi
- 60) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang)

4. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Bayi baru lahir (*Neonatus*) adalah bayi sejak lahir sampai usia 28 hari. *Neonatus* normal umumnya lahir pada usia kehamilan 37–40 minggu dengan berat badan 2.500–4.000 gram. Bayi segera menangis, bergerak aktif, berwarna kemerahan, mampu mengisap ASI dengan baik, serta tidak memiliki kelainan bawaan. Parameter normal meliputi panjang badan 48–52 cm, lingkar dada 30–38 cm, lingkar lengan atas 11–12 cm, denyut jantung 120–160 kali/menit, dan frekuensi napas 40–60 kali/menit. Skor APGAR biasanya >7, refleks primitif (*rooting, sucking, moro, grasping*) sudah baik, dan dalam 24 jam pertama bayi mengeluarkan mekonium serta urin.¹³

b. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir atau *Neonatus* di bagi dalam beberapa kasifikasi, yaitu:²²

- 1) *Neonatus* menurut masa gestasinya; Kurang bulan (preterm infant): 294 hari (42 minggu atau lebih)

- 2) *Neonatus* menurut berat badan lahir; Berat lahir rendah : < 2500 gram; Berat lahir cukup : 2500-4000 gram; Berat lahir lebih : > 4000 gram
- 3) *Neonatus* menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan); *Neonatus* cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB); Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)

c. Perawatan Bayi Baru Lahir

Perawatan bayi baru lahir dilakukan sejak usia 0–28 hari. Namun, perhatian utama diberikan pada 6 jam pertama setelah kelahiran karena periode ini merupakan masa penting dalam mencegah komplikasi. Pelayanan yang diberikan dikenal sebagai pelayanan *neonatal* esensial, yang dibagi menjadi tiga tahap sebagai berikut:²³

1) Perawatan usia 0–30 detik

Pada tahap ini, fokus utama adalah menilai apakah bayi memerlukan tindakan resusitasi. Langkah yang dilakukan:

- a) Menjaga kehangatan bayi dengan segera mengeringkan menggunakan kain bersih dan kering.
- b) Melakukan penilaian awal dengan melihat:
 - (1) Apakah bayi lahir cukup bulan?
 - (2) Apakah bayi langsung menangis atau bernapas?
 - (3) Apakah tonus otot baik atau bayi bergerak aktif?
 - (4) Apakah air ketuban jernih?²³

2) Perawatan usia 30 detik–90 menit

Tindakan yang dilakukan meliputi:

- a) Menjaga suhu tubuh bayi tetap hangat.
- b) Menjepit dan memotong tali pusat serta melakukan perawatan tali pusat.
- c) Melaksanakan Inisiasi Menyusu Dini (IMD).

- d) Memberikan identitas pada bayi.
- e) Memberikan salep mata tetrasiklin 1% sebagai pencegahan infeksi.
- f) Menyuntikkan vitamin K1 dosis 1 mg untuk mencegah perdarahan.²³

3) Perawatan usia 90 menit–6 jam

Pada tahap ini dilakukan:

- a) Pemeriksaan fisik lengkap dan pengukuran antropometri (berat badan, panjang badan, lingkar kepala).
- b) Pemberian imunisasi Hepatitis B dosis pertama (HB-0).
- c) Pemantauan tanda bahaya pada bayi baru lahir.²³

d. Adaptasi Bayi Baru Lahir

Adaptasi bayi baru lahir adalah proses penyesuaian bayi dari kehidupan di dalam rahim ke kehidupan di luar rahim. Proses ini umumnya berlangsung sejak lahir hingga sekitar satu bulan pertama kehidupan. Pada masa ini terjadi perubahan penting pada beberapa sistem tubuh, terutama sistem pernafasan, sistem sirkulasi darah, kemampuan mengatur suhu tubuh, serta kemampuan menggunakan glukosa sebagai sumber energi.²⁴

e. APGAR Score Nilai

Skor APGAR merupakan metode penilaian kondisi bayi baru lahir yang dilakukan pada menit pertama dan menit kelima setelah kelahiran. Penilaian ini bertujuan untuk mengetahui keadaan umum bayi dan melihat perkembangan kondisinya setelah lahir. Namun, skor APGAR tidak digunakan sebagai dasar utama dalam menentukan tindakan resusitasi. Jika bayi menunjukkan tanda membutuhkan pertolongan segera, tindakan resusitasi harus langsung dilakukan tanpa menunggu hasil penilaian APGAR.

Tabel 1. APGAR Score²⁵

Kriteria	Skor		
	0	1	2
Appearance (Warna Kulit)	Pucat	Badan Merah, Ekstremitas Biru	Seluruh Tubuh, Kemerahan
Pulse (Frekuensi Jantung)	Tidak Ada	<100	>100
Grimace (Reaksi terhadap Rangsangan)	Tidak Ada	Sedikit Gerakan Mimik	Menangis, Batuk/Bersin
Activity (Tonus Otot)	Lumpuh	Ekstremitas dalam Fleksi Sedikit	Gerakan Aktif
Respiration (Usaha Nafas)	Tidak Ada	Lemah, Tidak Teratur	Menangis Kuat

Interpretasi:

7-10 : Asfiksia Ringan (Normal)

4-6 : Asfiksia Sedang

0-3 : Asfiksia Ringan

f. Asuhan Bayi Baru Lahir

Asuhan bayi baru lahir merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan segera setelah bayi dilahirkan untuk memastikan bayi dapat beradaptasi dengan lingkungan luar rahim serta mencegah terjadinya komplikasi pada masa *neonatal*.⁶

1) Pencegahan infeksi

Pencegahan infeksi dilakukan dengan menerapkan prinsip kebersihan selama penanganan bayi, seperti mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan, menggunakan alat yang steril, serta menjaga lingkungan tetap bersih. Tindakan ini penting karena sistem kekebalan bayi baru lahir masih belum sempurna sehingga lebih rentan terhadap infeksi.^{6,23}

2) Penilaian segera setelah lahir

Segera setelah bayi lahir dilakukan penilaian awal untuk mengetahui kondisi bayi. Penilaian ini mencakup apakah bayi

lahir cukup bulan, keadaan air ketuban, kemampuan bayi bernapas atau menangis, serta tonus otot dan aktivitas bayi. Hasil penilaian ini digunakan untuk menentukan apakah bayi membutuhkan tindakan resusitasi atau tidak.^{23,25}

3) Pencegahan kehilangan panas

Bayi baru lahir sangat mudah mengalami hipotermia karena mekanisme pengaturan suhu tubuhnya belum sempurna. Kehilangan panas dapat terjadi melalui konduksi, konveksi, radiasi, dan evaporasi. Oleh karena itu bayi harus segera dikeringkan, dilakukan kontak kulit dengan ibu, diselimuti dengan kain kering terutama pada bagian kepala, serta ditempatkan di lingkungan yang hangat. Bayi juga dianjurkan tidak dimandikan sebelum suhu tubuh stabil.^{23,24}

4) Perawatan tali pusat

Perawatan tali pusat dilakukan secara bersih dan aseptik untuk mencegah infeksi. Tali pusat dijepit atau diikat sekitar 1 cm dari pusat bayi menggunakan klem atau benang steril. Setelah itu bayi diselimuti kembali dengan kain bersih dan kering untuk menjaga kehangatan tubuhnya.²³

5) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Bayi dianjurkan untuk melakukan kontak kulit dengan ibu segera setelah lahir selama kurang lebih satu jam. Pada proses ini bayi dibiarkan mencari puting susu ibu secara alami sehingga dapat mulai menyusui. IMD membantu menstabilkan suhu tubuh bayi, meningkatkan keberhasilan menyusui, dan memperkuat ikatan ibu dan bayi.^{21,23}

6) Pemberian ASI

Pemberian ASI sebaiknya dimulai dalam satu jam pertama setelah bayi lahir. Kolostrum yang terdapat pada ASI awal mengandung antibodi yang bermanfaat untuk meningkatkan

daya tahan tubuh bayi. Selain itu, proses menyusui juga dapat merangsang kontraksi *uterus* pada ibu.^{21,23}

7) Pencegahan infeksi mata

Untuk mencegah infeksi mata pada bayi baru lahir, diberikan salep atau tetes mata antibiotik seperti tetrasiklin 1%. Pemberian ini biasanya dilakukan setelah bayi selesai melakukan IMD.²³

8) Pemberian vitamin K1

Bayi baru lahir diberikan vitamin K1 untuk mencegah terjadinya perdarahan akibat kekurangan vitamin K. Vitamin K biasanya diberikan dengan dosis 1 mg secara intramuskular pada paha bayi.²³

9) Pemberian imunisasi

Imunisasi hepatitis B diberikan pada bayi baru lahir untuk mencegah penularan virus hepatitis B dari ibu ke bayi. Imunisasi ini umumnya diberikan beberapa jam setelah bayi lahir dan setelah pemberian vitamin K.²³

10) Pemeriksaan bayi baru lahir

Setelah kondisi bayi stabil dan proses IMD selesai, dilakukan pemeriksaan fisik lengkap. Pemeriksaan ini meliputi penilaian kondisi umum bayi serta pengukuran antropometri seperti berat badan, panjang badan, dan lingkar kepala.²³

g. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Tanda bahaya pada bayi baru lahir merupakan kondisi atau gejala yang menunjukkan adanya gangguan kesehatan serius pada bayi. Apabila tanda-tanda ini muncul, bayi harus segera mendapatkan penanganan dari tenaga kesehatan untuk mencegah komplikasi yang lebih berat. Beberapa tanda bahaya pada bayi baru lahir antara lain:⁶

1) Bayi tidak mau menyusu atau selalu memuntahkan ASI atau susu yang diminum

Bayi yang menolak menyusu atau muntah terus-menerus dapat menandakan adanya gangguan pada sistem pencernaan atau kondisi kesehatan yang serius.

2) Kejang

Kejang pada bayi baru lahir dapat menjadi tanda adanya gangguan pada sistem saraf, infeksi, atau masalah metabolik yang memerlukan penanganan segera.

3) Bayi tampak sangat lemah

Bayi terlihat tidak aktif, tidak bertenaga, atau hanya bergerak sedikit saat dirangsang atau disentuh.

4) Mengalami kesulitan bernapas

Bayi tampak sesak napas, napas cepat, atau terdapat tarikan dinding dada saat bernapas.

5) Bayi mengeluarkan suara merintih

Suara merintih saat bernapas dapat menjadi tanda gangguan pernapasan pada bayi baru lahir.

6) Tali pusat tampak kemerahan hingga menjalar ke dinding perut
Kondisi ini dapat menunjukkan adanya infeksi pada tali pusat (omfalitis).

7) Perubahan suhu tubuh

Bayi mengalami demam dengan suhu tubuh lebih dari 37,5°C atau justru mengalami hipotermia dengan suhu kurang dari 36,5°C.

8) Mata bayi mengeluarkan banyak kotoran atau nanah

Infeksi pada mata dapat menyebabkan keluarnya cairan bernanah yang jika tidak segera ditangani dapat menimbulkan gangguan penglihatan.

9) Diare disertai tanda dehidrasi

Bayi mengalami diare dengan tanda-tanda seperti mata cekung, kesadaran menurun, dan kulit perut yang kembali lambat saat dicubit.

10) Kulit bayi tampak kuning

Perubahan warna kulit menjadi kuning dapat menandakan terjadinya *ikterus neonatorum* yang perlu dipantau dan ditangani jika terjadi secara berlebihan.^{6,12}

h. Asuhan pada Masa *Neonatal*

Pelayanan kesehatan pada masa *neonatal* merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada bayi sejak lahir sampai usia 28 hari. Pelayanan ini dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten sesuai standar pelayanan kesehatan *neonatal*. Berdasarkan ketentuan pelayanan kesehatan ibu dan anak, bayi baru lahir perlu mendapatkan minimal tiga kali kunjungan *neonatal*, baik di fasilitas pelayanan kesehatan maupun melalui kunjungan rumah. Kunjungan ini bertujuan untuk memantau kondisi kesehatan bayi serta mendeteksi secara dini jika terdapat masalah kesehatan.²⁶

1) Kunjungan *Neonatal* Pertama (KN 1)

Kunjungan *neonatal* pertama dilakukan pada 6–48 jam setelah bayi lahir. Pada kunjungan ini dilakukan beberapa tindakan, yaitu:

a) Menjaga suhu tubuh bayi

Bayi dianjurkan tidak dimandikan sebelum minimal enam jam setelah lahir dan hanya dilakukan jika kondisi bayi stabil dengan suhu tubuh sekitar 36,5°C. Bayi juga perlu dibungkus dengan kain yang bersih, kering, dan hangat serta bagian kepala harus tertutup untuk mencegah kehilangan panas.

b) Pemeriksaan fisik bayi

Tenaga kesehatan melakukan pemeriksaan kondisi umum bayi untuk menilai apakah terdapat kelainan atau gangguan kesehatan.

c) Konseling pemberian ASI

Ibu diberikan edukasi mengenai pentingnya pemberian ASI sejak dini serta cara menyusui yang benar.

d) Perawatan tali pusat

Tali pusat dijaga agar tetap bersih dan kering untuk mencegah terjadinya infeksi.

e) Pencegahan infeksi dan edukasi tanda bahaya

Ibu diberikan penjelasan mengenai tanda bahaya pada bayi baru lahir sehingga dapat segera mencari pertolongan kesehatan apabila bayi mengalami keluhan.²⁶

2) Kunjungan *Neonatal* Kedua (KN 2)

Kunjungan *neonatal* kedua dilakukan pada hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah kelahiran. Pelayanan yang diberikan meliputi:

a) Menjaga kebersihan dan kondisi tali pusat

Tali pusat harus tetap dalam keadaan bersih dan kering hingga lepas dengan sendirinya.

b) Menjaga kebersihan bayi

Bayi perlu dirawat dengan menjaga kebersihan tubuh dan lingkungannya.

c) Pemantauan tanda bahaya pada bayi

Tenaga kesehatan memeriksa kemungkinan adanya infeksi, ikterus (kuning), diare, berat badan rendah, serta masalah dalam pemberian ASI.

d) Pemberian ASI yang cukup

Bayi dianjurkan menyusui secara sering, sekitar 10–15 kali dalam 24 jam, terutama pada dua minggu pertama setelah lahir.

e) Menjaga keamanan bayi

Keluarga diingatkan untuk menjaga keselamatan bayi dalam aktivitas sehari-hari.

- f) Menjaga suhu tubuh bayi
Bayi harus tetap berada di lingkungan yang hangat untuk mencegah hipotermia.
 - g) Konseling kepada ibu dan keluarga
Tenaga kesehatan memberikan edukasi tentang pemberian ASI eksklusif, pencegahan hipotermia, serta perawatan bayi baru lahir di rumah dengan memanfaatkan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) sebagai panduan.
 - h) Penanganan atau rujukan bila ditemukan masalah
Apabila ditemukan kelainan atau gangguan kesehatan pada bayi, maka dilakukan penanganan atau rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap.²⁶
- 4) Kunjungan *Neonatal* Ketiga (KN 3)
- Kunjungan *neonatal* ketiga dilakukan pada hari ke-8 hingga hari ke-28 setelah kelahiran. Kegiatan yang dilakukan antara lain:
- a) Pemeriksaan fisik bayi
Dilakukan untuk menilai pertumbuhan dan kondisi kesehatan bayi secara umum.
 - b) Menjaga kebersihan bayi
Kebersihan bayi dan lingkungannya tetap perlu diperhatikan agar terhindar dari infeksi.
 - c) Edukasi tanda bahaya pada bayi baru lahir
Ibu diberikan informasi kembali mengenai tanda-tanda bahaya yang perlu diwaspadai.
 - d) Konseling pemberian ASI
Ibu dianjurkan tetap memberikan ASI secara cukup, sekitar 10–15 kali sehari terutama pada minggu-minggu awal kehidupan bayi.
 - e) Menjaga keamanan bayi
Orang tua diingatkan untuk menjaga keselamatan bayi di lingkungan rumah.

f) Menjaga suhu tubuh bayi

Bayi perlu tetap berada di lingkungan yang hangat untuk mencegah hipotermia.

g) Konseling perawatan bayi di rumah

Tenaga kesehatan memberikan edukasi mengenai pemberian ASI eksklusif, pencegahan hipotermia, serta perawatan bayi menggunakan panduan dari Buku KIA.

h) Edukasi imunisasi BCG

Ibu diberikan informasi mengenai imunisasi *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG) yang berfungsi untuk memberikan kekebalan terhadap penyakit tuberkulosis (TBC). Imunisasi BCG umumnya diberikan sebelum bayi berusia 2 bulan dengan dosis 0,05 ml secara intrakutan pada lengan kanan atas.

i) Penanganan atau rujukan bila diperlukan

Apabila ditemukan masalah kesehatan pada bayi, tenaga kesehatan akan memberikan penanganan atau merujuk bayi ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap.²⁶

5. Konsep Dasar Nifas dan Menyusui

a. Definisi

Masa nifas merupakan periode setelah persalinan ketika tubuh ibu mengalami proses pemulihan dan penyesuaian kembali seperti kondisi sebelum kehamilan. Masa ini dimulai setelah plasenta lahir dan berlangsung hingga organ-organ reproduksi kembali mendekati keadaan normal seperti sebelum hamil. Pada masa ini terjadi berbagai perubahan, baik secara fisiologis maupun psikologis, sebagai bagian dari proses adaptasi tubuh ibu setelah melahirkan.²⁷

Secara umum, masa nifas berlangsung sekitar 6 minggu atau 42 hari setelah persalinan, meskipun proses pemulihan tubuh secara keseluruhan dapat berlangsung hingga sekitar tiga bulan. Selama

periode ini, tubuh ibu mengalami perubahan pada organ reproduksi, sistem hormonal, serta penyesuaian dalam proses menyusui dan perawatan bayi.²⁷

b. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Asuhan masa nifas bertujuan untuk memantau kondisi kesehatan ibu dan bayi setelah persalinan, memastikan proses pemulihan tubuh ibu berjalan dengan baik, serta mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya komplikasi. Periode nifas merupakan masa yang berisiko karena sebagian besar kematian ibu terjadi setelah persalinan, terutama pada 24 jam pertama. Oleh karena itu, pemantauan dan perawatan yang tepat selama masa nifas sangat penting untuk menjaga kesehatan ibu, mendukung keberhasilan pemberian ASI, serta membantu ibu beradaptasi dalam merawat bayinya.²⁶

c. Tahapan Masa Nifas

Masa nifas dibagi menjadi beberapa tahapan berdasarkan waktu dan proses pemulihan tubuh ibu setelah persalinan, yaitu:²⁶

1) Puerperium dini (*immediate Postpartum*)

Tahap ini berlangsung 0–24 jam setelah persalinan. Pada masa ini ibu perlu pemantauan ketat karena risiko perdarahan *Postpartum* paling sering terjadi. Kondisi ibu yang mulai pulih ditandai dengan kemampuan untuk berdiri dan melakukan aktivitas ringan secara bertahap.²⁶

2) Puerperium *intermediat* (*early Postpartum*)

Tahap ini terjadi pada hari ke-1 sampai hari ke-7 setelah persalinan. Pada masa ini dipastikan proses *involution uteri* berjalan normal, tidak ada perdarahan berlebih, *lochea* tidak berbau, serta ibu dapat menyusui dengan baik dan memperoleh nutrisi yang cukup.²⁶

3) Puerperium lanjut (*late Postpartum*)

Tahap ini berlangsung sekitar 1–6 minggu setelah persalinan. Pada periode ini tubuh ibu terus mengalami pemulihan hingga mendekati kondisi sebelum hamil, serta dilakukan pemantauan kesehatan ibu dan konseling mengenai perencanaan keluarga.²⁶

d. Perubahan-perubahan pada Masa Nifas

Setelah persalinan, tubuh ibu akan mengalami berbagai perubahan fisiologis dan psikologis sebagai proses pemulihan menuju kondisi sebelum hamil. Perubahan tersebut terjadi pada beberapa sistem tubuh, antara lain:⁶

1) Perubahan sistem reproduksi

Perubahan terjadi pada organ reproduksi seperti *uterus* yang mengalami *involutio* atau pengecilan secara bertahap hingga kembali mendekati ukuran sebelum hamil. Selain itu, terjadi pengeluaran *lochea* yang terdiri dari *lochea rubra*, *sanguinolenta*, *serosa*, dan *alba*. Serviks menjadi lunak setelah persalinan kemudian berangsur menutup kembali. *Vulva* dan *vagina* yang mengalami peregangan saat persalinan juga akan kembali ke kondisi semula secara bertahap. Pada payudara terjadi proses laktasi, yaitu produksi dan pengeluaran ASI yang dipengaruhi oleh hormon prolaktin dan oksitosin.^{6,27}

2) Perubahan sistem pencernaan

Setelah persalinan dapat terjadi keluhan seperti konstipasi atau rasa panas pada lambung, yang dipengaruhi oleh perubahan hormon, kurangnya cairan, serta nyeri pada *perineum*.⁶

3) Perubahan sistem perkemihan

Beberapa hari setelah persalinan dapat terjadi diuresis akibat perubahan fungsi saluran kemih. Kandung kemih pada awal *Postpartum* dapat mengalami edema dan penurunan tonus akibat tekanan selama proses persalinan.⁶

4) Perubahan sistem *musculoskeletal*

Otot *uterus* akan berkontraksi setelah persalinan untuk menghentikan perdarahan. Ligamen dan jaringan penunjang yang meregang selama kehamilan akan kembali secara bertahap. Latihan fisik ringan atau senam nifas dapat membantu pemulihan otot.^{6,27}

5) Perubahan sistem *endokrin*

Setelah plasenta lahir, kadar hormon *estrogen* dan *progesteron* menurun, sedangkan hormon prolaktin meningkat sehingga merangsang produksi ASI.²⁸

6) Perubahan sistem kardiovaskular

Setelah persalinan terjadi penyesuaian pada sistem peredaran darah akibat perubahan volume darah dan berhentinya aliran darah ke plasenta.⁶

7) Perubahan sistem hematologi

Pada masa *Postpartum* terjadi peningkatan jumlah sel darah putih (*leukositosis*) serta perubahan pada faktor pembekuan darah.⁶

8) Perubahan tanda vital

Beberapa perubahan yang dapat terjadi meliputi peningkatan suhu tubuh ringan dalam 24 jam pertama, perubahan denyut nadi, tekanan darah, dan frekuensi pernapasan sebagai bagian dari proses adaptasi tubuh setelah melahirkan.⁶

9) Perubahan psikologis

Ibu juga mengalami adaptasi psikologis setelah persalinan. Menurut teori Rubin, terdapat tiga fase adaptasi, yaitu:

- a) *Taking in* (1–3 hari *Postpartum*): ibu masih fokus pada dirinya dan pengalaman persalinan.
- b) *Taking hold* (3–10 hari *Postpartum*): ibu mulai belajar merawat bayinya dan menerima peran sebagai ibu.

c) *Letting go* (setelah ± 10 hari *Postpartum*): ibu mulai menyesuaikan diri dengan peran barunya serta tanggung jawab dalam merawat bayi.²⁷

e. Fisiologi Menyusui

Fisiologi menyusui melibatkan dua mekanisme utama, yaitu produksi ASI dan pengeluaran ASI (*let-down reflex*). Setelah persalinan, penurunan hormon dari plasenta merangsang kelenjar hipofisis menghasilkan hormon prolaktin yang berperan dalam produksi ASI. Ketika bayi menghisap puting susu, rangsangan saraf akan memicu pelepasan hormon oksitosin yang menyebabkan refleks pengeluaran ASI dari *alveoli* melalui saluran susu hingga keluar melalui puting sehingga bayi dapat menyusui dengan baik. Keberhasilan menyusui didukung oleh beberapa periode penting, yaitu:

- 1) Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dalam 1 jam setelah bayi lahir.
- 2) ASI eksklusif selama 6 bulan tanpa makanan tambahan.
- 3) Pemberian MP-ASI setelah bayi berusia 6 bulan.
- 4) Melanjutkan pemberian ASI hingga usia 2 tahun atau lebih.^{21,28}

Manajemen laktasi sebaiknya dimulai sejak masa kehamilan dengan melakukan perawatan payudara serta mendapatkan dukungan keluarga agar proses menyusui dapat berjalan dengan baik.²⁸

f. Pelayanan Masa Nifas

Pelayanan masa nifas dilakukan untuk memantau kesehatan ibu dan bayi setelah persalinan. Kunjungan nifas biasanya dilakukan beberapa kali yang dikenal sebagai kunjungan nifas (KF). Menurut pedoman pelayanan kesehatan, kunjungan nifas dilakukan pada:²⁰

- 1) KF 1: 6 jam–2 hari setelah persalinan
- 2) KF 2: 3–7 hari setelah persalinan
- 3) KF 3: 8–28 hari setelah persalinan
- 4) KF 4: 29–42 hari setelah persalinan

Pelayanan nifas dilakukan oleh tenaga kesehatan seperti bidan atau dokter.²⁰ Kegiatan yang dilakukan dalam pelayanan masa nifas meliputi:

- 1) Anamnesis atau pengkajian kondisi ibu
- 2) Pemeriksaan tanda vital (tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu)
- 3) Pemeriksaan lochia dan perdarahan
- 4) Pemeriksaan kondisi jalan lahir dan tanda infeksi
- 5) Pemeriksaan kontraksi rahim dan tinggi *fundus* uteri
- 6) Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI Eksklusif
- 7) Pemberian kapsul vitamin A (2 kapsul)
- 8) Pemeriksaan kondisi mental ibu
- 9) Pelayanan kontrasepsi pasca persalinan
- 10) Skrining kesehatan jiwa
- 11) Pemberian KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi)
- 12) Deteksi risiko dan komplikasi masa nifas²⁰

g. Tanda Bahaya Masa Nifas

Tanda bahaya pada masa nifas merupakan kondisi yang perlu segera mendapatkan penanganan tenaga kesehatan karena dapat membahayakan kesehatan ibu. Beberapa tanda bahay tersebut anatra lain:²⁰

- 1) Perdarahan banyak melalui jalan lahir.
- 2) Demam tinggi yang berlangsung lebih dari dua hari.
- 3) Keluar cairan berbau tidak sedap dari jalan lahir.
- 4) Payudara bengkak, merah, dan terasa sangat nyeri.
- 5) Nyeri ulu hati, sakit kepala hebat, pandangan kabur, mual muntah, atau kejang yang dapat disertai bengkak pada wajah, tangan, dan kaki.
- 6) Ibu merasa sangat sedih, murung, atau menangis tanpa sebab.

Jika ibu mengalami salah satu tanda bahaya tersebut, ibu dianjurkan segera memeriksakan diri ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan penanganan yang tepat.²⁰

h. Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

Pada masa nifas, ibu memerlukan beberapa kebutuhan dasar untuk membantu proses pemulihan tubuh serta mendukung produksi ASI. Kebutuhan tersebut antara lain:

1) Nutrisi dan cairan

Ibu nifas membutuhkan tambahan sekitar 500 kalori per hari untuk membantu pemulihan dan produksi ASI. Makanan yang dikonsumsi harus bergizi seimbang yang mengandung karbohidrat, protein, lemak, vitamin, dan mineral. Sumber nutrisi dapat diperoleh dari nasi, umbi-umbian, daging, telur, ikan, susu, kacang-kacangan, sayur, dan buah. Ibu juga dianjurkan minum sekitar 2–3 liter air setiap hari, mengonsumsi tablet zat besi selama ± 40 hari, serta vitamin A untuk mendukung kesehatan ibu dan bayi.^{29,36}

2) Ambulasi (mobilisasi)

Ibu dianjurkan melakukan mobilisasi dini, yaitu mulai bangun dan bergerak beberapa jam setelah persalinan jika kondisi memungkinkan. Hal ini bertujuan untuk memperlancar peredaran darah, membantu pengeluaran *lochea*, serta mempercepat proses pemulihan tubuh.²⁹

3) Eliminasi

Ibu perlu memperhatikan pola buang air kecil dan buang air besar setelah melahirkan. Kandung kemih yang terlalu penuh dapat menghambat kontraksi rahim. Untuk mencegah konstipasi, ibu dianjurkan mengonsumsi makanan berserat, minum cukup air, dan melakukan mobilisasi.

4) Miksi (BAK)

Pengeluaran urin biasanya meningkat pada 24–48 jam pertama setelah persalinan. Ibu dianjurkan untuk berkemih secara spontan dan tidak menahan buang air kecil. Jika terjadi kesulitan berkemih, dapat dilakukan tindakan medis seperti kateterisasi.²⁹

5) Defekasi (BAB)

Buang air besar biasanya terjadi 2–3 hari setelah persalinan. Jika ibu mengalami kesulitan BAB, dapat dibantu dengan konsumsi makanan tinggi serat, minum cukup cairan, dan mobilisasi dini. Bila perlu dapat diberikan obat pencahar sesuai anjuran tenaga kesehatan.²⁹

6) Menjaga kebersihan diri

Kebersihan tubuh sangat penting untuk mencegah infeksi, terutama pada daerah genitalia. Ibu dianjurkan membersihkan daerah *perineum* dengan benar, mengganti pembalut secara teratur, menggunakan pakaian yang bersih dan menyerap keringat, serta menjaga kebersihan rambut dan tubuh dengan mandi secara teratur.^{29,48}

7) Istirahat

Ibu memerlukan istirahat yang cukup untuk mempercepat proses pemulihan. Dianjurkan beristirahat saat bayi tidur serta meminta bantuan keluarga dalam merawat bayi agar ibu tidak mengalami kelelahan.^{29,36}

8) Kebutuhan seksual

Hubungan seksual setelah persalinan dapat dilakukan kembali setelah kondisi ibu pulih dan merasa nyaman. Dukungan serta pengertian dari pasangan sangat penting dalam menyesuaikan peran baru sebagai orang tua.²⁹

9) Keluarga berencana

Program keluarga berencana dengan penggunaan alat kontrasepsi bertujuan untuk menentukan waktu ingin hamil, mengatur jarak kehamilan maupun memberhentikan kesuburan. Demi kesehatan, pasangan suami istri dianjurkan untuk mengikuti program KB. Jarak kelahiran yang baik adalah 3-5 tahun sedangkan usia reproduksi sehat bagi ibu adalah 20-35 tahun.^{30,32}

10) Dukungan

Dukungan dari suami, anggota keluarga dan tenaga kesehatan memiliki arti tersendiri bagi ibu nifas dan masa menyusui. Ibu perlu mendapat dukungan agar ibu merasa mampu dan berdaya dalam merawat diri dan bayinya. Dukungan yang diberikan dapat berupa dukungan material, dukungan emosional, dukungan penghargaan dan dukungan informasional. Dukungan sekitarnya juga akan membantu ibu dalam kelancaran menyusui.³⁶

6. Konsep Dasar Keluarga Berencana (KB)

a. Definisi

Keluarga Berencana (KB) merupakan upaya untuk mengatur jumlah anak serta jarak antar kehamilan melalui penggunaan metode kontrasepsi. Program ini juga mencakup berbagai kegiatan yang mendukung terwujudnya keluarga berkualitas melalui promosi kesehatan reproduksi, perlindungan, serta pemenuhan hak-hak reproduksi pasangan usia subur. Melalui pelaksanaan KB, pasangan suami istri dapat merencanakan usia perkawinan yang ideal, menentukan jumlah anak, serta mengatur jarak kelahiran guna meningkatkan ketahanan dan kesejahteraan keluarga, terutama bagi ibu dan anak. Selain itu, pelayanan keluarga berencana berperan penting dalam upaya percepatan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) karena membantu pengaturan waktu, jumlah, dan jarak kehamilan sehingga risiko komplikasi yang membahayakan ibu maupun janin dapat diminimalkan.²⁹

b. Tujuan Keluarga Berencana

Program Keluarga Berencana (KB) bertujuan meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mendukung terbentuknya keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengaturan kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk. Program ini juga membantu pasangan suami istri merencanakan jumlah serta jarak kelahiran

anak sesuai dengan kondisi sosial dan ekonomi keluarga sehingga kebutuhan hidup dapat terpenuhi dengan baik.²⁹

Pelayanan KB menjadi bagian penting dari pelayanan kesehatan reproduksi esensial yang perlu mendapatkan perhatian karena kualitas pelayanan yang baik dapat meningkatkan kesehatan ibu, bayi, dan anak. Selain itu, penggunaan kontrasepsi dalam pelayanan kesehatan reproduksi mendukung pengaturan kehamilan sekaligus memenuhi hak setiap individu dalam menjalani kehidupan reproduksi secara sehat dan bertanggung jawab.²⁹

c. Manfaat Program Keluarga Berencana

Program Keluarga Berencana (KB) memberikan berbagai keuntungan bagi ibu, anak, suami, dan keluarga secara keseluruhan.²⁹

1) Manfaat bagi ibu

Pengaturan jarak dan jumlah kehamilan membantu ibu menjaga kondisi kesehatan tubuh. Selain itu, ibu memiliki waktu yang lebih cukup untuk memulihkan diri setelah persalinan, merawat anak, serta meningkatkan kesejahteraan psikologis dan sosial.²⁹

2) Manfaat bagi anak

Perencanaan kelahiran memungkinkan anak memperoleh perhatian, kasih sayang, dan perawatan yang lebih optimal sehingga proses pertumbuhan dan perkembangan dapat berlangsung dengan baik.²⁹

3) Manfaat bagi suami

Perencanaan keluarga membantu mengurangi kekhawatiran terkait kehamilan yang tidak direncanakan. Hal ini juga memberikan kesempatan bagi suami untuk lebih fokus pada kesehatan, pekerjaan, serta kebersamaan dengan keluarga.²⁹

4) Manfaat bagi keluarga

Jumlah anggota keluarga yang terencana dapat meningkatkan kualitas kehidupan keluarga. Setiap anggota keluarga memiliki

peluang yang lebih baik untuk memperoleh pendidikan, perhatian, serta pemenuhan kebutuhan hidup.²⁹

d. Sasaran Keluarga Berencana

Sasaran utama program Keluarga Berencana (KB) ditujukan kepada pasangan usia subur (PUS), yaitu pasangan dengan wanita berusia 15–49 tahun. Kelompok ini memiliki kemungkinan lebih tinggi untuk mengalami kehamilan karena berada pada masa reproduksi aktif dan melakukan hubungan seksual secara teratur. Oleh karena itu, pasangan usia subur diharapkan dapat berpartisipasi secara berkelanjutan dalam program KB sehingga mampu membantu mengendalikan angka kelahiran dan menurunkan tingkat fertilitas.²⁹

e. Kontrasepsi

Kontrasepsi digunakan dalam program keluarga berencana untuk membantu mengatur kehamilan serta merencanakan jumlah dan jarak kelahiran anak.²⁹

1) Pengertian Kontrasepsi

Kontrasepsi digunakan sebagai cara untuk mencegah terjadinya kehamilan. Istilah ini berasal dari kata kontra yang berarti mencegah dan konsepsi yang mengacu pada proses pembuahan antara sel telur dan sperma. Dengan demikian, kontrasepsi bertujuan menghindari terjadinya pembuahan yang dapat menyebabkan kehamilan. Upaya pencegahan ini dapat dilakukan secara sementara maupun permanen melalui berbagai metode yang tersedia.²⁹

2) Cara Kerja Kontrasepsi

Secara umum, metode kontrasepsi bekerja dengan mencegah pertemuan antara sel telur (*ovum*) dan sel sperma. Mekanisme tersebut dapat dilakukan dengan beberapa cara, seperti menghambat pelepasan sel telur dari ovarium (ovulasi), menghalangi masuknya sperma ke dalam saluran reproduksi

wanita, atau mencegah hasil pembuahan menempel pada dinding rahim.²⁹

3) Efektivitas Kontrasepsi

Tingkat keberhasilan penggunaan kontrasepsi sangat dipengaruhi oleh cara pemakaian dalam kehidupan sehari-hari. Ketidaksiplinan atau kesalahan dalam penggunaan dapat menurunkan efektivitas metode kontrasepsi, terutama pada metode jangka pendek. Oleh karena itu, kepatuhan akseptor dalam mengikuti petunjuk penggunaan sangat penting untuk mencegah terjadinya kehamilan yang tidak direncanakan.²⁹

4) Syarat Metode Kontrasepsi yang Baik

Suatu metode kontrasepsi sebaiknya memiliki beberapa kriteria agar dapat digunakan secara optimal, antara lain:

- a) Aman digunakan dan tidak menimbulkan efek samping yang berat.
- b) Memiliki efektivitas yang tinggi dalam mencegah kehamilan.
- c) Dapat diterima oleh masyarakat, yang dipengaruhi oleh faktor usia, budaya, agama, serta kondisi sosial ekonomi.
- d) Biaya penggunaan terjangkau.
- e) Kesuburan dapat kembali setelah penggunaan dihentikan, kecuali pada metode kontrasepsi permanen.²⁹

f. Macam-Macam Metode Kontrasepsi

Metode kontrasepsi digunakan untuk membantu pasangan usia subur mengatur jumlah dan jarak kehamilan. Secara umum, metode KB dibagi menjadi beberapa jenis, yaitu:²⁹

1) Metode Tradisional

Metode tradisional merupakan cara pencegahan kehamilan yang telah lama digunakan oleh masyarakat, namun tingkat keberhasilannya relatif rendah karena tidak menggunakan alat maupun obat. Contoh metode ini antara lain senggama terputus

(*coitus interruptus*), penggunaan cairan pembersih vagina setelah hubungan seksual, serta berbagai praktik tradisional lainnya.²⁹

2) Metode Alamiah Tanpa Alat

Metode ini memanfaatkan tanda-tanda alami yang terjadi pada tubuh wanita untuk menentukan masa subur sehingga pasangan dapat menghindari hubungan seksual pada periode tersebut. Beberapa metode yang termasuk dalam kelompok ini antara lain:

- a) Metode kalender, yaitu memperkirakan masa subur berdasarkan siklus menstruasi.
- b) Metode suhu basal tubuh, yaitu mengamati perubahan suhu tubuh wanita setelah ovulasi.
- c) Metode lendir serviks, yaitu memperhatikan perubahan lendir pada leher rahim untuk mengetahui masa subur.
- d) Metode pantang berkala, yaitu menghindari hubungan seksual pada masa subur.
- e) Metode amenorea laktasi (MAL), yaitu pencegahan kehamilan secara alami selama ibu menyusui secara eksklusif.
- f) Senggama terputus, yaitu menarik penis dari vagina sebelum ejakulasi.²⁹

3) Metode Barrier (Menggunakan Alat)

Metode barrier menggunakan alat yang berfungsi menghalangi sperma agar tidak mencapai sel telur. Beberapa contoh metode ini yaitu:

- a) Kondom, digunakan oleh pria saat berhubungan seksual untuk mencegah masuknya sperma ke dalam vagina.
- b) Spermisida, berupa zat kimia yang berfungsi membunuh atau melemahkan sperma.
- c) Diafragma, alat berbentuk kubah yang dimasukkan ke dalam vagina untuk menutupi leher rahim.

- d) Kap serviks, alat yang dipasang pada leher rahim untuk menghambat masuknya sperma.²⁹

4) Metode Modern

Metode modern memiliki tingkat efektivitas yang lebih tinggi dibandingkan metode tradisional. Metode ini dibagi menjadi dua kelompok, yaitu:

a) Metode hormonal

Metode ini bekerja dengan mempengaruhi hormon reproduksi wanita sehingga dapat mencegah ovulasi atau menghambat pertemuan sperma dan *ovum*. Contohnya:

- (1) Pil kontrasepsi
- (2) Suntikan KB
- (3) Implan atau susuk KB

b) Metode non hormonal

Metode ini tidak menggunakan hormon dalam mekanisme kerjanya. Contohnya yaitu Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR/IUD) yang dipasang di dalam rahim untuk mencegah terjadinya pembuahan.

c) Metode Kontrasepsi Mantap (Permanen)

Metode ini digunakan oleh pasangan yang tidak menginginkan kehamilan lagi karena bersifat permanen dan dilakukan melalui tindakan medis.

(1) Pada wanita

Disebut Medis Operatif Wanita (MOW) atau tubektomi, yaitu tindakan menutup atau memotong tuba falopi sehingga sel telur tidak dapat bertemu dengan sperma.

(2) Pada pria

Disebut Medis Operatif Pria (MOP) atau vasektomi, yaitu tindakan memotong atau menutup vas deferens sehingga sperma tidak keluar bersama cairan semen.²⁹

g. Metode Kontrasepsi *Intrauterine Device* (IUD)

Intrauterine Device (IUD) atau Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) merupakan salah satu metode kontrasepsi jangka panjang yang dipasang di dalam kavum uteri untuk mencegah terjadinya kehamilan. IUD termasuk metode kontrasepsi yang efektif, aman, reversibel, dan memiliki tingkat keberhasilan yang tinggi dengan angka kegagalan yang rendah. Alat ini dapat digunakan oleh wanita usia reproduksi, termasuk ibu pascapersalinan yang menginginkan penundaan atau pembatasan kehamilan.^{29,30,31}

Secara umum, IUD dibedakan menjadi dua jenis, yaitu IUD tembaga (*Copper IUD*) dan IUD hormonal yang mengandung levonorgestrel. IUD tembaga bekerja dengan melepaskan ion tembaga yang menimbulkan reaksi inflamasi lokal pada *endometrium* sehingga menghambat pergerakan dan viabilitas sperma serta mencegah terjadinya fertilisasi. Sementara itu, IUD hormonal bekerja dengan melepaskan hormon progestin yang menyebabkan penebalan mukus serviks, menghambat penetrasi sperma, mengubah *endometrium* sehingga tidak mendukung implantasi, dan pada beberapa wanita dapat menekan ovulasi.^{29,32}

Metode kontrasepsi IUD memiliki beberapa kelebihan, antara lain efektif dalam jangka panjang, tidak memerlukan kepatuhan harian seperti pil kontrasepsi, tidak mengganggu aktivitas seksual, serta dapat segera mengembalikan kesuburan setelah alat dilepas. Selain itu, IUD dapat dipasang segera setelah persalinan atau dalam periode *Postpartum* sebagai salah satu upaya untuk mencegah kehamilan yang tidak direncanakan dan mengatur jarak kehamilan.^{30,32} Penelitian Kefeni dkk. menunjukkan bahwa penerimaan penggunaan IUD pascapersalinan dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan, konseling petugas kesehatan, dukungan pasangan, dan pengalaman penggunaan kontrasepsi sebelumnya.³⁰

Meskipun demikian, penggunaan IUD juga dapat

menimbulkan beberapa efek samping seperti nyeri perut bagian bawah, perdarahan menstruasi yang lebih banyak terutama pada pengguna IUD tembaga, perdarahan bercak (*spotting*), serta risiko ekspulsi atau keluarnya alat secara spontan. Pada kasus yang jarang terjadi, pemasangan IUD dapat menyebabkan perforasi *uterus* atau infeksi panggul apabila prosedur pemasangan tidak dilakukan sesuai standar.^{29,32} Oleh karena itu, sebelum pemasangan IUD diperlukan konseling yang komprehensif mengenai manfaat, cara kerja, efek samping, dan kemungkinan komplikasi sehingga akseptor dapat memilih metode kontrasepsi yang sesuai dengan kebutuhan dan kondisi kesehatannya.²⁹