

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

1. Kehamilan

Pada tanggal 27 Februari 2026 dilakukan kunjungan rumah kepada Ny. MC usia 29 tahun, G2P1A0Ah1 dengan usia kehamilan 38 minggu. Kunjungan dilakukan sebagai bagian dari pemantauan kehamilan risiko tinggi karena ibu mengalami hipertensi gestasional. Berdasarkan hasil anamnesis, ibu mengatakan sebelumnya melakukan pemeriksaan di Puskesmas Cangkreng pada tanggal 10 Februari 2026 dan mendapatkan surat rujukan ke poli fetomaternal RSUD Tjitrowardojo karena tekanan darah meningkat hingga 136/94 mmHg disertai keluhan bengkak pada kedua kaki. Ibu mengungkapkan bahwa peningkatan tekanan darah mulai diketahui sejak usia kehamilan 34 minggu saat melakukan pemeriksaan di rumah sakit. Selanjutnya ibu menjalani kontrol di poli fetomaternal pada tanggal 11 Februari 2026 dengan hasil tekanan darah 144/94 mmHg dan mendapatkan terapi berupa suplemen kalsium 1 kali sehari serta nifedipine 3 kali sehari. Pada kontrol berikutnya tanggal 19 Februari 2026, tekanan darah ibu masih tinggi yaitu 148/94 mmHg sehingga dokter merencanakan rawat inap pada tanggal 2 Maret 2026 untuk terminasi kehamilan. Ibu menyampaikan perasaan cemas terhadap proses persalinan yang akan dijalani karena khawatir harus melahirkan melalui operasi sesar.

Ibu menikah pada usia 24 tahun dan memiliki satu orang anak yang lahir secara spontan pada tahun 2022 dengan berat lahir 2600 gram spontan di rumah sakit. Kehamilan pertama tanpa komplikasi selama kehamilan sampai nifas. Riwayat menstruasi ibu dalam batas normal dengan menarche pada usia 12 tahun, siklus teratur 28 hari, lama menstruasi 6-7 hari, dan tidak disertai keluhan. Berdasarkan hari pertama haid terakhir tanggal 6 Juni 2025 sehingga taksiran persalinan pada tanggal 13 Maret 2026.

Selama kehamilan ini, Ny. MC melakukan pemeriksaan antenatal secara teratur sebanyak 10 kali, yang terdiri dari 2 kali pada trimester I, 3 kali pada trimester II, dan 5 kali pada trimester III. Pada trimester I, ibu melakukan pemeriksaan sebanyak satu kali di Puskesmas Cangkrep oleh bidan dan dokter umum sebagai tatalaksana ANC terpadu, serta satu kali di rumah sakit oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi. Pada trimester II, ibu melakukan pemeriksaan satu kali di Puskesmas Cangkrep oleh bidan dan dua kali di rumah sakit oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi di RSKIA dan RSBS. Pada trimester III, ibu melakukan pemeriksaan satu kali di Puskesmas Cangkrep untuk melakukan cek laboratorium TM III. Selain itu pemeriksaan empat kali di rumah sakit, yaitu di RSKI, RSBS, dan RSUD Tjitrowardojo oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi. Selama kehamilan ibu mendapatkan suplemen asam folat, vitamin B6, dan Multiple Micronutrient Supplement (MMS), kemudian pada trimester III ditambahkan terapi kalsium dan nifedipine setelah didiagnosis mengalami hipertensi gestasional. Pergerakan janin masih aktif, yaitu lebih dari 10 kali dalam 12 jam. Selama kehamilan ibu tidak mengeluhkan keluhan selain peningkatan tekanan darah yang muncul pada trimester III.

Kebutuhan nutrisi ibu selama kehamilan tergolong baik dengan frekuensi makan tiga kali sehari yang terdiri atas nasi, sayur, dan lauk protein hewani dan protein nabati serta konsumsi air putih sekitar 6-8 gelas per hari. Pola eliminasi, aktivitas sehari-hari, istirahat, dan personal hygiene juga dalam batas normal. Ibu masih mampu melakukan pekerjaan rumah tangga dan mengasuh anak pertamanya. Riwayat imunisasi menunjukkan bahwa ibu telah mendapatkan imunisasi tetanus lengkap hingga status T5.

Dari riwayat kesehatan, ibu tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi kronis, diabetes melitus, penyakit jantung, stroke, penyakit ginjal, maupun penyakit sistemik lainnya. Riwayat hipertensi dalam keluarga adalah ibu kandung Ny.MC Ibu tidak memiliki alergi terhadap makanan, obat-obatan, maupun faktor lingkungan. Suami memiliki kebiasaan merokok namun tidak merokok di

lingkungan rumah. Kehamilan ini merupakan kehamilan yang direncanakan dan diinginkan oleh suami dan keluarga. Ny. MC tinggal di rumah mertua. Seluruh keluarga mendukung Ny. MC dan suami. Pada pemeriksaan objektif didapatkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran *compos mentis*. Hasil pemeriksaan tanda vital menunjukkan tekanan darah 144/90 mmHg, nadi 99 kali per menit, pernapasan 22 kali per menit, dan suhu tubuh 36,6°C. Tinggi badan ibu 160 cm, berat badan sebelum hamil 75 kg dan saat pemeriksaan 85,3 kg dengan indeks massa tubuh 29,29 kg/m². Pemeriksaan fisik menunjukkan konjungtiva berwarna merah muda dan sklera putih. Payudara tampak membesar sesuai usia kehamilan, puting susu menonjol, dan kolostrum sudah keluar. Pada ekstremitas ditemukan edema pada kedua kaki tanpa adanya varises.

Data tekanan darah usia kehamilan 10 minggu tanggal 15 Agustus 2025 yaitu 121/68 mmHg. Hasil perhitungan MAP adalah $(2 \times D) + S : 3$ yaitu $(2 \times 68) + 121 = 85,67$. Sehingga, MAP tersebut masih termasuk normal dan lolos skrining preeklamsia.

Pada tanggal 10-02-2026 tinggi fundus uteri 29 cm dengan taksiran berat janin sekitar 2.790 gram. Hasil ultrasonografi tanggal 26 Februari 2026 memperlihatkan janin tunggal hidup intrauterin sesuai usia kehamilan, presentasi kepala, kepala janin telah masuk pintu atas panggul, denyut jantung janin 150 kali per menit, dan taksiran berat janin sekitar 2.850 gram. Hasil pemeriksaan laboratorium pada usia kehamilan 35 minggu 4 hari menunjukkan kadar hemoglobin 13,2 g/dL, protein urin negatif, dan gula darah sewaktu 105 mg/dL.

Berdasarkan data subjektif dan objektif, ditegakkan diagnosis kebidanan yaitu Ny. MC usia 29 tahun G2P1A0Ah1 usia kehamilan 38 minggu dengan hipertensi gestasional. Selain masalah utama berupa hipertensi gestasional, ditemukan pula masalah psikologis berupa kecemasan menghadapi kemungkinan persalinan secara seksio sesarea. Asuhan yang diberikan berfokus pada upaya pemantauan kondisi ibu dan janin, pencegahan komplikasi, serta persiapan persalinan. Bidan

menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu dan menekankan bahwa tekanan darah masih berada di atas batas normal sehingga ibu dianjurkan untuk beristirahat cukup, melakukan posisi miring ke kiri saat berbaring, meninggikan kaki ketika beristirahat, mengurangi konsumsi garam, memperbanyak minum air putih, serta tetap mengonsumsi kalsium dan nifedipine sesuai anjuran dokter. Ibu menyatakan bersedia mengikuti seluruh anjuran yang diberikan. Untuk mengurangi kecemasan yang dirasakan, bidan memberikan dukungan psikologis kepada ibu dan suami dengan menjelaskan bahwa operasi sesar bukan satu-satunya pilihan persalinan. Persalinan pervaginam masih memungkinkan dilakukan melalui induksi apabila kondisi ibu dan janin tetap stabil serta memenuhi pertimbangan medis. Edukasi ini membantu meningkatkan kepercayaan diri ibu dalam menghadapi proses persalinan.

Selain itu, ibu diberikan edukasi untuk tidak mengonsumsi makanan, minuman, maupun obat-obatan herbal yang belum terbukti keamanan dan manfaatnya selama kehamilan, termasuk rumput Fatimah. Bidan juga memotivasi ibu dan keluarga agar tetap berpikir positif, mempersiapkan kebutuhan persalinan dengan baik, serta mengikuti seluruh anjuran tenaga kesehatan demi keselamatan ibu dan janin. Persiapan persalinan, bidan memberikan konseling mengenai keluarga berencana yang meliputi pengertian, jenis, keuntungan, kerugian, dan efek samping berbagai metode kontrasepsi. Setelah berdiskusi bersama suami, ibu menyatakan memilih menggunakan kontrasepsi IUD setelah melahirkan. Bidan kemudian menganjurkan agar ibu dan suami mendiskusikan kemungkinan pemasangan IUD segera setelah persalinan apabila tindakan seksio sesarea diperlukan. Memberikan Konseling dan Edukasi tanda bahaya hipertensi dalam kehamilan juga diberikan kepada ibu, meliputi nyeri ulu hati, sakit kepala hebat, gangguan penglihatan, serta pentingnya memantau gerakan janin setiap hari. Ibu dianjurkan segera datang ke IGD RSUD Tjitrowardojo apabila mengalami salah satu tanda bahaya tersebut. Seluruh hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan telah didokumentasikan dengan baik.

Kunjungan kehamilan kedua

Kunjungan kedua dilaksanakan tanggal 1 Maret 2026, sehari sebelum jadwal rawat inap untuk terminasi kehamilan, dilakukan evaluasi kondisi ibu. Ibu mengatakan tidak memiliki keluhan dan tidak merasakan tanda-tanda preeklamsia. Ibu juga menyampaikan dapat beristirahat dengan baik serta merasa lebih siap secara emosional menghadapi persalinan. Bersama suami, ibu telah menyiapkan seluruh perlengkapan persalinan dan mengemasnya dalam satu tas. Ibu tetap rutin mengonsumsi kalsium dan nifedipine sesuai anjuran dokter serta merasakan gerakan janin aktif lebih dari 10 kali dalam 12 jam terakhir. Ibu mengatakan akan menggunakan jasa bidan untuk melakukan pendampingan masa adaptasi selama 7 hari.

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis. Tekanan darah tercatat 145/89 mmHg, nadi 88 kali per menit, pernapasan 20 kali per menit, dan suhu tubuh 36,4°C. Edema pada kedua kaki masih ditemukan, namun tidak terdapat keluhan maupun tanda bahaya lain. Berdasarkan hasil evaluasi, kondisi ibu dan janin masih stabil sehingga bidan melanjutkan pemantauan, memberikan penguatan psikologis, mengingatkan persiapan dokumen dan perlengkapan persalinan, memberikan edukasi mengenai inisiasi dan dukungan menyusui dini, serta menganjurkan ibu tetap memantau gerakan janin dan tanda-tanda preeklamsia sampai waktu rawat inap dan persalinan tiba. Seluruh tindakan dan hasil evaluasi kemudian didokumentasikan sebagai bagian dari asuhan kebidanan berkesinambungan pada kehamilan dengan hipertensi gestasional.

2. Persalinan dan Bayi Baru Lahir

Pengkajian persalinan dan bayi baru lahir dilakukan pada tanggal 04-02-2026 pukul 16.00 WIB. Pada tahap ini hanya dilakukan pengkajian secara wawancara. Ny. MC datang ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Tjitrowardojo Purworejo pada tanggal 3 Maret 2026 pukul 13.00 WIB untuk menjalani rawat inap sesuai rencana terminasi kehamilan akibat hipertensi gestasional. Setelah

menjalani proses administrasi dan observasi awal, ibu dipindahkan ke Bangsal Gladiol pada pukul 15.00 WIB. Setibanya di bangsal ibu dan suami diberikan penjelasan mengenai Tindakan apa saja yang akan dilakukan oleh Ny. MC yaitu akan dilakukan induksi persalinan. Hal ini dilakukan karena riwayat obstetric ibu yang baik yaitu persalinan pertama normal, saat ini kepala bayi sudah masuk panggul, dan tidak ada tanda-tanda bahaya untuk dilakukan induksi persalinan. Kemudian bidan melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, denyut jantung janin (DJJ), serta pemasangan infus sebagai persiapan induksi persalinan. Pada pukul 18.00 WIB ibu makan dan minum biasa.

Pukul 19.00 WIB dilakukan pemeriksaan ulang meliputi tanda-tanda vital, DJJ, dan kontraksi uterus. Ibu kemudian mendapatkan terapi berupa obat induksi persalinan dan obat antihipertensi dengan jadwal pemberian yang berbeda. Obat induksi persalinan diberikan setiap empat jam sekali, yaitu pada pukul 19.00 WIB, 23.00 WIB, 03.00 WIB, dan 07.00 WIB. Selama proses induksi, kondisi ibu dan janin dipantau secara berkala melalui pemeriksaan tanda vital, kontraksi setiap 1 jam, dan denyut jantung janin setiap 1 jam. Hingga evaluasi pada pukul 12.00 WIB tanggal 4 Maret 2026 belum tampak tanda-tanda persalinan aktif.

Pada pukul 16.00 WIB ibu mulai merasakan kenceng-kenceng pada perut. Kontraksi semakin sering dan kuat pada pukul 18.00 WIB, namun hasil pemeriksaan dalam belum ada pembukaan. Kemudian ibu tetap berjalan-jalan aktif, dan lama-lama kontraksi semakin kuat dan ibu merasa tidak nyaman hingga beberapa kali ke kamar mandi. Pada pukul 19.15 WIB ibu mengeluarkan lendir di celananya.

Kontraksi terus meningkat semakin sering dan semakin kuat, sehingga Ny. MC melapor ke bidan jaga. Pada pada jam 20.30 WIB dilakukan pemeriksaan dalam dan didapatkan pembukaan serviks 8 cm. Ibu kemudian dipindahkan ke ruang bersalin untuk pemantauan dan penatalaksanaan kala I lanjut. Pada pukul 21.00 WIB hasil pemeriksaan menunjukkan pembukaan lengkap (10 cm), sehingga ibu dipimpin untuk meneran. Pada pukul 21.30 WIB lahir seorang bayi laki-laki

secara spontan pervaginam dengan tangisan kuat dan kondisi umum baik. Setelah bayi lahir, ibu diinformasikan mengenai tindakan manajemen aktif kala III, yaitu pemberian suntikan oksitosin pada paha kiri untuk membantu kontraksi uterus dan mencegah perdarahan postpartum. Selanjutnya dilakukan penegangan tali pusat terkendali dan plasenta lahir lengkap pada pukul 21.40 WIB. Setelah plasenta lahir, perut ibu dilakukan masase dan eksplorasi untuk memastikan rahim bersih. Kemudian dilakukan pemeriksaan jalan lahir dan ditemukan robekan perineum sehingga dilakukan penjahitan sesuai prosedur. Selama proses persalinan ibu tidak mengalami perdarahan berlebihan. Setelah kala IV, ibu dibersihkan dan dilakukan observasi ketat selama dua jam pertama postpartum. Pemantauan meliputi tekanan darah, nadi, suhu tubuh, kontraksi uterus, jumlah perdarahan, dan kondisi kandung kemih secara berkala. Selama masa observasi, kondisi ibu stabil. Tidak ditemukan tanda-tanda komplikasi seperti perdarahan postpartum, atonia uteri, sakit kepala hebat, pandangan kabur, nyeri ulu hati, maupun tanda bahaya hipertensi lainnya. Setelah observasi selesai, ibu dipindahkan ke ruang perawatan nifas untuk mendapatkan perawatan lanjutan.

3. Bayi Baru Lahir

Bayi Ny. MC lahir pada tanggal 4 Maret 2026 pukul 21.30 WIB secara spontan pervaginam dengan jenis kelamin laki-laki. Saat lahir bayi langsung menangis kuat, warna kulit kemerahan, dan gerakan aktif yang menunjukkan kondisi adaptasi awal kehidupan ektrauterin berlangsung baik. Segera setelah lahir dilakukan pengeringan untuk mencegah kehilangan panas, kemudian tali pusat dipotong dan dijepit sesuai prosedur. Setelah tindakan awal selesai, bayi dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) selama kurang lebih 10 menit dengan meletakkan bayi di dada ibu untuk memberikan kesempatan kontak kulit ke kulit dan merangsang proses menyusui. Setelah IMD, bayi mendapatkan pelayanan neonatal esensial berupa pemberian vitamin K1 melalui suntikan intramuskular pada paha kiri untuk mencegah perdarahan akibat defisiensi vitamin K serta

pemberian salep mata sebagai pencegahan infeksi mata pada bayi baru lahir. Selanjutnya dilakukan pemeriksaan antropometri dengan hasil berat badan lahir 2.890 gram, panjang badan 50 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 34 cm, dan lingkar lengan atas 11 cm. Hasil pengukuran menunjukkan pertumbuhan bayi sesuai dengan usia kehamilan. Setelah dilakukan pemeriksaan, bayi dibedong dan ditempatkan sementara di infant warmer untuk mempertahankan suhu tubuh. Sebelum dipindahkan ke ruang perawatan, bayi memperoleh imunisasi Hb0 sebagai upaya pencegahan infeksi hepatitis B sejak dini. Setelah kondisi ibu dan bayi stabil, dilakukan rawat gabung sehingga ibu dan bayi dapat berada dalam satu ruangan. Rawat gabung bertujuan untuk mendukung keberhasilan pemberian ASI, mempererat ikatan antara ibu dan bayi, serta memudahkan pemantauan kondisi bayi selama masa perawatan awal pascakelahiran. Bayi tampak sehat, aktif, dan tidak menunjukkan adanya tanda-tanda kegawatdaruratan neonatal.

4. Neonatus

Pada tanggal 5 Maret 2026 dilakukan kunjungan neonatus pertama saat bayi berusia 34 jam di RSUD Tjitrowardojo Purworejo. Berdasarkan hasil anamnesis, ibu mengatakan bahwa kondisi bayi dalam keadaan baik. Bayi sudah mampu menyusu langsung pada payudara ibu meskipun durasi menyusu masih relatif singkat. Ibu menyampaikan tidak ada keluhan terhadap bayinya. Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum bayi baik dengan kesadaran kompos mentis. Berat badan bayi 2.890 gram, panjang badan 50 cm, suhu tubuh 36,7°C, frekuensi denyut jantung 120 kali per menit, dan frekuensi pernapasan 42 kali per menit. Kulit bayi tampak kemerahan sesuai kondisi normal neonatus. Pemeriksaan kepala tidak ditemukan massa maupun benjolan. Mata tampak bersih, tidak terdapat sekret, dan refleks terhadap cahaya baik. Hidung tampak normal tanpa adanya napas cuping hidung. Mulut tampak lembap dan tidak ditemukan sariawan. Kedua telinga bersih serta simetris. Pemeriksaan dada menunjukkan gerakan dinding dada simetris dengan pola napas teratur.

Abdomen dalam batas normal dan tidak ditemukan massa. Tali pusat tampak bersih dan tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, pembengkakan, ataupun cairan bernanah. Ekstremitas bergerak aktif dengan refleks neonatal seperti refleks Moro, sucking, rooting dan grasping yang baik. Bayi juga sudah BAB dan BAK secara spontan

Berdasarkan hasil pengkajian tersebut, ditegakkan diagnosis bahwa Bayi Ny. MC usia 34 jam berada dalam kondisi fisiologis atau normal. Asuhan yang diberikan meliputi memberikan KIE kepada ibu bahwa kondisi bayi saat ini dalam keadaan sehat dan tidak ditemukan kelainan. Memberikan KIE mengenai Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) sebagai upaya deteksi dini gangguan hormon tiroid pada bayi baru lahir. Ibu diberikan penjelasan bahwa pemeriksaan dilakukan pada usia 48-72 jam setelah lahir melalui pengambilan beberapa tetes darah dari tumit bayi yang kemudian akan diperiksa di laboratorium rujukan. Setelah mendapatkan penjelasan, ibu memahami tujuan dan manfaat pemeriksaan tersebut. SHK kemudian dilaksanakan pada tanggal 6 Maret 2026 pukul 07.30 WIB. Selain itu, ibu diberikan edukasi mengenai pentingnya pemberian ASI eksklusif selama enam bulan pertama kehidupan bayi serta dianjurkan untuk terus belajar dan meningkatkan keterampilan menyusui. Edukasi mengenai teknik menyusui yang benar juga diberikan untuk membantu bayi memperoleh ASI secara optimal. Bidan menjelaskan cara perawatan tali pusat yang benar, yaitu menjaga tali pusat tetap bersih, kering, dan terbuka serta memastikan posisi popok berada di bawah tali pusat agar area tersebut tidak lembap. Ibu juga diberikan edukasi mengenai cara menjaga kehangatan bayi dengan memakaikan topi, pakaian yang sesuai, membedong bayi secara tidak terlalu ketat, serta tidak menggunakan gurita. Memberikan KIE mengenai tanda bahaya neonatus seperti napas cepat, kulit kebiruan, bayi lemah atau tidak mau menyusu, kejang, dan diare. Seluruh hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan telah didokumentasikan.

Kunjungan neonatus kedua dilakukan pada tanggal 7 Maret 2026 saat bayi berusia 3 hari. Berdasarkan hasil wawancara, ibu mengatakan bahwa bayi telah menjalani Skrining Hipotiroid Kongenital sebelum pulang dari rumah sakit. Ibu menyampaikan bahwa kondisi bayi saat ini baik, menyusu dengan kuat, dan tampak aktif. Frekuensi buang air kecil lebih dari enam kali per hari yang menunjukkan kecukupan asupan ASI. Ibu juga mengatakan bayi BAB sedikit tetapi sering dengan warna hijau kehitaman.

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum bayi baik dengan kesadaran compos mentis. Berat badan bayi masih 2.890 gram dengan panjang badan 50 cm. Suhu tubuh 36,7°C, denyut jantung 120 kali per menit, dan frekuensi pernapasan 42 kali per menit. Kulit bayi tampak kemerahan, gerakan aktif, serta refleks neonatal seperti Moro, rooting, sucking, dan grasping dalam keadaan baik. Berdasarkan hasil pemeriksaan, bayi dinilai berada dalam kondisi fisiologis sesuai usia neonatus 3 hari. Bidan menjelaskan kepada ibu bahwa kondisi bayi saat ini normal. Ibu juga diberikan pemahaman bahwa pada minggu pertama kehidupan bayi sedang beradaptasi dengan lingkungan luar rahim sehingga penurunan berat badan atau berat badan yang belum meningkat merupakan kondisi yang umum terjadi. Oleh karena itu, ibu dianjurkan memberikan ASI sesering mungkin sesuai kebutuhan bayi (on demand) dan membangunkan bayi setiap dua jam apabila tidur terlalu lama untuk memastikan kebutuhan nutrisinya terpenuhi. Memberikan KIE perawatan bayi di rumah sesuai Buku KIA, meliputi perawatan tali pusat dengan prinsip bersih, kering, dan terbuka, menjaga kebersihan tubuh bayi, mempertahankan kehangatan tubuh, serta memantau kecukupan ASI melalui frekuensi BAK. Bidan juga mengingatkan kembali mengenai tanda bahaya neonatus seperti napas cepat, kulit kebiruan atau kuning hingga telapak tangan dan kaki, bayi lemas atau tidak mau menyusu, kejang, dan diare. Ibu dianjurkan untuk segera membawa bayi ke fasilitas kesehatan apabila ditemukan salah satu tanda bahaya tersebut. Selain itu, ibu dianjurkan melakukan kontrol sesuai jadwal yang telah ditentukan oleh

tenaga kesehatan. Seluruh hasil pemeriksaan dan asuhan telah didokumentasikan.

Kunjungan neonatus ketiga dilakukan pada tanggal 13 Maret 2026 saat bayi berusia 10 hari. Berdasarkan hasil anamnesis, ibu mengatakan bayi menyusu dengan kuat dan sering. Frekuensi buang air kecil sekitar 6-8 kali per hari, sedangkan buang air besar berwarna kuning dengan frekuensi sedikit tetapi sering. Ibu juga menyampaikan bahwa bayi telah menjalani kontrol pada tanggal 12 Maret 2026 dengan hasil berat badan 2.995 gram dan panjang badan 50 cm. Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum bayi baik dengan kesadaran compos mentis. Suhu tubuh 36,7°C, denyut jantung 120 kali per menit, dan frekuensi pernapasan 44 kali per menit. Pemeriksaan fisik secara umum berada dalam batas normal tanpa ditemukan kelainan maupun tanda bahaya neonatus. Berdasarkan hasil pengkajian, ditegakkan diagnosis bahwa Bayi Ny. MC usia 10 hari berada dalam kondisi fisiologis. Bidan memberitahukan kepada ibu bahwa kondisi bayi saat ini sehat dan tumbuh sesuai usianya. Ibu diberikan apresiasi atas keberhasilannya dalam memberikan ASI secara optimal sehingga berat badan bayi tidak mengalami penurunan. Bidan memotivasi ibu untuk terus memberikan ASI sesering mungkin sesuai kebutuhan bayi guna mendukung pertumbuhan dan perkembangan yang optimal. Selain itu, memberikan KIE mengenai pentingnya stimulasi dini pada bayi melalui *tummy time* yang dilakukan sesuai usia dan pengawasan orang tua serta mengajak bayi berkomunikasi untuk merangsang perkembangan sensorik dan emosional. Bidan juga memberikan penjelasan mengenai pemantauan pertumbuhan dan perkembangan menggunakan Buku KIA, termasuk cara membaca dan mengisi grafik pertumbuhan. Pada evaluasi berikutnya diketahui bahwa tanggal 2 April 2026 bayi telah dilakukan penimbangan di Puskesmas Cangkreng dengan hasil berat badan 4.280 gram, panjang badan 55,5 cm, dan lingkar kepala 35,2 cm yang menunjukkan pertumbuhan sangat baik. Memberikan KIE mengenai imunisasi juga diberikan kepada ibu, khususnya imunisasi yang harus diterima

bayi pada usia satu bulan. Pada evaluasi diketahui bayi telah mendapatkan imunisasi BCG dan Polio 1 pada tanggal 2 April 2026 di Puskesmas Cangkreng. Memberikan KIE kembali mengenai tanda bahaya neonatus seperti napas cepat, kulit kebiruan atau kuning hingga telapak tangan dan kaki, bayi lemas atau tidak mau menyusu, kejang, dan diare sehingga ibu dapat segera mencari pertolongan apabila menemukan kondisi tersebut. Seluruh hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan telah didokumentasikan dengan baik sebagai bagian dari asuhan kebidanan berkesinambungan pada masa neonatus.

5. Nifas dan Menyusui

a) Kunjungan Nifas Pertama

Pada tanggal 5 Maret 2026 dilakukan kunjungan nifas pertama saat ibu berusia 34 jam postpartum di RSUD Tjitrowardojo Purworejo. Berdasarkan hasil anamnesis, Ny. MC mengatakan merasa sangat senang karena dapat melahirkan secara normal. Ibu mengeluhkan nyeri pada luka jahitan perineum dan rasa mulas pada perut. Ibu juga mengatakan masih mengeluarkan darah nifas berwarna merah dengan jumlah sedikit, yaitu sekitar setengah pembalut setiap kali ganti pembalut sebanyak 3-4 kali per hari. Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran *compos mentis*. Tekanan darah 150/92 mmHg, nadi 84 kali per menit, frekuensi pernapasan 20 kali per menit, dan suhu tubuh 36,5°C. Tinggi fundus uteri teraba 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik dan teraba keras, serta kandung kemih dalam keadaan kosong. Pemeriksaan fisik secara umum dalam batas normal. Edema masih tampak pada kedua kaki. Payudara tampak normal, puting susu menonjol, dan kolostrum sudah keluar.

Berdasarkan hasil pengkajian, ditegakkan diagnosis Ny. MC P2A0Ah2 usia 29 tahun, 34 jam postpartum fisiologis. Asuhan yang diberikan menjelaskan kepada ibu bahwa kondisi nifas yang dialami saat ini masih dalam batas normal. Bidan menjelaskan bahwa nyeri pada luka jahitan merupakan

kondisi yang wajar karena adanya robekan jalan lahir yang telah dijahit. Selain itu, rasa mulas yang dirasakan ibu disebabkan oleh kontraksi uterus yang berfungsi membantu proses involusi uterus dan mencegah terjadinya perdarahan postpartum. Bidan juga menjelaskan bahwa kontraksi tersebut dapat semakin terasa saat menyusui karena pengaruh hormon oksitosin yang dilepaskan selama proses menyusui.

Selanjutnya diberikan edukasi dan demonstrasi mengenai teknik menyusui yang benar untuk membantu bayi mendapatkan ASI secara optimal sekaligus mencegah terjadinya puting lecet. Ibu juga dianjurkan untuk memenuhi kebutuhan istirahat, nutrisi, dan hidrasi agar proses pemulihan berlangsung lebih cepat. Bidan mengingatkan ibu untuk mengonsumsi obat-obatan yang diberikan rumah sakit secara teratur, yaitu asam mefenamat, amoksisilin, tablet tambah darah, vitamin A dan nifedipine. Selain itu, ibu diberikan edukasi mengenai tanda bahaya masa nifas seperti perdarahan banyak, uterus lembek, sakit kepala hebat, pandangan kabur, dan nyeri ulu hati agar dapat segera mencari pertolongan apabila mengalami kondisi tersebut. Seluruh hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan telah didokumentasikan.

b) Kunjungan Nifas kedua

Kunjungan nifas kedua dilakukan pada tanggal 7 Maret 2026 saat ibu berusia 3 hari postpartum. Berdasarkan hasil wawancara, ibu mengatakan puting susu sedikit lecet, namun tetap menyusui bayinya secara langsung. Ibu juga mengatakan rutin mengonsumsi obat yang diberikan rumah sakit, dapat beristirahat dengan cukup, dan tidak memiliki pantangan makanan. Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis. Tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 86 kali per menit, frekuensi pernapasan 20 kali per menit, dan suhu tubuh 36,5°C. Tinggi fundus uteri teraba 3 jari di bawah pusat dengan kontraksi uterus baik dan kandung kemih kosong. Pengeluaran lochea berupa lochea rubra dengan

jumlah sekitar 50 cc. Pemeriksaan fisik secara umum dalam batas normal. Kedua kaki masih tampak edema. Payudara tampak normal dengan sedikit lecet pada puting susu. Produksi ASI berupa kolostrum masih baik. Luka jahitan perineum tampak bersih, mulai menyatu dengan baik, dan tidak ditemukan tanda-tanda infeksi.

Berdasarkan hasil pengkajian, ditegaskan diagnosis Ny. MC P2A0Ah2 usia 29 tahun, 3 hari postpartum fisiologis. Bidan menjelaskan bahwa kondisi ibu secara umum normal dan proses pemulihan nifas berlangsung dengan baik. Untuk mengatasi puting lecet, dilakukan observasi proses menyusui dan bidan membantu memperbaiki posisi serta pelekatan bayi saat menyusui. Ibu dianjurkan mengoleskan ASI pada puting setelah menyusui dan menggunakan nipple cream apabila diperlukan. Selain itu, memberikan motivasi untuk terus menyusui bayinya secara eksklusif. Bidan juga menganjurkan ibu untuk mencukupi kebutuhan istirahat, mengonsumsi makanan bergizi sesuai pedoman gizi ibu menyusui dalam Buku KIA, serta memenuhi kebutuhan cairan minimal 3 liter per hari. Edukasi mengenai perawatan luka jahitan diberikan dengan menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan area perineum setelah BAK maupun BAB, kemudian mengeringkan area tersebut sebelum mengganti pembalut. Ibu juga diingatkan untuk tetap mengonsumsi antibiotik, obat antinyeri, tablet tambah darah, dan obat antihipertensi sesuai anjuran. Sebagai upaya deteksi dini komplikasi, bidan kembali menjelaskan tanda bahaya masa nifas. Seluruh hasil pemeriksaan dan asuhan telah didokumentasikan.

c) Kunjungan Nifas ketiga

Kunjungan nifas ketiga dilakukan pada tanggal 13 Maret 2026 saat ibu berusia 10 hari postpartum. Ibu mengatakan kondisi puting susu sudah membaik dan tidak lagi terasa nyeri. Ibu tetap rutin mengonsumsi obat dari rumah sakit, dapat beristirahat dengan cukup, merasa nyaman menjalani masa nifas, serta tidak memiliki pantangan makanan. Ibu juga

menyampaikan bahwa sehari sebelumnya telah melakukan kontrol postpartum di RSUD Tjitrowardojo dan mendapatkan hasil pemeriksaan yang normal.

Hasil pemeriksaan menunjukkan tekanan darah 136/85 mmHg, nadi 90 kali per menit, frekuensi pernapasan 20 kali per menit, dan suhu tubuh 36,5°C. Tinggi fundus uteri sudah tidak teraba di atas simfisis yang menunjukkan proses involusi uterus berjalan baik. Pengeluaran lochea berwarna merah muda pucat sesuai lochea serosa. Luka perineum tampak bersih, telah menyatu dengan baik, mulai mengering, dan tidak ditemukan tanda-tanda infeksi. Proses menyusui berlangsung lancar tanpa hambatan.

Berdasarkan hasil pengkajian, ditegakkan diagnosis Ny. MC P2A0Ah2 usia 29 tahun, 10 hari postpartum fisiologis. Bidan memberitahukan bahwa kondisi ibu saat ini baik dan proses pemulihan berlangsung sesuai dengan masa nifas normal. Ibu diberikan motivasi untuk terus memberikan ASI kepada bayinya karena manfaatnya bagi pertumbuhan bayi dan kesehatan ibu. Bersama suami, ibu kembali mendapatkan konseling mengenai kontrasepsi IUD yang telah dipilih sejak masa kehamilan, termasuk waktu yang tepat untuk pemasangan serta keuntungan penggunaan metode tersebut. Bidan juga mengingatkan ibu untuk tetap menjaga pola istirahat, mengonsumsi makanan bergizi, memenuhi kebutuhan cairan, dan menjaga kebersihan diri. Selain itu, ibu dianjurkan untuk melanjutkan konsumsi suplemen masa menyusui seperti tablet tambah darah dan kalsium guna mendukung pemulihan tubuh serta kebutuhan nutrisi selama menyusui. Seluruh hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan telah didokumentasikan.

d) Kunjungan Nifas keempat

Kunjungan nifas keempat dilakukan pada tanggal 12 April 2026 saat ibu berusia 42 hari postpartum. Berdasarkan hasil wawancara, ibu mengatakan tidak memiliki keluhan apapun. Luka jahitan perineum telah kering dan hanya sesekali terasa sedikit nyeri saat duduk, namun tidak mengganggu aktivitas sehari-hari. Ibu dan suami menyatakan tetap berencana menggunakan kontrasepsi IUD setelah ibu merasa lebih nyaman dengan kondisi jalan lahirnya.

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum baik dengan kesadaran compos mentis. Tekanan darah 130/86 mmHg, nadi 88 kali per menit, frekuensi pernapasan 20 kali per menit, dan suhu tubuh 36,5°C. Tinggi fundus uteri sudah tidak teraba dan tidak ditemukan edema pada kedua tungkai. Pemeriksaan fisik secara umum dalam batas normal. Proses menyusui berlangsung baik dan bayi mendapatkan ASI secara optimal.

Berdasarkan hasil pengkajian, ditegakkan diagnosis Ny. MC P2A0Ah2 usia 29 tahun, 42 hari postpartum fisiologis. Bidan menjelaskan bahwa masa nifas ibu telah berjalan dengan baik tanpa komplikasi. Ibu diberikan motivasi untuk terus menyusui bayinya, menjaga kecukupan nutrisi dan cairan, serta mempertahankan pola istirahat yang baik. Bidan juga menganjurkan ibu untuk tetap mengonsumsi tablet tambah darah dan kalsium selama masa menyusui. Seluruh hasil pemeriksaan dan asuhan telah didokumentasikan.

6. Keluarga Berencana

Pada tanggal 16 Mei 2026 dilakukan pelayanan keluarga berencana. Berdasarkan hasil anamnesis, ibu menyatakan sudah menstruasi dan ingin menggunakan kontrasepsi IUD sesuai rencana yang telah diputuskan bersama suami sejak masa kehamilan. Saat kunjungan, ibu sedang mengalami menstruasi hari ke-5. Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum baik dengan kesadaran compos mentis. Tekanan darah sebelum pemasangan 146/93 mmHg, suhu tubuh 36,5°C, denyut jantung 82 kali per menit, dan frekuensi pernapasan

20 kali per menit. Pemeriksaan fisik secara umum dalam batas normal. Berdasarkan hasil pengkajian, ditegakkan diagnosis Ny. MC P2A0Ah2 usia 29 tahun sebagai calon akseptor baru KB IUD. Bidan menjelaskan kondisi kesehatan ibu saat ini dan memberikan konseling mengenai prosedur pemasangan IUD, masa efektif penggunaan, manfaat, efek samping, serta kemungkinan keluhan yang dapat muncul setelah pemasangan. Ibu diberikan kesempatan untuk bertanya dan menyatakan kesediaannya menjalani pemasangan. Sebelum tindakan, ibu dianjurkan untuk BAK terlebih dahulu.

Pemasangan IUD kemudian dilakukan oleh petugas kesehatan puskesmas dan berlangsung dengan baik. Setelah pemasangan, ibu diberikan edukasi bahwa bercak darah ringan (spotting) dan rasa kurang nyaman pada perut bagian bawah merupakan kondisi yang dapat terjadi dan umumnya tidak berbahaya. Ibu diberikan terapi asam mefenamat 500 mg untuk diminum bila diperlukan. Tekanan darah setelah pemasangan tercatat 140/90 mmHg.

Ibu dianjurkan melakukan kunjungan ulang satu minggu kemudian. Pada kontrol tanggal 30 Mei 2026, ibu mengatakan tidak mengalami keluhan dan masih dapat meraba benang IUD. Tidak ditemukan tanda bahaya maupun komplikasi pascapemasangan. Ibu kemudian dianjurkan untuk melakukan kontrol ulang enam bulan berikutnya atau sewaktu-waktu apabila muncul keluhan. Pada tanggal 25 Mei 2026 dilakukan evaluasi lanjutan terhadap penggunaan kontrasepsi IUD. Ibu mengatakan tidak mengalami keluhan selama menggunakan IUD. Tidak terdapat nyeri, perdarahan berlebihan, maupun keluhan lain yang mengganggu aktivitas sehari-hari.

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum baik dengan kesadaran compos mentis. Tekanan darah 125/80 mmHg, suhu tubuh 36,5°C, denyut jantung 82 kali per menit, dan frekuensi pernapasan 20 kali per menit. Berdasarkan hasil pengkajian, ibu dalam kondisi baik sebagai akseptor baru KB IUD.

Pada kunjungan ini bidan menjelaskan bahwa kondisi ibu sehat dan penggunaan IUD berjalan dengan baik. Ibu dianjurkan untuk tetap mengonsumsi suplemen

ibu menyusui sesuai kebutuhan. Selain itu, bidan memberikan edukasi mengenai cara memeriksa benang IUD secara mandiri di rumah sebagai salah satu upaya pemantauan posisi alat kontrasepsi. Seluruh hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan telah didokumentasikan dengan baik.

B. Kajian Teori

1. Asuhan Kebidanan Berkesinambungan

a) Pengertian *Continuity of Care*

Continuity of Care (CoC) adalah model pelayanan kebidanan yang menempatkan perempuan sebagai pusat asuhan, di mana seorang bidan atau tim bidan yang sama memberikan pelayanan secara berkelanjutan sejak masa kehamilan, persalinan, nifas, perawatan bayi baru lahir, hingga pelayanan keluarga berencana. Model ini bertujuan menciptakan hubungan terapeutik yang berkesinambungan antara bidan dan klien sehingga asuhan menjadi lebih efektif, aman, dan berkualitas. Menurut Mose et al. (2023), “*Midwifery-led continuity care is the provision of care by a known midwife or a team of midwives for women throughout the antenatal, intrapartum, and postnatal period.*” Artinya, asuhan diberikan oleh bidan yang dikenal ibu atau oleh kelompok bidan yang sama selama periode kehamilan, persalinan dan nifas¹¹. Sedangkan, menurut Ningsih (2017) mendefinisikan *Continuity of Care* sebagai pelayanan yang diberikan secara terus-menerus kepada perempuan sepanjang siklus reproduksi, meliputi kehamilan, persalinan, dan masa nifas untuk meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan¹².

b) Konsep Dasar Asuhan *Continuity of Care*

Konsep *Continuity of Care* berakar pada hubungan yang berkelanjutan antara tenaga kesehatan dan klien. Dalam pelayanan maternitas, kontinuitas asuhan terdiri atas tiga komponen utama¹³:

1) *Relational Continuity* (kontinuitas hubungan).

Hubungan yang berkesinambungan antara ibu dan bidan sehingga terbentuk rasa percaya, kedekatan, dan pemahaman terhadap kebutuhan ibu.

2) *Information Continuity* (kontinuitas informasi)

Informasi mengenai kondisi ibu terdokumentasi dan digunakan secara berkelanjutan untuk mendukung pengambilan keputusan klinis yang tepat.

3) *Management Continuity* (kontinuitas manajemen)

Pelayanan yang diberikan secara terkoordinasi dan konsisten oleh tenaga kesehatan sepanjang periode asuhan.

c) Tujuan Asuhan

Tujuan pelaksanaan *Continuity of Care* adalah¹⁴:

- 1) Meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan.
- 2) Mendeteksi dini komplikasi pada ibu dan bayi.
- 3) Menjamin kesinambungan pelayanan dari kehamilan hingga keluarga berencana.
- 4) Meningkatkan kepuasan ibu terhadap pelayanan kesehatan.
- 5) Menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu serta bayi.
- 6) Membangun hubungan saling percaya antara bidan dan klien

2. Kehamilan

a) Pengertian Kehamilan

Menurut Sarwono (2020), kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi yang berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 9 bulan¹. Rintho (2022) mendefinisikan kehamilan adalah suatu proses alami atau fisiologi, yaitu mulai dari proses awal bertemunya sel ovum dan sel sperma dalam uterus atau di organ reproduksi wanita dengan nama tuba falopi. Selanjutnya adanya proses konsepsi dan nidasi, setelah proses tersebut selanjutnya adalah proses implantasi yang terjadi pada dinding uterus atau lapisan

edometrium dengan waktu lama terjadi pada hari keenam dan ketujuh setelah terjadinya hasil konsepsi¹⁵. Kehamilan merupakan hasil konsepsi yaitu pertemuan antara sperma dengan sel telur di tuba falopi kemudian nidasi dan implantasi, tumbuh dan berkembang di dalam uterus wanita yang berlangsung selama 40 minggu atau 9 bulan. Kehamilan dibagi menjadi tiga periode atau trimester yang masing-masing berlangsung sekitar tiga bulan. Periode ini adalah trimester pertama (minggu 1-12), trimester kedua (minggu 13-27), dan trimester ketiga (minggu 28 hingga kelahiran). Setiap trimester memiliki tonggak perkembangan janin dan perubahan yang berbeda¹⁶.

b) Tanda Pasti Kehamilan

1) Terdapat Detak Jantung Janin

Detak Jantung Janin dapat terdengar pada usia kehamilan 12 minggu dengan doppler /stetoskop ultrasound/ DJJ dicatat dengan *fetal electro cardiograph*. Usia kehamilan 18-20 minggu dengan fetoskop / funanduskup / stetoskop laenec. Detak Jantung Janin dapat terlihat dengan USG pada usia kehamilan 8 minggu.

2) Gerak Janin

Tampak / terraba / terdengar gerak dari bagian-baian tubuh janin oleh pemeriksa. Pada usia kehamilan 20 minggu dapat diraba secara objektif oleh pemeriksa.

3) Kerangka Janin

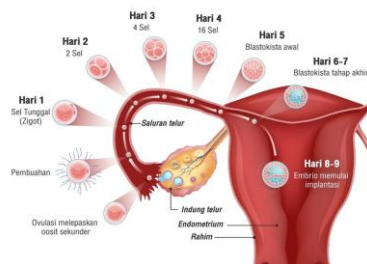
Kerangka janin dapat terlihat menggunakan sonografi di usia kehamilan lebih dari 6 minggu, dengan rontgent usia kehamilan lebih dari 16 minggu dan dengan ultrasonografi dapat diketahyi ukuuan kantong janin, Panjang janin, diameter biparietalis hingga dapat diperkirakan tuanya kehamilan dan lain-lain.

c) Proses Kehamilan

Tahapan dalam proses kehamilan secara singkatnya sebagai berikut ¹⁷:

1) Konsepsi

Proses pembuahan dengan cara meleburnya sel sperma dengan sel ovum sehingga menghasilkan sel baru yang disebut zigot. Zigot sebagai hasil dari proses pembuahan selanjutnya berkembang menjadi embrio, morula dan sel blastocyst.

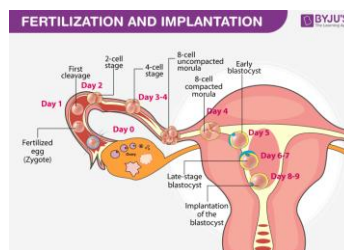


Gambar 2.1 . Konsepsi

Sumber: HonestDocs.(2020). *Memahami proses kehamilan tahap demi tahap*. diakses dari <https://www.honestdocs.id/proses-kehamilan>

2) Implantasi

Pada hari ke 7 sampai hari ke 10 setelah konsepsi, sel blastocyst akan melekatkan diri pada bagian endometrium (lapisan terdalam uterus). Pada saat ini trofoblas mensekresi enzim yang membantu membenamkan diri ke dalam endometrium sampai seluruh bagian blastocyst tertutup.

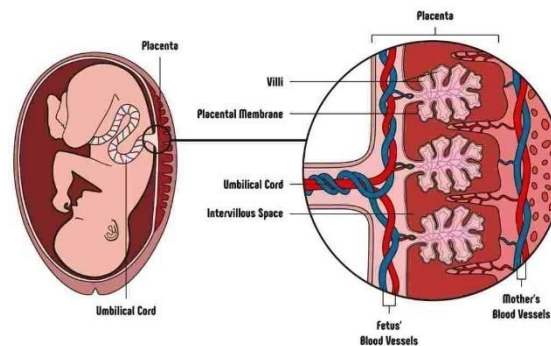


Gambar 2.2 Implantasi

Sumber: Byju's Learning.(2019). *Fertilization and Implantation*. diakses dari <https://byjus.com/biology/implantation>

3) Plasentasi

Plasentasi (pembentukan plasenta) adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta dalam proses kehamilan. Plasentasi pada ibu hamil terjadi pada saat 12 sampai 18 minggu pasca konsepsi (pembuahan). Plasentasi dimulai dari terbentuknya vili korealis yang selanjutnya akan tumbuh menjadi jaringan yang dinamakan plasenta.



Gambar 2.3. Plasentasi

Sumber : Kalis,G.S.(2023).*Mengenal 11 Fungsi Plasenta Bagi Janin, Bumil Harus Tahu*.diakses dari <https://doktersehat.com/ibu-dan-anak/kehamilan/fungsi-plasenta-pada-bayi-dalam-kandungan/>.

d) Perubahan Anatomi dan Fisiologis Kehamilan

Kehamilan merupakan hasil dari konsepsi sampai persalinan. Selama masa kehamilan terjadi berbagai perubahan fisiologis pada tubuh ibu yang dimulai segera setelah pembuahan dan berlanjut sepanjang kehamilan. Sebagian besar perubahan ini akan Kembali normal setelah proses persalinan dan menyusui selesai. Perubahan fisiologis pada tubuh ibu merupakan hasil dari tubuh yang dirancang untuk menyediakan oksigen dan nutrisi yang cukup untuk kelangsungan hidup. Ibu hamil menurut Prawirohardjo (2020) perubahan anatomi dan fisiologi ibu hamil adalah ⁴:

1) Perubahan Sistem Reproduksi

a) Uterus

Pada trimester III (>28 minggu), dinding uterus menipis dan melunak. Gerakan janin dapat diamati, dan bagian tubuhnya dapat diraba untuk menentukan posisi serta ukurannya. Korpus uteri berkembang menjadi segmen bawah rahim. Sekitar minggu ke-36, janin turun ke bagian bawah rahim akibat pelunakan jaringan dasar panggul dan kontraksi otot rahim. Untuk mengakomodasi pertumbuhan janin, ukuran rahim pada kehamilan cukup bulan mencapai $\pm 30 \times 25 \times 20$ cm dengan kapasitas >4000 cc, dan berat meningkat dari 30 gram menjadi sekitar 1000 gram pada usia kehamilan 40 minggu. Menurut Prawiroharjo (2020), pembesaran rahim merupakan perubahan anatomi paling mencolok pada ibu hamil. Peningkatan hormon estrogen dan progesteron menyebabkan pembesaran miometrium, peningkatan jaringan elastin, serta penguatan jaringan fibrosa, sehingga dinding rahim menjadi lebih kuat terhadap regangan dan ekspansi. Pembesaran miometrium juga diikuti oleh :

- a) Peningkatan vaskularisasi (peningkatan peredaran darah) dan dilatasi (pelebaran) pembuluh darah uterus.
- b) Hiperplasia (jml sel meningkat) dan hipertrofi (uk sel meningkat) uterus.
- c) Perkembangan desidua

Pertumbuhan rahim tidak merata ke semua arah, tetapi terjadi pertumbuhan yang cepat di daerah implantasi plasenta, sehingga rahim memiliki bentuk yang tidak seragam yang dikenal sebagai Tanda Piskacek. Pada awal kehamilan (Trimester I), Ismus uteri mengalami hipertrofi sehingga menjadi lunak yang disebut sebagai tanda Hegar. Selain itu, Braxton Hicks (pada usia kehamilan

12 minggu) terjadi karena peregangan miometrium yang disebabkan oleh pembesaran rahim.

Tabel 2.1. Besar Tinggi Fundus Uteri sesuai Usia Kehamilan

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
4 minggu	Belum Teraba
8 minggu	Dibelakang simfisis
12 minggu	1-2 jari diatas simfisis
16 minggu	Pertengahan simfisis pusat
20 minggu	2-3 jari di atas pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	2 – 3 jari di atas pusat
32 minggu	Pertengahan pusat – proc. xiphoideus (px)
36 minggu	3 jari di bawah px atau sampai setinggi px
40 minggu	2 jari di bawah px atau pertengahan pusat – px

b) Serviks

Selama kehamilan, serviks menjadi lunak akibat peningkatan pembuluh darah, edema, dan hiperplasia jaringan serviks. Menjelang persalinan, serviks semakin lunak, portio menipis dan mendatar, serta mudah dilalui satu jari. Kelenjar serviks aktif menghasilkan lendir lebih banyak untuk melindungi dari infeksi; peningkatan cairan vagina ini bersifat fisiologis.

c) Ovarium

Hingga usia kehamilan 16 minggu, ovarium masih memiliki korpus luteum berdiameter sekitar 3 cm yang memproduksi estrogen dan progesteron. Setelah plasenta terbentuk, fungsi ini digantikan oleh plasenta, dan korpus luteum mengecil. Selama kehamilan, tidak terbentuk folikel baru, hanya terlihat sisa perkembangan korpus luteum.

d) Vagina

Pada trimester III, hormon estrogen menyebabkan pembesaran otot dan peningkatan elastisitas vagina untuk mempermudah penurunan janin. Selain itu terjadi hipervaskularisasi pada vagina dan vulva, sehingga tampak warna merah kebiruan (tanda Chadwick).

2) Perubahan Sistem Respirasi

Selama kehamilan terjadi peningkatan hormon progesterone yang menyebabkan peningkatan pada sensitivitas pusat pernapasan di otak sehingga ibu hamil bernapas lebih cepat dan dalam. Selain itu, progesterone menyebabkan relaksasi otot polos pada saluran napas, sehingga resistensi jalan napas menurun dan udara lebih mudah masuk ke dalam paru. Efek ini membantu ibu dalam mengimbangi kebutuhan oksigen yang meningkat selama kehamilan¹⁸. Sebagian besar ibu hamil mengalami napas cepat atau napas pendek. Namun, hal ini fisiologis dan tidak berbahaya jika tidak ada tanda gejala penyerta lain seperti demam, batuk berat atau nyeri dada¹.

3) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Selama kehamilan terjadi peningkatan denyut nadi istirahat sekitar 10-15% denyut per menit. Ukuran jantung juga terjadi peningkatan sekitar 12% dan kapasitas jantung meningkat 70-80 ml. pada TM III, terjadi hemodilusi yang merupakan perubahan dinamika dimana volume plasma darah meningkat tetapi eritrosit menurun sehingga darah menjadi encer. Hemodilusi mencapai puncaknya hingga kehamilan 32 minggu. Kehamilan dapat mengakibatkan berbagai perubahan pada system kardiovaskular, termasuk perubahan pada output jantung, detak jantung, tekanan darah, resistensi pembuluh darah, serta kapasitas dan ukuran ventrikel. Sebagian besar perubahan besar ini dipicu oleh hormon selama kehamilan dan biasanya mulai terjadi pada tahap awal kehamilan, sekitar minggu ke-4 hingga 5 usia kehamilan. Ibu akan

mengalami peningkatan detak jantung sebesar 10 hingga 20 kali per menit pada awal trimester 3, bersamaan dengan peningkatan stroke volume sebesar 25%, yang mengakibatkan peningkatan curah jantung secara keseluruhan sebesar 50%. Perubahan besar ini bertujuan untuk mendukung pasokan darah ke rahim, plasenta, dan payudara ibu. Rahim dan payudara akan menerima masing-masing 17% dan 2% dari curah jantung. Peningkatan curah jantung merupakan mekanisme pemulihan yang terjadi karena peningkatan detak jantung, penurunan resistensi pembuluh darah, dan peningkatan volume sekuncup. Penurunan resistensi pembuluh darah akan terus berlangsung secara sistemik hingga aterm, yang disebabkan oleh hormon progesteron yang menyebabkan relaksasi otot polos dan mengakibatkan vasodilatasi pada pembuluh darah.

Selain itu, posisi tubuh ibu juga memengaruhi curah jantung. Saat berbaring telentang, rahim dapat menekan vena kava inferior, menghambat aliran balik darah dari tubuh bagian bawah ke jantung, sehingga sebagian ibu hamil (5–10%) dapat merasa mual, pusing, atau pingsan. Karena itu, posisi berbaring miring ke kiri atau posisi lutut-dada disarankan untuk memperlancar sirkulasi darah dan mencegah tekanan pada vena kava.

4) Perubahan Sistem Urinaria

Pada awal kehamilan, pertumbuhan rahim menekan kandung kemih, sehingga ibu hamil sering buang air kecil. Gejala ini biasanya berkurang di pertengahan kehamilan, namun akan muncul kembali menjelang persalinan ketika kepala janin turun dan menekan kandung kemih.

5) Perubahan Sistem Pencernaan

Selama kehamilan, hormon estrogen meningkatkan produksi asam lambung yang dapat menyebabkan hipersalivasi, sensasi panas di lambung, mual, dan pusing terutama pada pagi hari (hiperemesis

gravidarum). Pada trimester II dan III, konstipasi sering terjadi akibat peningkatan progesteron yang menurunkan gerakan usus sehingga makanan lebih lama dicerna.

a) Mulut dan gusi

Peningkatan estrogen dan progesteron meningkatkan aliran darah ke rongga mulut, menyebabkan hipervaskularisasi dan edema gusi.

b) Lambung

Kadar estrogen dan HCG yang tinggi menimbulkan mual, muntah, kembung, konstipasi, serta keinginan makan berlebih (mengidam) akibat peningkatan asam lambung dan perubahan peristaltik.

c) Usus halus dan besar

Tonus otot saluran cerna melemah, membuat motilitas menurun sehingga makanan lebih lama berada di saluran pencernaan. Penyerapan makanan tetap baik, namun kondisi ini dapat menimbulkan obstipasi.

6) Perubahan Sistem Metabolisme

Kehamilan memengaruhi metabolisme tubuh, sehingga ibu hamil perlu mengonsumsi makanan bergizi untuk menjaga kesehatan dan mendukung pertumbuhan janin. Tingkat metabolisme basal meningkat sekitar 15-20%, terutama pada trimester terakhir. Oleh karena itu, ibu hamil memerlukan asupan nutrisi tinggi, khususnya protein, guna mendukung perkembangan janin, organ reproduksi, payudara, serta kesehatan ibu secara keseluruhan.

7) Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Peningkatan hormon estrogen dan progesteron selama kehamilan menyebabkan lemahnya jaringan ikat dan keselarasan persendian, terutama mencapai puncaknya pada minggu terakhir kehamilan. Perubahan postur tubuh ibu hamil secara perlahan terjadi karena pertumbuhan janin di dalam rahim, menyebabkan bahu tertarik ke

belakang, tulang melengkung, sendi tulang belakang lebih fleksibel, dan dapat menyebabkan nyeri punggung.

8) Perubahan Sistem Endokrin

Selama kehamilan normal, kelenjar hipofisis membesar sekitar $\pm 135\%$, namun perannya tidak terlalu signifikan. Kelenjar tiroid ikut membesar hingga ± 15 ml karena peningkatan jumlah sel dan aliran darah, sedangkan kelenjar adrenal justru mengecil.

- 1) *Hormon Chorionic Gonadotropin* (HCG) diproduksi oleh sel trofoblas untuk mempertahankan kehamilan dengan menjaga korpus luteum tetap menghasilkan estrogen dan progesteron hingga fungsi ini diambil alih oleh plasenta pada usia kehamilan ± 16 minggu.
- 2) Progesteron awalnya diproduksi oleh korpus luteum, kemudian oleh plasenta. Berfungsi merelaksasi otot halus (miometrium), menebalkan endometrium agar ovum dapat menempel, serta menyebabkan pembesaran dan ketegangan payudara.
- 3) Estrogen juga mula-mula dihasilkan oleh korpus luteum dan selanjutnya oleh plasenta. Berperan menebalkan endometrium, menimbulkan hipertrofi dinding uterus, memperbesar pembuluh darah (tanda Chadwick, Goodell, Hegar), serta menyebabkan pembesaran uterus dan payudara.
- 4) *Chorionic Somatomammotropin* (HPL) meningkat seiring pertumbuhan plasenta dan berfungsi merangsang pertumbuhan kelenjar susu (efek laktogenik).
- 5) *Melanophore Stimulating Hormone* (MSH) meningkat selama kehamilan, menyebabkan pigmentasi pada wajah (cloasma gravidarum), puting dan areola mammae, linea nigra, serta munculnya striae gravidarum.

9) Perubahan Kulit

Selama kehamilan, terjadi hiperpigmentasi kulit berupa striae gravidarum (garis kemerahan di perut, payudara, dan paha), linea nigra (garis hitam di tengah perut), serta kadang muncul chloasma gravidarum (penggelapan kulit wajah).

10) Perubahan Payudara

Pada awal kehamilan, payudara terasa lebih lembut dan mulai membesar akibat peningkatan hormon estrogen dan progesteron. Pembuluh darah lebih tampak, puting membesar dan menonjol, serta glandula Montgomery menjadi menonjol. Hormon HPL (*Human Placental Lactogen*) merangsang pertumbuhan kelenjar susu sebagai persiapan menyusui. Hormon Estrogen menstimulasi pertumbuhan saluran susu, progesteron merangsang sel asinus, dan somatomammotropin membantu pembentukan protein susu (kasein, laktalbumin, laktoglobulin). Pada usia kehamilan ± 12 minggu, areola menggelap dan dapat keluar kolostrum. Tekanan darah tinggi dapat menghambat prolaktin, sehingga mengganggu produksi ASI, namun setelah plasenta lahir, kadar prolaktin meningkat dan menyebabkan laktasi.

e) Perubahan Psikologis Ibu Hamil

Kehamilan adalah periode dimana seorang Perempuan menyimpan embrio atau fetus di dalam rahimnya yang berlangsung selama 40 minggu. Masa kehamilan merupakan masa krisis psikologis, di mana ibu harus beradaptasi terhadap berbagai perubahan fisik dan peran baru. Krisis ini adalah kondisi ketidakseimbangan psikologis yang muncul akibat perubahan atau situasi baru dalam kehidupan. Perubahan psikologis ibu hamil biasanya diawali dengan tahapan syok, penolakan, kebingungan, dan sikap menyangkal. Setiap wanita memiliki persepsi berbeda terhadap kehamilannya. Sebagian menganggap kehamilan sebagai anugerah yang membuat dirinya merasa

lebih cantik dan dicintai, sementara sebagian lainnya memandang kehamilan sebagai beban atau kondisi yang tidak menyenangkan, bahkan seperti penyakit yang menimbulkan ketidaknyamanan¹⁹. Perubahan tersebut berbeda-beda sesuai dengan usia kehamilan ibu.

1) Perubahan Psikologis pada Trimester I

Segera setelah konsepsi, kadar hormon progesteron dan estrogen meningkat, menyebabkan ibu hamil mengalami mual dan muntah di pagi hari, rasa lemah, cepat lelah, dan pembesaran payudara. Kondisi ini sering membuat ibu merasa tidak sehat, tidak nyaman, bahkan menolak kehamilannya, sehingga berdampak pada psikologis ibu. Pada trimester pertama, ibu kerap mengalami fluktuasi emosi, yaitu campuran antara rasa bahagia, cemas, ragu, dan ketidakyakinan terhadap kehamilan. Banyak ibu merasa bingung, takut hamil, atau belum siap menerima peran sebagai calon ibu, yang disebut ambivalensi yaitu perasaan bertentangan antara menerima dan menolak kehamilan. Kekhawatiran juga muncul terhadap penambahan tanggung jawab, kemampuan menjadi ibu yang baik, kondisi keuangan, karier, serta hubungan dengan pasangan atau orang lain. Selain itu, pada trimester ini biasanya terjadi penurunan gairah seksual (libido). Hal ini disebabkan ketakutan akan keguguran, terutama jika sebelumnya pernah mengalaminya. Dalam situasi ini, pasangan suami lebih dianjurkan untuk menunjukkan kasih sayang emosional, bukan hanya melalui hubungan seksual.

Pada fase ini, fokus ibu lebih tertuju pada diri sendiri daripada janin, karena ibu masih menyesuaikan diri dengan perubahan tubuhnya. Ia mulai memperhatikan tanda-tanda kehamilan, menghentikan aktivitas yang dianggap berat, serta mengalami perubahan suasana hati, stres, dan bahkan depresi ringan.

Secara keseluruhan, trimester pertama merupakan periode penyesuaian emosional dan fisik di mana ibu sering merasa tidak sehat, mudah

tersinggung, khawatir kehilangan penampilan tubuh, serta memerlukan dukungan untuk menerima kehamilan dan menstabilkan kondisi emosinya¹⁷.

2) Perubahan Psikologis pada Trimester II

Pada trimester kedua, ibu hamil memasuki fase yang disebut masa pancaran kesehatan, di mana kondisi fisik dan emosional umumnya lebih stabil dan menyenangkan. Mual, muntah, serta ketidaknyamanan yang dialami pada trimester pertama mulai berkurang, karena tubuh telah menyesuaikan diri dengan kadar hormon kehamilan. Pembesaran perut belum terlalu besar, sehingga belum menjadi beban. Pada fase ini, ibu mulai menerima kehamilannya dan mampu mengelola energi serta pikirannya dengan lebih baik. Pada TM II, ibu mulai merasakan gerakan janin pertama (*quickening*) yang menandakan pertumbuhan dan kehidupan baru. Pengalaman ini sering memberikan dorongan psikologis positif bagi ibu. Ibu biasanya tidak lagi merasa khawatir, keluhan fisik berkurang, dan nafsu makan meningkat seperti semula. Hubungan seksual cenderung meningkat pada trimester ini (sekitar 80% ibu hamil), karena ibu merasa lebih nyaman dan bahkan lebih erotis, terutama jika kehamilan direncanakan dan diterima dengan senang hati. Dengan merasakan denyut jantung dan gerakan janin, ibu mulai benar-benar menyadari keberadaan anak dalam kandungan. Fase ini disebut periode tenang, di mana ibu merasa lebih sejahtera, mawas diri, dan penuh penerimaan.

Pada tahap trimester II jenis kelamin bayi belum menjadi fokus utama perhatian ibu lebih tertuju pada kesehatan janin. Ibu mulai menganggap janin sebagai bagian dari dirinya, sehingga terjadi pergeseran perhatian dari diri sendiri ke bayi. Ibu juga mulai membentuk “anak fantasi” atau “anak impian”, yaitu bayangan ideal tentang anak yang dikandungnya. Akibatnya, suami kadang merasa kurang diperhatikan, dan anak-anak

lain bisa menunjukkan perilaku menuntut perhatian lebih. Ibu mulai tertarik dengan aktivitas yang berkaitan dengan kehamilan dan persiapan peran sebagai ibu, serta mulai menjalin hubungan dengan sesama ibu hamil atau ibu yang baru melahirkan sebagai bentuk adaptasi sosial dan emosional²⁰.

3) Perubahan Psikologis pada Trimester III

Pada trimester ketiga kehamilan, kondisi psikologis ibu umumnya menjadi lebih kompleks dibandingkan dengan trimester sebelumnya. Hal ini terjadi karena ukuran perut yang semakin besar membuat ibu mulai merasakan ketidaknyamanan fisik, sementara secara emosional ibu juga mulai dihadapkan pada kenyataan bahwa waktu persalinan semakin dekat. Perasaan senang, haru, takut, dan cemas bercampur menjadi satu. Di satu sisi, ibu merasa gembira karena akan segera bertemu dengan bayinya, namun di sisi lain muncul rasa khawatir terhadap proses persalinan dan kesehatan bayi yang dikandungnya.

Kekhawatiran ibu biasanya berkisar pada bagaimana proses kelahiran nanti akan berlangsung, apakah bayinya akan lahir dengan selamat, dan bagaimana ia akan mampu menjalani perannya sebagai seorang ibu. Rasa sedih juga kerap muncul karena ibu menyadari bahwa setelah bayi lahir, perhatian yang selama ini ia dapatkan selama masa kehamilan mungkin akan berkurang. Perubahan kondisi emosional ini wajar terjadi karena adanya perubahan hormon dalam tubuh yang memengaruhi kestabilan perasaan ibu. Akibat pengaruh hormon, ibu hamil pada masa ini cenderung lebih sensitif dan mudah tersinggung. Ia dapat menjadi cepat marah, mudah menangis, atau merasa sedih tanpa sebab yang jelas. Kondisi ini memerlukan pemahaman dan dukungan penuh dari pasangan maupun keluarga agar ibu tidak merasa sendirian. Apabila pasangan mampu memberikan perhatian dan pengertian, ibu akan merasa lebih aman dan tenang, sehingga kondisi psikis dan fisiknya pun lebih stabil.

Selain menjadi lebih sensitif, ibu hamil trimester ketiga juga sering kali terlihat lebih malas dan cepat lelah. Hal ini disebabkan oleh perubahan hormon dan meningkatnya beban fisik akibat pertumbuhan janin yang semakin besar. Tubuh ibu memerlukan lebih banyak energi, sehingga aktivitas sehari-hari terasa lebih berat dan melelahkan. Dalam kondisi ini, ibu memerlukan waktu istirahat yang cukup serta dorongan positif dari lingkungan sekitarnya agar tidak merasa tertekan.

Perubahan fisik yang dialami ibu juga sering memunculkan perasaan kurang percaya diri. Ibu mungkin merasa tubuhnya berubah, menjadi lebih gemuk, atau kurang menarik dibandingkan sebelumnya. Hal ini dapat memicu rasa cemburu atau perasaan tidak aman, terutama jika tidak disertai dukungan emosional dari pasangan. Oleh karena itu, perhatian dan kasih sayang dari suami sangat penting untuk membantu ibu mempertahankan kepercayaan dirinya selama kehamilan. Pada tahap ini, kecemasan dan stres juga sering muncul. Hampir setiap ibu hamil trimester ketiga mengalami rasa cemas dalam kadar yang berbeda-beda. Kecemasan ini bisa disebabkan oleh berbagai hal seperti kekhawatiran terhadap kesejahteraan bayi, kondisi keuangan keluarga, kesiapan menghadapi persalinan, hingga rasa takut terhadap rasa sakit yang akan dialami. Bila tidak dikelola dengan baik, kecemasan dapat berkembang menjadi stres, insomnia, atau bahkan tekanan batin yang mendalam. Tekanan psikologis yang berat dapat menimbulkan perasaan tidak berguna, rasa bersalah, kehilangan arah hidup, hingga menarik diri dari lingkungan sosial.

Trimester III ini peran bidan dan tenaga kesehatan sangat penting. Bidan tidak hanya berperan dalam aspek fisik, tetapi juga dalam memberikan dukungan psikologis melalui konseling dan edukasi yang menenangkan. Konseling yang diberikan dapat meliputi penjelasan tentang tanda-tanda persalinan dan tanda bahaya trimester ketiga, perencanaan tempat

persalinan, persiapan perlengkapan ibu dan bayi, serta pengaturan dokumen dan biaya persalinan. Selain itu, edukasi tentang perawatan payudara, cara menyusui, cara memandikan bayi, dan proses kembalinya rahim ke kondisi semula (involusi) juga penting diberikan agar ibu merasa siap menghadapi masa nifas. Dengan adanya dukungan emosional, pemahaman yang baik, serta persiapan yang matang, ibu hamil pada trimester ketiga dapat menjalani masa kehamilan akhir dengan lebih tenang dan percaya diri. Ketenangan jiwa dan perasaan aman sangat berpengaruh terhadap kesehatan ibu dan janin, serta menjadi modal penting bagi ibu untuk menyambut proses persalinan dan peran barunya sebagai seorang ibu dengan penuh kesiapan dan kebahagiaan¹⁷.

f) **Kebutuhan Dasar Ibu Hamil**

Selama masa kehamilan tubuh ibu mengalami perubahan baik secara fisik, psikologis dan social yang menuntut kebutuhan dasar secara menyeluruh. Pemenuhan dasar ini penting untuk menunjang kesejahteraan ibu dan janin agar kehamilan berlangsung sehat. Kebutuhan dasar ibu hamil meliputi kebutuhan fisiologis, psikologis, social, dan spiritual yang harus terpenuhi secara menyeluruh sesuai dengan tahapan kehamilan²¹.

1) **Kebutuhan Fisik**

Secara fisiologis kebutuhan fisik ibu hamil meliputi kebutuhan oksigen, nutrisi yang adekuat, pemeliharaan kesehatan diri dan lingkungan, aktifitas fisik dan traveling²². Kebutuhan oksigen merupakan hal yang utama bagi ibu hamil. Posisi miring ke kiri dianjurkan untuk meningkatkan perfusi uterus dan okseigenasi fetoplasma dengan mengurangi tekanan pada vena asenden²³. Selain itu ventilasi pada tempat tinggal harus baik dan ibu hamil terhindar dari polusi udara atau asap rokok. Ibu hamil membutuhkan nutrisi yang adekuat untuk kebutuhan nutrisi dirinya dan mendukung pertumbuhan dan

perkembangan janin yang dikandung. Untuk ibu hamil kebutuhan kalorinya bertambah 300 kkal/hari sehingga kebutuhannya adalah 2300 kkal per hari. Selain itu, ibu hamil membutuhkan tambahan protein 30 gram/hari. Protein yang dianjurkan adalah protein hewani. Selain itu, kebutuhan vitamin dan mineral seperti vitamin A, B1, B2, B6, B12, C, D, asam folat, seng dan zat besi dan kalsium yang bisa didapatkan dari makanan sehari-hari seperti buah-buahan, sayuran maupun dari penambahan suplementasi²². Selain itu kebutuhan fisik ibu hamil yaitu pemenuhan hidrasi yaitu 6-8 gelas / hari agar cairan tercukupi dan tidak dehidrasi. Selain itu juga untuk mencegah terjadinya konstipasi. Untuk menjaga eliminasi agar berjalan dengan baik yaitu selain mencukupi cairan dengan mengonsumsi sayuran dan buah-buahan²³. Ibu hamil membutuhkan istirahat atau tidur untuk mengurangi ketegangan dan kelelahan kurang tidur siang 2 jam dan tidur malam 8 jam. Posisi tidur yang dianjurkan adalah posisi tidur miring ke kiri, kaki kiri lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan diganjal dengan bantal, dan untuk mengurangi rasa nyeri pada perut ganjal dengan bantal pada perut bawah sebelah kiri²³. Selain itu, memperhatikan mobilisasi. Ibu hamil postur tubuh berubah menjadi lordosis. Perubahan postur tubuh dapat menyebabkan ketidaknyamanan yaitu nyeri punggung. Maka dari itu, ibu hamil untuk memperhatikan posisinya. Ketika beraktifitas seperti tidak duduk terlalu lama, mengangkat beban dalam keadaan tegak, duduk dengan posisi tegak dan tidak memakai sepatu hak tinggi. Untuk menjaga kesehatan otot dan mencegah ketegangan maka ibu hamil disarankan untuk melakukan aktifitas fisik ringan rutin yaitu olahraga seperti senam atau jalan santai. Selain itu, kebutuhan traveling pada ibu hamil untuk menyegarkan perasaan dan pikiran dengan memperhatikan keselamatan ibu dan janin. Kebutuhan fisik lainnya adalah dengan menjaga kebersihan diri dan lingkungan yaitu dengan mandi dan

mengganti pakaian minimal sehari 2 kali, menjaga kebersihan dan kesehatan gigi untuk mencegah karies. Selain itu kebutuhan ibu akan imunisasi TT untuk mencegah penyakit tetanus pada ibu dan bayi²².

2) Kebutuhan Psikologis

Ibu hamil membutuhkan dukungan emosional dan mental dari suami, keluarga, lingkungan sekitar serta tenaga kesehatan. Ibu hamil membutuhkan rasa aman dan nyaman, cinta, diakui dan didukung. Perubahan hormonal dan fisik dapat memengaruhi suasana hati, rasa cemas, dan kekhawatiran terhadap proses kehamilan dan persalinan atau peran baru sebagai ibu. Menurut Pillitteri (2018) dalam *Maternal and Child Health Nursing*, dukungan emosional terbukti dapat menurunkan kecemasan dan meningkatkan kesejahteraan psikologis ibu hamil²⁴. Ibu hamil dengan psikologis yang baik dan kurang baik akan memberikan dampak yang berbeda pada pertumbuhan dan fungsi otak janin. Penelitian Wu et al (2022) menyatakan bahwa tingkat tekanan psikologis ibu yang tinggi berhubungan dengan perubahan volume otak janin, terutama pada hippocampus, insula, dan cerebellum, serta gangguan pada konektivitas jaringan saraf otak janin²⁵.

3) Kebutuhan Sosial

Secara sosial, ibu hamil memerlukan dukungan lingkungan dan ekonomi yang memadai untuk menjamin ketersediaan pangan bergizi, pemeriksaan antenatal teratur, serta lingkungan yang aman dan sehat. Komunikasi sosial yang baik sangat membantu ibu untuk lebih nyaman dan percaya diri menyesuaikan diri dengan perubahan peran dalam keluarga dan masyarakat. Hal ini tentunya tidak lepas dari hubungan sosial suami, keluarga, lingkungan dan tenaga kesehatan. Kebutuhan sosial ibu selama kehamilan adalah kebutuhan secara verbal yaitu dengan ditanya dan didengarkan serta sentuhan untuk menjaga suasana hati serta mengurangi dari ketidaknyamanan selama hamil²³.

4) Kebutuhan Spiritual dan Edukasi

Ibu hamil sangat membutuhkan kebutuhan spiritual dan edukatif. Ibu hamil perlu untuk melakukan pendekatan terhadap Tuhan sesuai dengan keyakinan masing-masing. Kebutuhan spiritual yang bisa ibu hamil lakukan adalah dengan berdoa, meningkatkan rasa Syukur, dan melakukan ritual keagamaan. Kebutuhan spiritual merupakan hal yang sangat utama dalam kehidupan agar lebih bisa menikmati proses kehamilan dengan tenang dan nyaman serta memahami makna kehidupan. Seorang ibu hamil dengan kebutuhan spiritual yang tercukupi mengurangi kecemasan dalam menjalani kehamilan. Selain kebutuhan spiritual, ibu hamil juga membutuhkan edukasi atau pendidikan kesehatan tentang kehamilan, persalinan dan perawatan bayi baru lahir. Pendidikan kesehatan ini membantu ibu mengambil keputusan yang tepat terkait kesehatannya selama kehamilan dan setelah melahirkan. Selain itu, edukasi membuat ibu dan suami dapat melakukan perencanaan kehidupan setelah kehamilan dan persalinan dengan bijak.

g) Antenatal Care

1) Pengertian Antenatal Care

Antenatal care (ANC) atau pelayanan antenatal adalah rangkaian pelayanan kesehatan yang diberikan kepada perempuan selama kehamilan dengan tujuan mempromosikan kesehatan ibu dan janin, mencegah komplikasi, mendeteksi masalah lebih awal, serta mempersiapkan ibu untuk persalinan dan masa nifas. ANC bukan hanya pemeriksaan medis, tetapi juga meliputi pendidikan kesehatan, dukungan psikososial, dan penatalaksanaan risiko kehamilan.

2) Frekuensi Antenatal Care

Kunjungan antenatal care dilakukan minimal minimal 6 kali selama kehamilan dan 2 kali diantaranya dilakukan pemeriksaan oleh dokter

atau dokter spesialis kebidanan dan kandungan pada trimester 1 dan 3. Berikut kunjungan ANC yang disarankan pada ibu hamil menurut Buku KIA 2024¹⁷:

- a) Pada Trimester 1 minimal melakukan periksa kehamilan sebanyak 1 kali oleh dokter untuk USG dan cek laboratorium sederhana.
- b) Pada Trimester 2 minimal melakukan periksa kehamilan sebanyak 2 kali.
- c) Pada Trimester 3 melakukan periksa kehamilan sebanyak 3 kali, dengan salah satu diantaranya dilakukan oleh dokter, termasuk pemeriksaan USG dan laboratorium.

Dampak jika tidak melakukan kunjungan minimal Antenatal Care (ANC) di fasilitas pelayanan kesehatan yaitu tidak terdeteksinya kelainan kehamilan pada ibu, terjadinya perdarahan yang disebabkan oleh kurangnya pemantauan tanda bahaya pada ibu hamil, meningkatkan risiko angka kesakitan dan kematian pada ibu hamil.

Standar pelayanan antenatal terpadu mengacu pada Permenkes Nomor 21 Tahun 2021 tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan, masa nifas, pelayanan kontrasepsi, dan kesehatan seksual. Pelayanan kehamilan minimal meliputi 10 T sesuai dengan Permenkes RI 2021 sebagai berikut:

- 1) Timbang berat badan (BB) dan ukur tinggi badan (TB)

Pengukuran TB bertujuan menentukan status gizi dan risiko persalinan, sedangkan BB dipantau setiap kunjungan ANC untuk melihat kenaikan sesuai grafik. Penambahan BB kurang dari 9 kg selama kehamilan atau kurang dari 1 kg per bulan dapat menunjukkan gangguan pertumbuhan janin. TB diukur pada kunjungan pertama untuk mendeteksi risiko Cephalo Pelvic Disproportion (CPD), terutama bila $TB < 145$ cm.

2) Pengukuran Tekanan Darah

Dilakukan untuk memantau tekanan darah ibu hamil serta mendeteksi risiko hipertensi dan preeklampsia. Ibu hamil dikatakan hipertensi bila tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg. Preeklampsia merupakan hipertensi yang disertai proteinuria dan dapat disertai gejala seperti edema, sakit kepala menetap, mual, muntah, sesak napas, dan gangguan penglihatan.

3) Nilai status gizi (Lingkar Lengan Atas/LiLA)

Bertujuan mendeteksi Kurang Energi Kronis (KEK). LiLA $< 23,5$ cm menunjukkan risiko KEK dan bayi berat lahir rendah (BBLR).

4) Ukur tinggi fundus uteri (TFU)

Untuk menilai pertumbuhan janin dan memperkirakan usia kehamilan. Pemeriksaan McDonald dilakukan setelah usia kehamilan 24 minggu, sedangkan Leopold setelah 12 minggu.

5) Tentukan presentasi dan denyut jantung janin (DJJ)

Presentasi janin dinilai mulai akhir trimester II untuk mengetahui posisi janin. DJJ diperiksa setiap kunjungan; normalnya 120–160 x/menit.

6) Skrining dan pemberian imunisasi tetanus toksoid (TT)

Sesuai dengan peraturan Kemenkes 2023 suntik TT dilakukan untuk mencegah tetanus neonatorum. Status imunisasi disesuaikan dengan riwayat TT sebelumnya. Ibu dengan TT5 tidak perlu imunisasi ulang.

Tabel 2.2 Pemberian Imunisasi TT

Status T	Interval Minimal Pemberian	Masa Perlindungan
T1		Langkah awal pemberian kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus.
T2	4 minggu setelah T1	3 Tahun

T3	6 bulan setelah T2	5 Tahun
T4	12 bulan setelah T3	10 Tahun
T5	12 bulan setelah T4	Lebih dari 25 Tahun

Sumber : *Buku Kesehatan Ibu Anak* (2024).

7) Pemberian tablet tambah darah (TTD)

Setiap ibu hamil harus mendapat minimal 90 tablet TTD selama kehamilan (60 mg Fe + 400 µg asam folat) atau multivitamin setiap hari selama kehamilan. Tujuannya untuk mencegah anemia, keguguran, preeclampsia, serta mendukung pembentukan sistem saraf janin dan plasenta.

8) Tes laboratorium dan USG

Pemeriksaan meliputi golongan darah, triple eliminasi yaitu HBSAg, HIV/AIDS, Sypilis, Hb, protein urine, dan pemeriksaan lain sesuai indikasi. USG digunakan untuk memastikan kondisi janin dan mendeteksi kelainan.

9) Tata laksana/penanganan kasus

Setiap kelainan hasil pemeriksaan ditangani sesuai kewenangan tenaga kesehatan. Kasus di luar kompetensi akan dilakukan rujukan sesuai sistem rujukan.

10) Temu wicara (konseling) dan penilaian kesehatan jiwa

Sesuai dengan peraturan kementerian kesehatan tahun 2022 Konseling diberikan selama kehamilan hingga perencanaan persalinan (P4K) meliputi tempat dan pendamping persalinan, donor darah, serta biaya. Ibu mendapat edukasi tentang tanda bahaya kehamilan, kontrasepsi pasca salin, ASI eksklusif, dan perawatan bayi baru lahir. Pemeriksaan kesehatan jiwa dilakukan melalui skrining dan wawancara klinis di fasilitas primer. Bila ditemukan gangguan, dirujuk ke ahli jiwa. Bidan juga memberi motivasi

pengelolaan stres melalui relaksasi, olahraga ringan, berpikir positif, dan kegiatan rekreatif.

h) Hipertensi Gestasional

1) Pengertian

Hipertensi peripartum didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik (TDS) ≥ 140 mmHg dan/atau tekanan darah diastolik (TDD) ≥ 90 mmHg, diukur menggunakan pembacaan tekanan darah berulang di pelayanan kesehatan pada dua waktu terpisah atau dengan interval ≥ 15 menit pada hipertensi berat ($\geq 160/110$ mmHg). hipertensi gestasional merupakan salah satu dari hipertensi peripartum. Hipertensi gestasional merupakan hipertensi yang baru terjadi pada masa kehamilan ≥ 20 minggu, tanpa disertai proteinuria ataupun gejala atau tanda yang mengarah ke preeklamsia²⁶.

2) Etiologi

Etiologi hipertensi dalam kehamilan, termasuk hipertensi gestasional, hingga saat ini belum dapat dipastikan secara tunggal, namun secara umum berkaitan dengan gangguan perfusi uteroplasenta dan faktor predisposisi maternal yang memengaruhi adaptasi vaskular selama kehamilan. Menurut Sarwono Prawirohardjo (2020), hipertensi gestasional dapat dipengaruhi oleh faktor risiko seperti primigravida, usia ibu ekstrem (< 20 atau > 35 tahun), obesitas, kehamilan ganda, riwayat keluarga hipertensi, serta penyakit penyerta seperti diabetes melitus dan gangguan ginjal yang menyebabkan perubahan vaskular sistemik pada kehamilan¹. Williams Obstetrics (2022) menjelaskan bahwa kondisi yang mengurangi aliran darah uteroplasenta seperti gangguan vaskular awal, predisposisi genetik, serta respon imun maternal terhadap trofoblas janin berperan dalam terjadinya hipertensi gestasional. Selain itu, faktor seperti nuliparitas, kehamilan dengan

donor ovum, dan riwayat preeklampsia sebelumnya juga meningkatkan risiko terjadinya gangguan hipertensi dalam kehamilan⁷.

Berdasarkan Panduan Penatalaksanaan Hipertensi pada Periode Peripartum 2025, hipertensi gestasional merupakan hipertensi yang muncul setelah usia kehamilan ≥ 20 minggu tanpa proteinuria dan tanpa tanda disfungsi organ, yang secara etiologis berhubungan dengan gangguan adaptasi hemodinamik maternal terhadap peningkatan kebutuhan sirkulasi selama kehamilan²⁶.

3) Patofisiologi

Hipertensi dalam kehamilan umumnya berkaitan dengan gangguan kardiometabolik ibu seperti obesitas, resistensi insulin, dislipidemia, PCOS, gaya hidup, faktor genetik, serta kondisi malnutrisi terutama defisiensi kalsium. Pada trimester pertama, hipertensi jarang terjadi karena tubuh masih mampu beradaptasi, kecuali pada ibu dengan komorbid seperti penyakit ginjal, jantung, atau gangguan endokrin yang dapat menyebabkan hipertensi kronik. Kejadian paling sering muncul pada trimester ketiga, termasuk preeklampsia dan hipertensi gestasional. Secara patofisiologi, hipertensi dalam kehamilan terutama preeklampsia diawali oleh gangguan perkembangan plasenta yang menyebabkan penurunan aliran darah uteroplasenta akibat kegagalan invasi trofoblas ke arteri spiralis. Kondisi ini menimbulkan iskemia plasenta yang kemudian memicu pelepasan zat vasoaktif seperti sFlt-1 yang menyebabkan kerusakan dan disfungsi endotel. Disfungsi endotel ini mengakibatkan ketidakseimbangan antara vasokonstriktor (seperti endotelin dan tromboksan) dan vasodilator (seperti nitrit oksida), sehingga terjadi vasokonstriksi sistemik dan peningkatan tekanan darah. Dampaknya dapat menyebar ke berbagai organ, seperti ginjal (proteinuria), hati, dan otak, terutama pada preeklampsia berat. Selain itu,

respon imun dan proses inflamasi yang dipicu plasenta juga turut memperberat terjadinya disfungsi endotel tersebut²⁶.

4) Komplikasi

Hipertensi gestasional dapat menimbulkan berbagai komplikasi baik pada ibu maupun janin apabila tidak dilakukan pemantauan dan penanganan yang adekuat. Menurut Sarwono (2020), komplikasi pada ibu meliputi progresi menjadi preeklampsia, eklampsia, solusio plasenta, gangguan fungsi ginjal, hingga risiko stroke akibat peningkatan tekanan darah yang tidak terkontrol¹. Williams Obstetrics (2022) menyebutkan bahwa hipertensi dalam kehamilan dapat meningkatkan risiko gangguan organ target seperti edema paru, trombositopenia, dan gangguan fungsi hati, serta meningkatkan angka morbiditas maternal secara signifikan terutama bila berkembang menjadi preeklampsia berat. Pada janin, komplikasi yang dapat terjadi meliputi gangguan pertumbuhan janin (IUGR), hipoksia intrauterin akibat insufisiensi plasenta, persalinan prematur, berat badan lahir rendah (BBLR), hingga kematian janin intrauterin apabila perfusi uteroplacenta sangat terganggu^{7,26}.

5) Penanganan

Penatalaksanaan hipertensi gestasional bersifat komprehensif yang bertujuan untuk menstabilkan tekanan darah ibu, mencegah progresi menjadi preeklampsia, serta menjaga kesejahteraan janin. Menurut Sarwono (2020), penatalaksanaan awal dilakukan secara non-farmakologis melalui istirahat yang cukup, terutama dengan posisi miring kiri (*left lateral position*) untuk meningkatkan aliran darah uteroplacenta. Ibu juga dianjurkan untuk mengurangi aktivitas berat dan menghindari stres, karena kondisi tersebut dapat meningkatkan tekanan darah dan memperburuk perfusi plasenta. Selain itu, pengaturan diet juga menjadi bagian penting, yaitu diet seimbang dengan pembatasan

garam yang tidak berlebihan (tidak restriksi ketat), guna membantu mengontrol tekanan darah tanpa mengganggu keseimbangan cairan tubuh¹. Selain perubahan *lifestyle/* gaya hidup, beberapa suplementasi nutrisi juga dapat diberikan sebagai upaya suportif. Suplementasi yang diberikana dalah suplementasi kalsium (1,5–2 gram/hari) efektif menurunkan risiko preeklamsia, terutama pada ibu dengan asupan kalsium rendah atau berisiko tinggi hipertensi, sedangkan minyak ikan yang mengandung EPA dan DHA membantu mencegah preeklamsia melalui efek antiinflamasi, perbaikan fungsi endotel, dan peningkatan aliran darah uteroplasenta. Selain itu, pencegahan hipertensi dalam kehamilan juga didukung dengan pola makan sehat dan seimbang, membatasi gula, garam, serta makanan olahan sesuai kebutuhan, dan melakukan aktivitas fisik ringan hingga sedang secara teratur, seperti berjalan, berenang, atau yoga prenatal, setelah berkonsultasi dengan tenaga kesehatan^{1,7,26}.

Penatalaksanaan hipertensi gestasional berdasarkan usia kehamilan. Pada kehamilan kurang dari 37 minggu, fokus utama adalah konservatif expectant management, yaitu mempertahankan kehamilan selama kondisi ibu dan janin masih stabil. Pada fase ini dilakukan pemantauan ketat tekanan darah, protein urin, serta evaluasi kesejahteraan janin melalui USG, doppler, atau NST. Pemberian antihipertensi dilakukan untuk mencegah terjadinya hipertensi transisional atau menjadi preeklamsia. Pemberian Labetalol dan nifedipin umumnya dikenal sebagai obat antihipertensi lini pertama untuk kondisi hipertensi dalam kehamilan. Pemberian antihipertensi dilakukan bila tekanan darah berada pada kategori sedang hingga berat sesuai indikasi medis, dengan tujuan memperpanjang usia kehamilan hingga janin mencapai maturitas yang lebih baik^{7,26}. Menurut Akbar et al (2022) dalam terapi antihipertensi, penting untuk memahami

perbedaan antara terapi lini pertama dan lini kedua. Terapi lini pertama merupakan pengobatan utama yang dianggap paling efektif untuk menangani suatu penyakit, sedangkan terapi lini kedua diberikan apabila terapi utama tidak memberikan hasil yang optimal. Menurut Goncalo et al (2018) dalam Akbar et al (2022) Pada kasus preeklampsia, nifedipine digunakan sebagai terapi lini pertama, sedangkan methyldopa digunakan sebagai terapi lini kedua. Nifedipine termasuk golongan calcium channel blocker yang dikenal aman, efektif, serta tidak bersifat teratogenik bagi ibu hamil. Sementara itu, alpha-methyldopa merupakan agonis reseptor α -adrenergik yang juga terbukti aman dan efektif digunakan selama kehamilan²⁷.

Tabel 2.3 Pemberian Obat Antihipertensi Menurut NICE (2019)

Obat	Dosis dan Cara Pemberian
Labetalol	<ul style="list-style-type: none"> • Dosis awal 100 mg oral, 2 kali sehari. • Dosis lanjutan 200–400 mg, 2 kali sehari. • Dosis maksimal 1.200 mg/hari.
Nifedipine	<ul style="list-style-type: none"> • Diberikan apabila labetalol tidak sesuai atau tidak dapat digunakan. • Dosis 30–60 mg oral, 1 kali sehari setelah makan. • Dosis maksimal 120 mg/hari.
Methyldopa	<ul style="list-style-type: none"> • Digunakan apabila labetalol atau nifedipine tidak sesuai • Dosis oral 250–500 mg, 2–3 kali sehari. • Dosis maksimal 2–3 gram/hari.
Target tekanan darah setelah pemberian obat anti hipertensi adalah < 135/85 mmHg	

Sumber : *Cunningham et al. (2022); ACOG (2019); ISSHP (2021).*

Tabel 2.4 Rekomendasi Obat Antihipertensi dan Alasan Keamanan

Obat	Alasan Aman
Methyldopa	Memiliki riwayat penggunaan yang panjang pada kehamilan dan terbukti aman bagi janin. Bekerja sebagai agonis α_2 sentral yang menurunkan tekanan darah tanpa mengurangi aliran darah uteroplasenta secara signifikan.

Labetalol	Direkomendasikan sebagai terapi lini pertama pada hipertensi dalam kehamilan. Efektif menurunkan tekanan darah dengan profil keamanan yang baik pada ibu dan janin.
Nifedipine	Aman digunakan selama kehamilan, terutama sediaan lepas lambat untuk hipertensi kronis dan hipertensi gestasional. Tidak terbukti meningkatkan risiko malformasi kongenital.
Hydralazine	Umumnya digunakan secara intravena pada hipertensi berat atau krisis hipertensi pada kehamilan. Efektif untuk menurunkan tekanan darah secara cepat.

Sumber : *Cunningham et al. (2022); ACOG (2019); ISSHP (2021).*

Tabel 2.5 Obat Antihipertensi Tidak Aman untuk Ibu Hamil

Obat	Golongan	Alasan Tidak Aman
Captopril	ACE Inhibitor	Dapat menyebabkan gangguan ginjal janin, oligohidramnion, hipoplasia paru, deformitas tulang tengkorak, hingga kematian janin terutama pada trimester II–III.
Enalapril	ACE Inhibitor	Memiliki efek fetotoksik yang sama dengan captopril.
Lisinopril	ACE Inhibitor	Berisiko menyebabkan kerusakan ginjal dan kematian janin.
Losartan	ARB	Menyebabkan oligohidramnion, gangguan fungsi ginjal janin, retardasi pertumbuhan, dan kematian neonatal.
Valsartan	ARB	Risiko fetotoksitas serupa dengan losartan.
Telmisartan	ARB	Dapat mengganggu perkembangan ginjal dan sistem renin-angiotensin janin.
Aliskiren	Direct Renin Inhibitor	Berpotensi menyebabkan efek buruk yang sama dengan ACE inhibitor dan ARB pada janin.

Sumber : *Cunningham et al. (2022); ACOG (2019); ISSHP (2021).*

Sementara itu, pada kehamilan ≥ 37 minggu, terminasi kehamilan atau persalinan umumnya sudah dipertimbangkan karena janin telah mencapai maturitas. Panduan Penatalaksanaan Hipertensi pada Periode

Peripartum 2025 menyatakan bahwa pada usia kehamilan aterm dengan hipertensi gestasional, persalinan dapat direncanakan baik secara induksi pervaginam maupun sectio caesarea berdasarkan kondisi obstetrik dan status ibu serta janin. Tindakan ini bertujuan untuk mencegah komplikasi maternal seperti preeklampsia berat, eklampsia, dan gangguan organ target lainnya²⁶.

Menurut Williams Obstetrics (2022), terapi farmakologis seperti nifedipin, labetalol, atau metildopa diberikan pada kasus dengan tekanan darah persisten $\geq 140/90$ mmHg yang tidak terkontrol, dengan pemantauan ketat terhadap respon terapi dan kondisi janin. Selain itu, edukasi tanda bahaya seperti sakit kepala hebat, gangguan penglihatan, nyeri epigastrium, serta penurunan gerak janin harus selalu diberikan agar pasien segera mencari pertolongan medis. Pada kehamilan ≥ 37 minggu, penatalaksanaan hipertensi gestasional umumnya sudah mengarah pada terminasi kehamilan karena janin dianggap telah matur. Persalinan dapat direncanakan melalui induksi persalinan atau tindakan operatif berdasarkan kondisi klinis ibu dan janin. Menurut Panduan Penatalaksanaan Hipertensi pada Periode Peripartum 2025, induksi persalinan pada hipertensi gestasional dapat dilakukan apabila kondisi ibu stabil, tidak terdapat tanda preeklampsia berat, serta kondisi janin dalam keadaan baik dan tidak menunjukkan distress. Induksi juga dipertimbangkan bila serviks sudah matang (misalnya Bishop score mendukung), tidak terdapat kontraindikasi persalinan pervaginam, dan tidak ada komplikasi obstetri lain yang memerlukan terminasi segera dengan operasi sesar^{7,26}.

Menurut ACOG (2020) pada kasus hipertensi gestasional, waktu persalinan ditentukan berdasarkan usia kehamilan serta kondisi ibu dan janin. Pada ibu dengan hipertensi gestasional tanpa tanda atau gejala berat, kehamilan dapat dipertahankan hingga usia kehamilan 37 minggu

dengan pemantauan yang ketat terhadap tekanan darah, kesejahteraan janin, serta kemungkinan perkembangan penyakit menjadi preeklampsia. Setelah usia kehamilan mencapai 37 minggu, persalinan dianjurkan karena risiko komplikasi maternal dan perinatal akibat hipertensi yang berlanjut lebih besar dibandingkan manfaat memperpanjang kehamilan. Oleh karena itu, induksi persalinan dapat dilakukan apabila tidak terdapat kontraindikasi untuk persalinan pervaginam dan kondisi serviks memungkinkan. Namun, apabila sebelum usia kehamilan 37 minggu terjadi perburukan kondisi ibu, seperti peningkatan tekanan darah yang tidak terkontrol, munculnya gejala preeklampsia berat, atau ditemukan gangguan kesejahteraan janin, maka persalinan dapat dipertimbangkan lebih awal sesuai indikasi medis. Dengan demikian, tujuan utama penatalaksanaan hipertensi gestasional adalah menjaga keselamatan ibu dan janin melalui pemantauan yang adekuat serta menentukan waktu persalinan yang paling tepat untuk mencegah terjadinya komplikasi yang lebih serius. Induksi persalinan pada hipertensi gestasional dilakukan untuk mengurangi risiko komplikasi maternal seperti perkembangan menjadi preeklampsia berat, eklampsia, solusio plasenta, maupun gangguan organ target lainnya. Selain itu, induksi juga bertujuan untuk mencegah penurunan kondisi janin akibat insufisiensi plasenta yang dapat terjadi pada hipertensi kehamilan. Proses induksi dapat dilakukan menggunakan metode farmakologis seperti prostaglandin atau oksitosin, maupun metode mekanik sesuai protokol fasilitas kesehatan, dengan pemantauan ketat terhadap tekanan darah ibu dan kesejahteraan janin⁷. Namun demikian, terdapat kondisi yang tidak memungkinkan dilakukan induksi persalinan. Induksi tidak dianjurkan apabila terdapat hipertensi berat yang tidak terkontrol ($\geq 160/110$ mmHg), dugaan atau diagnosis preeklampsia berat yang tidak stabil, eklampsia, atau tanda

kegawatan maternal seperti gangguan neurologis, edema paru, atau gangguan fungsi organ berat. Selain itu, induksi juga tidak dapat dilakukan bila terdapat kondisi janin yang tidak memungkinkan persalinan pervaginam, seperti gawat janin persisten, letak lintang, plasenta previa, atau dugaan disproporsi sefalopelvik. Pada kondisi tersebut, terminasi kehamilan lebih aman dilakukan melalui sectio caesarea untuk mencegah komplikasi lebih lanjut pada ibu dan janin^{1,7}. Dengan demikian, keputusan induksi persalinan pada hipertensi gestasional harus didasarkan pada evaluasi menyeluruh terhadap kondisi maternal, kondisi janin, serta kesiapan serviks, sehingga tindakan yang dilakukan dapat memberikan hasil obstetri yang optimal dan aman bagi kedua pihak²⁸.

3. Konsep Persalinan dan Bayi Baru Lahir

a) Pengertian Persalinan

Menurut WHO (2018) Persalinan normal merupakan persalinan yang dimulai spontan pada usia kehamilan 37-42 minggu, berlangsung pada ibu dengan risiko rendah, prosesnya tetap fisiologis selama persalinan, dan berakhir dengan kelahiran spontan tanpa komplikasi. WHO juga menekankan pengalaman positif ibu sebagai salah satu aspek persalinan normal. Menurut Sarwono (2020) persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dari janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir¹. Jadi, persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir yang terjadi pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berakhirnya pengeluaran hasil konsepsi yaitu bayi, selaput ketuban dan plasenta secara spontan tanpa adanya penyulit atau komplikasi.

b) Jenis-Jenis Persalinan

1) Persalinan Spontan

Persalinan spontan adalah proses persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri melalui jalan lahir. Persalinan normal (spontan) merupakan proses lahirnya bayi dalam presentasi Letak Belakang Kepala (LBK) dengan tenaga ibu tanpa bantuan alat, tidak menimbulkan cedera pada ibu maupun bayi, dan umumnya berlangsung kurang dari 24 jam²⁹.

2) Persalinan Buatan

Persalinan buatan adalah proses persalinan yang dibantu menggunakan tenaga dari luar selain tenaga ibu yang akan melahirkan. Contohnya meliputi tindakan ekstraksi forcep atau sectio caesarea²⁹.

3) Persalinan Anjuran

Persalinan anjuran adalah persalinan yang tidak dimulai secara fisiologis seperti biasanya, tetapi dimulai setelah dilakukan tindakan tertentu, misalnya pemecahan ketuban, pemberian pitocin, atau pemberian prostaglandin untuk merangsang atau menguatkan kontraksi²⁹. Persalinan anjuran biasanya disebut persalinan induksi. Persalinan induksi adalah tindakan untuk merangsang kontraksi uterus sebelum persalinan spontan dimulai dengan tujuan mencapai persalinan pervaginam. Induksi persalinan dilakukan apabila manfaat mengakhiri kehamilan lebih besar dibandingkan risiko mempertahankan kehamilan, baik bagi ibu maupun janin. Indikasi induksi meliputi kehamilan postterm, hipertensi gestasional, preeklamsia, ketuban pecah dini, oligohidramnion, hambatan pertumbuhan janin (*Fetal Growth Restriction/FGR*), dan kondisi medis tertentu yang memerlukan terminasi kehamilan. Induksi dapat dilakukan secara farmakologis menggunakan misoprostol, dinoprostone, atau oksitosin, maupun secara mekanis dengan kateter

Foley dan amniotomi. Meskipun umumnya aman, induksi persalinan dapat menimbulkan komplikasi seperti hiperstimulasi uterus, gawat janin, perdarahan postpartum, dan kegagalan induksi yang berakhir dengan seksio sesarea^{1,7}.

4) Tanda-Tanda Persalinan

Ada tiga tanda-tanda persalinan secara pasti yaitu :

a) Kontraksi

Ibu terasa kenceng-kenceng sering, teratur dengan nyeri dijalarkan dari pinggang ke paha. Hal ini disebabkan karena pengaruh hormon oksitosin yang secara fisiologi membantu dalam proses pengeluaran janin. Ada 2 macam kontraksi yang pertama kontraksi palsu (Braxton hicks) dan kontraksi yang sebenarnya. Pada kontraksi palsu berlangsung sebentar, tidak terlalu sering dan tidak teratur, semakin lama tidak ada peningkatan kekuatan kontraksi. Sedangkan kontraksi yang sebenarnya bila ibu hamil merasakan kenceng-kenceng makin sering, waktunya semakin lama, dan makin kuat terasa, disertai mulas atau nyeri seperti kram perut. Perut bumil juga terasa kencang. Kontraksi bersifat fundal recumbent/nyeri yang dirasakan terjadi pada bagian atas atau bagian tengah³⁰.

b) Penipisan dan Pembukaan Serviks

Biasanya pada ibu hamil dengan kehamilan pertama, terjadinya pembukaan ini disertai nyeri perut. Sedangkan pada kehamilan anak kedua dan selanjutnya, pembukaan biasanya tanpa diiringi nyeri. Rasa nyeri terjadi karena adanya tekanan panggul saat kepala jani turun ke area tulang panggul sebagai akibat melunaknya rahim. Untuk memastikan telah terjadi pembukaan, tenaga medis biasanya akan melakukan pemeriksaan dalam (*vaginal toucher*). Penipisan dan pembukaan serviks ditandai dengan adanya pengeluaran lender dan darah sebagai tanda pemula³¹.

c) Ketuban Pecah yang disertai dengan *Bloody Show*

Dalam bahasa medis disebut *bloody show* karena lendir ini bercampur darah. Itu terjadi karena pada saat menjelang persalinan terjadi pelunakan, pelebaran, dan penipisan mulut rahim. *Bloody show* seperti lendir yang kental dan bercampur darah. Menjelang persalinan terlihat lendir bercampur darah yang ada di leher rahim tersebut akan keluar sebagai akibat terpisahnya membran selaput yang menegilingi janin dan cairan ketuban mulai memisah dari dinding rahim. Tanda selanjutnya pecahnya ketuban, di dalam selaput ketuban (korioamnion) yang membungkus janin, terdapat cairan ketuban sebagai bantalan bagi janin agar terlindungi, bisa bergerak bebas dan terhindar dari trauma luar. Terkadang ibu tidak

sadar saat sudah mengeluarkan cairan ketuban dan terkadang menganggap bahwa yang keluar adalah air pipisnya. Cairan ketuban umumnya berwarna bening, tidak berbau, dan akan terus keluar sampai ibu akan melahirkan. Keluarnya cairan ketuban dari jalan

lahir ini bisa terjadi secara normal namun bias juga karena ibu hamil mengalami trauma, infeksi, atau bagian ketuban yang tipis (*locus minoris*) berlubang dan pecah. Setelah ketuban pecah ibu akan mengalami kontraksi atau nyeri yang lebih intensif. Terjadinya pecah ketuban merupakan tanda terhubungnya dengan dunia luar dan membuka potensi kuman/bakteri untuk masuk. Karena itulah harus segera dilakukan penanganan dan dalam waktu kurang dari 24 jam bayi harus lahir apabila belum lahir dalam waktu tersebut maka dilakukan penanganan selanjutnya misalnya ceasar³⁰.

5) Tahapan Persalinan

Dalam proses persalinan terdapat 4 tahapan persalinan yaitu sebagai berikut :

a) Kala I

Pengertian Kala I Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013), kala I (kala pembukaan) dimulai saat pembukaan nol sampai pembukaa lengkap (10 cm). Proses ini terbagi dalam 2 fase, yaitu³²:

- a) Fase laten berlangsung selama 8 jam, serviks membuka sampai 3 cm.
- b) Fase aktif berlangsung selama 7 jam, serviks membuka dari 4 cm sampai 10 cm. Kontraksi lebih kuat dan sering dibagi dalam 3 fase:
 - 1) Fase akselearasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
 - 2) Fase dilatasi maksimal, dengan durasi waktu 2 jam pembukaan yang berlangsung sangat cepat mulai dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm.
 - 3) Fase deselerasi, pembukaan menjadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap. 15 Proses kala I terjadi pada primigravida berlangsung dalam jangka waktu lebih panjang \pm 12 jam, sedangkan pada multigravida \pm 8 jam.

b) Kala II

Kala II adalah kala pengeluaran bayi. Kala atau fase yang dimula dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai dengan pengeluaran bayi Setelah serviks membuka lengkap, janin akan segera keluar. His 2-3 x/menit lamanya 60-90 detik. His sempurna dan efektif bila koordinasi gelombang kontraksi sehingga kontraksi simetris dengan dominasi di fundus, mempunyai amplitude 40-60 mm air raksa berlangsung 60-90 detik dengan jangka waktu 2-4 menit dan tonus uterus saat relaksasi kurang dari 12 mm air raksa. Karena biasanya dalam hal ini kepala janin

sudah masuk ke dalam panggul, maka pada his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektorik menimbulkan rasa mengedan. Juga dirasakan tekanan pada rectum dan hendak buang air besar. Kemudian perineum menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka. Labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada waktu his. Diagnosis persalinan kala II ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm³³.

c) Kala III (Pengeluaran Plasenta)

Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran plasenta. Disebut juga dengan kala uri (kala pengeluaran plasenta dan selaput ketuban). Setelah kala II yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, kontraksi uterus berhenti sekitar 5-10 menit. Setelah bayi lahir dan proses retraksi uterus, uterus teraba keras dengan fundus uteri sedikit di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah. Proses lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan mempertahankan tanda-tanda di bawah ini³³ :

- 1) Uterus menjadi bundar.
- 2) Uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim.
- 3) Tali pusat bertambah panjang.
- 4) Terjadi semburan darah tiba-tiba.

d) Kala IV (Kala Pemantauan 2 jam PP)

Kala IV dimulai dari lahirnya plasenta selama 1-2 jam atau kala/fase setelah plasenta dan selaput ketuban dilahirkan sampai dengan 2 jam

post partum. Kala ini terutama bertujuan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Darah yang keluar selama perdarahan harus ditakar sebaik-baiknya. Kehilangan darah pada persalinan biasanya disebabkan oleh luka pada saat pelepasan plasenta dan robekan pada serviks dan perineum. Rata-rata jumlah perdarahan yang dikatakan normal adalah 250 cc, biasanya 100-300 cc. jika perdarahan lebih dari 500 cc, maka sudah dianggap abnormal, dengan demikian harus dicari penyebabnya. Penting untuk diingat untuk tidak meninggalkan wanita bersalin 1 jam sesudah bayi dan plasenta lahir. Sebelum pergi meninggalkan ibu yang baru melahirkan, periksa ulang terlebih dulu dan perhatikan 7 pokok penting berikut ³³:

1) Kontraksi Rahim

Kontraksi baik atau tidaknya diketahui dengan pemeriksaan palpasi. Jika perlu dilakukan massase dan berikan uterotonika, seperti methergin, atau ermetrin dan oksitosin.

2) Perdarahan

Ada atau tidak, banyak atau biasa.

3) Kandung kemih

Kandung kemih harus kosong, jika penuh, ibu dianjurkan berkemih dan kalau tidak bisa, lakukan kateter.

4) Luka - luka

Jahitannya baik atau tidak, ada perdarahan atau tidak.

5) Plasenta atau selaput ketuban harus lengkap.

6) Keadaan umum ibu, tekanan darah, nadi, pernapasan, dan masalah lain.

7) Bayi daam keadaan baik.

6) Asuhan Persalinan Normal

Dasar asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermia, dan asfiksia bayi baru lahir. Sementara itu, fokus utamanya adalah mencegah komplikasi. Menurut (Prawirohardjo, 2020), Asuhan Persalinan Normal terdiri 60 langkah yakni:

Tabel 2.6 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal

60 Langkah Asuhan Persalinan Normal
1. Mengamati tanda dan gejala kala dua <ol style="list-style-type: none"> a. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran b. Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vaginanya c. Perineum menonjol d. Vulva-vagina dan spingter anal membuka
2. Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai didalam partus set.
3. Mengenakan baju penutup atau celemek plastic yang bersih
4. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawa siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir dan mengerigkan tangan dengan handuk bersih.
5. Memakai sarung tangan steril unruk semua pemeriksaan dalam.
6. Menghisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfektan tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali dipartus set tanpa mengontaminasi tabung suntik)
7. Memberisihkan vulva dan perineum, menyeka dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kasa atau kapas yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, memberisikhkannya dengan seksaa dengan cara menyeka dari depan ke belakang membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan.
8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks telah 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.
10. Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 kali/menit)
 11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
 - a. Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.
 - b. 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
 13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran :
 - a. Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - b. Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran
 - c. Membantu ibu untuk mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (tidak meminta ibu untuk berbaring terlentang).
 - d. Menganjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi.
 - e. Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
 - f. Menganjurkan untuk memberi cairan per oral.
 - g. Menilai DJJ setiap lima menit
 - h. Jika bayi belum lahir dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk primipara atau 60 menit (1 jam) untuk ibu multipara, rujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.
 - i. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat diantara kontraksi.
 - j. Jika bayi belum lahir segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.
 14. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
 15. Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu.
-

-
16. Membuka partus set.
 17. Memakai sarung tangan steril pada kedua tangan.
 18. Saat kepala bayi sudah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan lembut dan tidak menghambat kepala pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir.
 19. Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.
 20. Memeriksa lilitan tali pusat :
 - a. Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - b. Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.
 21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat ada kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul dibawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
 22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul dibawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
 23. Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai dari kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, 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 diatas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.
 25. Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi diatas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah
-

-
- dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi ditempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi.
26. Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit antara ibu dan bayi.
 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 diantara dua klem tersebut.
 29. Mengeringkan bayi, 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 bernafas, ambil tindakan yang sesuai.
 30. Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaki.
 31. Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
 32. Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik
 33. Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan oksitosin 10 unit I.M. di 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar. Penegangan tali pusat terkedali
 34. Memindahkan klem pada tali pusat
 35. Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada diperut ibu, tepat diatas 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, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta bantuan ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu.
 37. Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.
 - a. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
-

-
- b. Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit : ulangi pemberian oksitosin 10 unit I.M., nilai kandung kemih dan lakukan kateterisasi kandung kemih, minta keluarga untuk menyiapkan rujukan, ulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya, rujuk 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 terpisil. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.
 39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, meletakkan telapak di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras)
 40. Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta dalam kantung plastic atau tempat khusus. Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai.
 41. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.
 42. Menilai ulang uterus dan memastikan uterus berkontraksi dengan baik.
 43. Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 %, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkan dengan kain yang bersih dan kering
 44. Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau meningkatkan tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
 45. Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang bersebrangan dengan simpul mati yang pertama.
 46. Melepaskan klem bedah dan meletakkan 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.
 49. Menganjurkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam : 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan. Setiap 20-30
-

-
- menit pada jam kedua pascapersalinan. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksanakan atonia uteri. Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anastesi local dan menggunakan teknik yang sesuai.
50. Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan massase 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 pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan.
 - a. Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan.
 - b. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.
 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 % dan membilas dengan air bersih
 59. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir
 60. Melengkapi partograf.
-

7) Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang berusia 0-28 hari. Bayi baru lahir normal mempunyai ciri-ciri berat badan lahir 2500-4000 gram, umur kehamilan 37-40 minggu, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, menghisap ASI dengan baik, dan tidak ada cacat bawaan³⁴. Bayi Baru Lahir (BBL) menurut Cunningham (2012) dalam Rufaindah, et al (2022) bayi baru lahir adalah masa kehidupan bayi pertama di luar rahim sampai dengan usia 28 hari dimana terjadi perubahan yang sangat besar

dari kehidupan di dalam rahim menjadi di luar rahim. Pada masa ini terjadi pematangan organ hampir di semua system³⁴. Manuaba (2016) mengatakan bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram³⁴.

8) Klasifikasi Bayi Baru Lahir

Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) merupakan bayi yang dilahirkan dengan berat badan kurang dari 2.500 gram. Berdasarkan berat badan lahir, BBLR diklasifikasikan menjadi tiga kelompok, yaitu berat badan lahir rendah, berat badan lahir sangat rendah, dan berat badan lahir ekstrim. Selain itu, BBLR juga dapat dikelompokkan berdasarkan usia kehamilan atau masa gestasi menjadi prematur murni dan dismatur³⁴. Klasifikasi BBLR Berdasarkan Berat Badan Lahir

- a) Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi yang lahir dengan berat badan antara 1.500 hingga 2.500 gram.
- b) Berat Badan Lahir Sangat Rendah (BBLSR) adalah bayi yang dilahirkan dengan berat badan kurang dari 1.500 gram.
- c) Berat Badan Lahir Ekstrim (BBLE) adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 1.000 gram.

Klasifikasi BBLR Berdasarkan Masa Gestasi

- a) Prematur murni adalah bayi yang dilahirkan pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu dengan berat badan yang sesuai dengan usia kehamilan. Bayi ini sering disebut sebagai bayi kurang bulan.
- b) Dismatur adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37 minggu atau lebih, namun memiliki berat badan lahir kurang dari 2.500 gram.

9) Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir dengan kondisi normal menunjukkan beberapa karakteristik sebagai berikut³⁴:

- a) Antropometri, meliputi berat badan lahir antara 2.500-4.000 gram, panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, dan lingkar kepala 33-35 cm.
- b) Frekuensi denyut jantung pada awal kelahiran dapat mencapai sekitar 180 kali per menit, kemudian berangsur menurun hingga berada pada kisaran 120-140 kali per menit.
- c) Frekuensi pernapasan pada menit-menit awal kehidupan berkisar ± 80 kali per menit dan akan menurun seiring bertambahnya usia bayi hingga sekitar 40 kali per menit.
- d) Warna kulit tampak kemerahan dan licin karena jaringan subkutan telah terbentuk dengan baik, serta masih terlihat adanya lanugo.
- e) Kuku umumnya tampak panjang dan lunak
- f) Genitalia, pada bayi perempuan labia mayora telah menutupi labia minora, sedangkan pada bayi laki-laki testis sudah turun ke dalam skrotum.
- g) Refleks hisap dan menelan sudah berkembang dengan baik.
- h) Refleks Moro tampak jelas, ditandai dengan respons bayi ketika terkejut.
- i) Eliminasi berjalan baik, ditandai dengan pengeluaran urine dan mekonium dalam 24 jam pertama kehidupan.

10) Asuhan Segera Bayi Baru Lahir

Asuhan segera, aman, dan bersih pada bayi baru lahir bertujuan untuk menjamin kelangsungan hidup serta mencegah komplikasi dini. Asuhan segera setelah bayi lahir adalah sebagai berikut³⁵:

- a) Pencegahan Infeksi
Pencegahan infeksi melalui penerapan prinsip kebersihan dan aseptik, seperti mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi,

menggunakan sarung tangan bersih saat menangani bayi yang belum dimandikan, serta memastikan seluruh alat dan bahan yang digunakan telah melalui proses disinfeksi tingkat tinggi atau sterilisasi. Selain itu, seluruh perlengkapan bayi dan alat pemeriksaan harus dalam kondisi bersih untuk meminimalkan risiko penularan infeksi.

b) Melakukan Penilaian Awal

Penilaian awal bayi baru lahir dilakukan segera setelah kelahiran untuk memastikan kondisi vital bayi. Penilaian ini mencakup pengamatan apakah bayi menangis kuat atau bernapas spontan tanpa kesulitan, serta menilai aktivitas gerak bayi apakah aktif atau tampak lemah. Apabila bayi tidak bernapas, bernapas megap-megap, atau menunjukkan tanda-tanda kelemahan, maka tindakan resusitasi bayi baru lahir harus segera dilakukan.

c) Melakukan Pencegahan Kehilangan Panas

Pencegahan kehilangan panas merupakan bagian penting dalam asuhan neonatal karena bayi baru lahir belum mampu mengatur suhu tubuhnya secara mandiri. Kehilangan panas dapat terjadi melalui evaporasi akibat penguapan cairan ketuban pada kulit bayi yang tidak segera dikeringkan, konduksi akibat kontak langsung dengan permukaan dingin, konveksi karena paparan udara dingin atau aliran udara, serta radiasi ketika bayi berada di dekat benda dengan suhu lebih rendah. Upaya pencegahan dilakukan dengan segera mengeringkan tubuh bayi sebagai stimulasi taktil, menyelimuti bayi dengan kain bersih, kering, dan hangat, menutup bagian kepala, menganjurkan kontak kulit antara ibu dan bayi disertai pemberian ASI dini, serta menunda penimbangan dan menunda memandikan bayi hingga kondisi suhu tubuh bayi stabil. Memandikan bayi baru lahir dianjurkan dilakukan minimal enam jam setelah kelahiran, atau lebih lama bila bayi mengalami hipotermia atau gangguan pernapasan. Sebelum memandikan, tenaga kesehatan harus

memastikan suhu tubuh bayi berada dalam rentang normal dan ruangan mandi dalam kondisi hangat tanpa aliran udara. Proses memandikan dilakukan secara cepat menggunakan air bersih dan hangat, kemudian bayi segera dikeringkan dan diselimuti dengan kain kering. Kontak kulit dengan ibu dan anjuran menyusui tetap diberikan setelah pemandian untuk menjaga kehangatan dan kestabilan kondisi bayi.

d) Membebaskan Jalan Napas

Pembebasan jalan napas merupakan tindakan awal yang penting, terutama jika bayi tidak langsung menangis setelah lahir. Bayi diposisikan terlentang di permukaan datar dan hangat dengan kepala sedikit ekstensi, kemudian jalan napas dibersihkan secara hati-hati menggunakan kasa steril atau alat penghisap lendir yang bersih. Rangsangan taktil seperti menggosok punggung atau menepuk telapak kaki dapat diberikan untuk merangsang pernapasan. Selanjutnya, usaha napas pertama, warna kulit, serta adanya cairan atau mekonium harus terus dipantau dan dicatat sebagai bagian dari penilaian kondisi bayi.

e) Perawatan Tali Pusat

Perawatan tali pusat dilakukan setelah plasenta lahir dan kondisi ibu stabil. Tali pusat diikat atau dijepit menggunakan benang atau klem steril sekitar satu sentimeter dari pusat bayi. Selama prosedur, kebersihan tangan tetap dijaga dan peralatan yang digunakan harus terdisinfeksi dengan baik. Setelah perawatan selesai, bayi kembali diselimuti dengan kain bersih dan kering, serta bagian kepala tetap ditutup untuk mencegah kehilangan panas.

f) Mempertahankan Suhu Tubuh Bayi

Pemeliharaan suhu tubuh bayi merupakan hal krusial karena bayi baru lahir sangat rentan mengalami hipotermia, terutama pada bayi prematur

atau berat lahir rendah. Suhu tubuh bayi perlu dipantau secara berkala sebagai indikator kebutuhan lingkungan hangat. Pencegahan hipotermia dilakukan dengan menjaga bayi tetap kering, membungkus dengan selimut hangat, menutup kepala, mendorong kontak kulit ibu dan bayi serta pemberian ASI, melakukan penimbangan setelah bayi berpakaian, dan menempatkan bayi di lingkungan yang hangat.

g) Pencegahan Infeksi

Upaya pencegahan infeksi lanjutan pada bayi baru lahir meliputi pemberian vitamin K untuk mencegah perdarahan akibat defisiensi vitamin K, baik secara oral pada bayi cukup bulan maupun parenteral pada bayi berisiko tinggi. Selain itu, profilaksis mata dengan pemberian salep atau obat tetes mata dilakukan untuk mencegah infeksi akibat klamidia. Seluruh tindakan ini harus didukung dengan penerapan prinsip kebersihan yang ketat, termasuk penggunaan alat steril, sarung tangan bersih, serta perawatan lingkungan dan peralatan agar tetap higienis.

11) Asuhan Neonatus Lanjutan

Asuhan bayi baru lahir (neonatus) merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada bayi sejak lahir hingga usia 28 hari. Masa neonatus merupakan periode yang sangat kritis karena terjadi proses adaptasi dari kehidupan intrauterin ke ekstrauterin. Asuhan yang diberikan bertujuan untuk mempertahankan kelangsungan hidup bayi, mencegah terjadinya komplikasi, mendeteksi dini adanya kelainan atau penyakit, serta mendukung pertumbuhan dan perkembangan yang optimal. Menurut Kementerian Kesehatan RI, pelayanan kesehatan neonatus dilakukan melalui kunjungan neonatal yang meliputi KN1, KN2, dan KN3. Asuhan neonatus lanjutan merupakan asuhan yang diberikan setelah pemberian asuhan segera setelah lahir. Berikut merupakan asuhan lanjutan sesuai dengan Kementerian kesehatan RI³⁶.

a) Kunjungan Neonatal Pertama (KN1)

Dilaksanakan pada usia 6-48 jam setelah lahir. Tujuan KN1 adalah memastikan kondisi bayi stabil serta mendeteksi secara dini adanya komplikasi yang dapat mengancam kehidupan neonatus. Asuhan yang diberikan meliputi:

- 1) Pemeriksaan keadaan umum dan tanda-tanda vital.
- 2) Penilaian keberhasilan menyusui dan kecukupan ASI.
- 3) Pemeriksaan adanya ikterus, infeksi, atau kelainan bawaan.
- 4) Pemeriksaan tali pusat.
- 5) Pemantauan suhu tubuh untuk mencegah hipotermia.
- 6) Pemberian konseling kepada ibu mengenai ASI eksklusif.
- 7) Edukasi tentang perawatan tali pusat dan kebersihan bayi.
- 8) Identifikasi tanda bahaya neonatus yang memerlukan rujukan segera.

b) Kunjungan Neonatal Kedua (KN2)

Dilaksanakan pada usia 3-7 hari. KN2 bertujuan memantau pertumbuhan, adaptasi fisiologis, dan keberhasilan pemberian ASI eksklusif. Asuhan yang diberikan meliputi:

- 1) Menilai keadaan umum bayi.
- 2) Mengukur berat badan untuk memantau pertumbuhan.
- 3) Menilai frekuensi dan teknik menyusui.
- 4) Memantau eliminasi urin dan feses.
- 5) Memeriksa keadaan tali pusat.
- 6) Menilai adanya tanda infeksi atau ikterus neonatorum.
- 7) Memberikan edukasi mengenai perawatan bayi sehari-hari.
- 8) Mengingatkan pentingnya pemberian ASI eksklusif tanpa makanan atau minuman tambahan.

c) Kunjungan Neonatal Ketiga (KN3)

Dilaksanakan pada usia 8-28 hari. KN3 bertujuan memastikan bayi tumbuh dan berkembang secara normal serta tidak mengalami gangguan kesehatan. Asuhan yang diberikan meliputi:

- 1) Pemeriksaan keadaan umum dan tanda vital.
- 2) Penimbangan berat badan dan pemantauan pertumbuhan.
- 3) Penilaian pola menyusui dan kecukupan ASI.
- 4) Pemeriksaan refleks dasar neonatus seperti refleks menghisap, moro, rooting, dan menggenggam.
- 5) Pemeriksaan kondisi tali pusat dan kulit bayi.
- 6) Penilaian adanya kelainan atau penyakit yang muncul selama masa neonatal.
- 7) Edukasi kepada keluarga mengenai imunisasi dasar, stimulasi dini tumbuh kembang, serta tanda bahaya pada bayi.

d) Tanda Bahaya Neonatus

Selama periode neonatal, bidan perlu mengajarkan kepada orang tua untuk segera membawa bayi ke fasilitas kesehatan apabila ditemukan tanda bahaya sebagai berikut:

- 1) Bayi tidak mau menyusui atau hisapan lemah.
- 2) Kejang.
- 3) Napas cepat (>60 kali per menit) atau sesak napas.
- 4) Tarikan dinding dada ke dalam.
- 5) Demam (>37,5°C) atau hipotermia (<36,5°C).
- 6) Kulit atau mata tampak kuning sebelum usia 24 jam atau kuning hingga telapak tangan dan kaki.
- 7) Muntah berulang.
- 8) Diare.
- 9) Bayi tampak lemas atau tidak aktif.
- 10) Tali pusat merah, bengkak, berbau, atau mengeluarkan nanah.

4. Konsep Nifas dan Menyusui

a) Pengertian Masa Nifas

Masa terjadinya nifas disebut sebagai post partum. Masa tersebut merupakan kondisi di mana seorang perempuan yang telah melalui proses persalinan. Masa nifas secara biologis dinyatakan sebagai kondisi setelah proses persalinan plasenta, dan diakhiri saat kondisi rahim telah kembali semula seperti sediakala sebelum hamil dan persalinan. Masa nifas terjadi dalam rentang waktu enam pekan atau selama 42 hari. Selama masa nifas, terjadi proses pemulihan, di mana ibu akan merasakan banyak perubahan bentuk fisik atau bersifat fisiologis. Masa nifas juga berpotensi memberikan seorang ibu ketidaknyamanan pada awal terjadinya postpartum, kondisi tersebut berpeluang terjadi patologis apabila tidak diikuti dengan perawatan yang tepat³⁷. Pengertian masa nifas (puerperium) menurut Saleha (2009) dalam Anggraini (2022) merupakan masa setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas ini berlangsung 6 minggu. Didalam masa nifas diperlukan asuhan masa nifas karena periode ini merupakan periode kritis baik ibu ataupun bayinya. Perubahan yang terjadi pada masa nifas yaitu perubahan fisik, involusi uteri, laktasi atau pengeluaran air susu ibu, perubahan sistem tubuh ibu, dan perubahan psikis³⁸. Sedangkan menurut Abdul Bari (2022) Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu³⁸.

b) Tahapan Masa Nifas

Berikut merupakan tahapan masa nifas³⁹:

1) Puerperium dini

Pada fase ini, ibu mengalami proses pemulihan yang memungkinkannya untuk berdiri, berjalan, dan menjalankan aktivitas sehari-hari seperti wanita lainnya.

2) Puerperium intermedate

Masa ini merupakan periode pemulihan menyeluruh pada organ reproduksi, yang berlangsung sekitar 6-8 minggu setelah persalinan.

3) Puerperium remote

Puerperium remote adalah tahap pemulihan yang berkelanjutan, terutama jika ibu mengalami komplikasi selama kehamilan atau persalinan. Proses pemulihan untuk mencapai kesehatan yang optimal dapat memakan waktu sehari-hari, berbulan-bulan, atau bahkan bertahun-tahun.

c) Perubahan Anatomi dan Fisiologi Masa Nifas

Ibu dalam masa nifas mengalami perubahan fisiologis. Setelah keluarnya plasenta, kadar sirkulasi hormon HCG (Human Chorionic Gonadotropin), human plasental lactogen, estrogen dan progesteron menurun. Human plasental lactogen akan menghilang dari peredaran darah ibu dalam 2 hari dan HCG dalam 2 minggu setelah melahirkan. Kadar estrogen dan progesteron hampir sama dengan kadar yang ditemukan pada fase follikuler dari siklus menstruasi berturut-turut sekitar 3 dan 7 hari. Penarikan polipeptida dan hormon steroid ini mengubah fungsi seluruh sistem sehingga efek kehamilan berbalik dan wanita dianggap sedang tidak hamil. Perubahan- perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu masa nifas menurut Walyani (2017) yaitu^{40,37}:

1) Perubahan alat Reproduksi

a) Uterus

Uterus merupakan organ reproduksi interna yang berongga dan berotot, berbentuk seperti buah alpukat yang sedikit gepeng dan berukuran sebesar telur ayam. Panjang uterus sekitar 7-8 cm, lebar sekitar 5-5,5 cm dan tebal sekitar 2, 5 cm. Letak uterus secara fisiologis adalah anteversiofleksio. Uterus terbagi dari 3 bagian yaitu fundus uteri, korpus uteri, dan serviks uteri. Menurut Walyani (2017) uterus berangsur- angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil³⁵:

- 1) Bayi lahir fundus uteri setinggi pusat dengan berat uterus 1000 gr.
- 2) Akhir kala III persalinan tinggi fundus uteri teraba 2 jari bawah pusat dengan berat uterus 750 gr.
- 3) Satu minggu postpartum tinggi fundus uteri teraba pertengahan pusat dengan simpisis, berat uterus 500 gr.
- 4) Dua minggu postpartum tinggi fundus uteri tidak teraba diatas simpisis dengan berat uterus 350 gr.
- 5) Enam minggu postpartum fundus uteri bertambah kecil dengan berat uterus 50 gr. Pemeriksaan uterus meliputi mencatat lokasi, ukuran dan konsistensi antara lain:
 - a) Penentuan lokasi uterus
Dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilikus dan apakah fundus berada digaris tengah abdomen/ bergeser ke salah satu sisi.
 - b) Penentuan ukuran uterus Dilakukan melalui palpasi dan mengukur TFU pada puncak fundus dengan jumlah lebar jari dari umbilikus atas atau bawah.
 - c) Penentuan konsistensi uterus Ada 2 ciri konsistensi uterus yaitu uterus kerasa teraba sekeras batu dan uterus lunak

b) Serviks

Serviks merupakan bagian dasar dari uterus yang bentuknya menyempit sehingga disebut juga sebagai leher rahim. Serviks menghubungkan uterus dengan saluran vagina dan sebagai jalan keluarnya janin dan uterus menuju saluran vagina pada saat persalinan. Segera setelah persalinan, bentuk serviks akan menganga seperti corong. Hal ini disebabkan oleh korpus uteri yang berkontraksi sedangkan serviks tidak berkontraksi. Warna serviks berubah menjadi merah kehitaman karena mengandung banyak pembuluh darah dengan konsistensi lunak. Segera setelah janin dilahirkan, serviks masih dapat dilewati oleh tangan pemeriksa. Setelah 2 jam persalinan serviks hanya dapat dilewati oleh 2-3 jari dan setelah 1 minggu persalinan hanya dapat dilewati oleh 1 jari, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup.

c) Vagina

Vagina merupakan saluran yang menghubungkan rongga uterus dengan tubuh bagian luar. Dinding depan dan belakang vagina berdekatan satu sama lain dengan ukuran panjang $\pm 6,5$ cm dan ± 9 cm. Selama proses persalinan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar, terutama pada saat melahirkan bayi. Beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, vagina tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali. Sesuai dengan fungsinya sebagai bagian lunak dan jalan lahir dan merupakan saluran yang menghubungkan cavum uteri dengan tubuh bagian luar, vagina juga berfungsi sebagai saluran tempat dikeluarkannya sekret yang berasal dari cavum uteri selama masa nifas yang disebut lochea.

d) Lokhea

Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lokhea berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita. Lokhea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lokhea mempunyai perubahan warna dan volume karena adanya proses involusi. Lokhea dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya :

1) Lokhea rubra

Lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan mekonium.

2) Lokhea sanguinolenta

Lokhea ini berwarna merah kecokelatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 post partum

3) Lokhea serosa

Lokhea ini berwarna kuning kecokelatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14.

4) Lokhea alba

Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lokhea alba ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu post partum. Lokhea yang menetap pada awal periode post partum menunjukkan adanya tanda-tanda perdarahan sekunder yang mungkin disebabkan oleh tertinggalnya sisa atau selaput plasenta. Lokhea alba atau serosa yang berlanjut dapat menandakan adanya endometritis, terutama bila disertai dengan nyeri pada abdomen dan demam. Bila terjadi infeksi, akan keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan

“lokhea purulenta”. Pengeluaran lokhea yang tidak lancar disebut “lokhea statis”.

e) Perubahan Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada post partum hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil.

2) Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan makan, hemoroid dan kurangnya aktivitas tubuh.

3) Perubahan Sistem Perkemihan

Pada masa kehamilan terjadi perubahan hormonal berupa peningkatan kadar hormon steroid yang berperan dalam meningkatkan fungsi ginjal. Sebaliknya, setelah persalinan kadar hormon steroid mengalami penurunan sehingga menyebabkan fungsi ginjal menurun sementara. Fungsi ginjal tersebut akan kembali ke kondisi normal dalam waktu sekitar satu bulan setelah melahirkan. Pada periode awal pascapersalinan, produksi urin meningkat secara signifikan, terutama dalam kurun waktu 12-36 jam setelah melahirkan. Sistem perkemihan memiliki peran penting dalam menjaga keseimbangan tubuh, yang meliputi pengaturan hemostasis internal, keseimbangan asam basa, serta proses ekskresi sisa metabolisme.

4) Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Perubahan Sistem Muskuloskeletal Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus, pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot

uterus akan terjepit, sehingga akan menghentikan perdarahan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

5) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Setelah persalinan, shunt akan hilang tiba-tiba. Volume darah bertambah, sehingga akan menimbulkan dekompensasi kordis pada penderita vitum cordia. Hal ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala. Pada umumnya, hal ini terjadi pada hari ketiga sampai kelima postpartum.

a) Perubahan Tanda-tanda Vital

Pada masa nifas, tanda - tanda vital yang harus dikaji antara lain :

1) Suhu badan

Dalam 1 hari (24 jam) post partum, suhu badan akan naik sedikit ($37,50 - 38^{\circ} C$) akibat dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila dalam keadaan normal, suhu badan akan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu badan naik lagi karena ada pembentukan Air Susu Ibu (ASI). Bila suhu tidak turun, kemungkinan adanya infeksi pada endometrium.

2) Nadi Denyut

nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100x/ menit, harus waspada kemungkinan dehidrasi, infeksi atau perdarahan post partum

3) Tekanan darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada

perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat post partum menandakan terjadinya preeklamsi post partum.

4) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

6) Payudara

Setelah kelahiran plasenta, konsentrasi estrogen dan progesteron menurun, prolactin dilepaskan dan sintesis ASI dimulai. Suplai darah ke payudara meningkat dan menyebabkan pembengkakan vascular sementara. Air susu sata diproduksi disimpan di alveoli dan harus dikeluarkan dengan efektif dengan cara dihisap oleh bayi untuk pengadaan dan keberlangsungan laktasi. ASI yang akan pertama muncul pada awal nifas ASI adalah ASI yang berwarna kekuningan yang biasa dikenal dengan sebutan kolostrum. Kolostrum telah terbentuk didalam tubuh ibu pada usia kehamilan \pm 12 minggu. Perubahan payudara dapat meliputi:

- a) Penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan hormon prolactin setelah persalinan.
- b) Kolostrum sudah ada saat persalinan produksi ASI terjadi pada hari ke 2 atau hari ke 3 setelah persalinan
- c) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi.

d) Perubahan Psikologis Masa Nifas

Proses kehamilan, persalinan dan nifas merupakan siklus reproduksi yang dialami seorang wanita saat berubah peran menjadi seorang ibu. Segera

setelah bayi dilahirkan, ibu dan keluarga mempunyai respon terhadap proses persalinan dan nifas. Proses perubahan dialami oleh seorang ibu dari aspek fisiologis dan aspek psikologis. Adaptasi fisiologis seorang ibu postpartum hampir mempunyai kemiripan, terkait kembalinya organ-organ tubuh beserta fungsinya segera setelah melahirkan. Di sisi lain, adaptasi psikologis dari seorang ibu postpartum akan berbeda-beda responnya. Perubahan peran ibu merupakan fase yang dialami setiap wanita dengan berbagai macam reaksi. Adaptasi secara psikologis itu sendiri sudah dimulai saat kehamilan kemudian berlanjut sama ibu melahirkan. Pada proses tersebut, ibu dapat mengalami kecemasan ataupun gangguan psikologis. Oleh sebab itu, masa nifas dapat dikatakan sebagai masa yang rentan bagi seorang ibu terkait dengan perubahan peran dan tanggungjawab yang semakin bertambah. Pendampingan perlu dilakukan selama proses kehamilan sampai masa nifas dan menyusui. Dukungan dan motivasi dari bidan, suami, dan keluarga dapat mempermudah ibu melewati periode ini³⁷. Proses penyesuaian ibu atas perubahan yang dialaminya terdiri atas tiga fase yaitu⁴¹:

1) Fase *Taking In*

Fase taking in merupakan periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama hingga kedua setelah persalinan. Pada fase ini, ibu cenderung berfokus pada dirinya sendiri dan sering mengulang cerita pengalaman persalinannya. Ibu membutuhkan kesempatan untuk mengekspresikan perasaannya. Keluhan fisik seperti nyeri perut, nyeri luka jahitan, kurang tidur, dan kelelahan merupakan hal yang umum dan dapat menyebabkan ibu menjadi pasif serta rentan mengalami gangguan psikologis, seperti mudah menangis dan tersinggung. Oleh karena itu, ibu memerlukan istirahat yang cukup, serta pendekatan empatik dari tenaga kesehatan agar dapat melewati fase ini dengan baik.

2) Fase *Taking Hold*

Fase taking hold terjadi pada hari ke-3 hingga ke-10 pascapersalinan. Pada periode ini, ibu mulai merasa khawatir terhadap kemampuan dan tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Kondisi emosional ibu sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan marah. Komunikasi yang baik dan dukungan moral sangat diperlukan untuk meningkatkan rasa percaya diri ibu dalam menjalankan perannya.

3) Fase *Letting Go*

Fase letting go merupakan tahap penerimaan ibu terhadap peran barunya, yang umumnya dimulai sekitar sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu mulai beradaptasi dengan ketergantungan bayi dan memahami kebutuhan bayi, termasuk kesiapan untuk menyusui dan memenuhi kebutuhan bayi. Pada fase ini, keinginan untuk merawat diri dan bayi meningkat, kepercayaan diri ibu bertambah, serta kemandirian mulai terbentuk. Edukasi kesehatan yang diberikan pada fase sebelumnya sangat bermanfaat. Meskipun demikian, dukungan suami dan keluarga tetap dibutuhkan untuk membantu perawatan bayi dan pekerjaan rumah tangga agar ibu tidak terlalu lelah dan tetap memperoleh istirahat yang cukup.

4) Postpartum Blues

Postpartum blues atau baby blues merupakan kondisi kesedihan atau kemurungan yang dialami ibu setelah melahirkan, berkaitan dengan perubahan perasaan yang bersifat fisiologis dan respon terhadap kelelahan, serta perubahan fisik dan emosional selama kehamilan. Kondisi ini bersifat sementara dan akan berangsur membaik seiring penyesuaian ibu terhadap peran barunya. Penyesuaian yang terjadi meliputi perubahan perasaan, perubahan fisik akibat fluktuasi hormon estrogen, progesteron, dan prolaktin, serta perubahan emosional yang memengaruhi hubungan ibu dengan keluarga. Faktor penyebab postpartum blues antara lain pengalaman persalinan yang kurang

menyenangkan, perubahan hormon, perilaku bayi yang rewel, serta kesulitan menjalani tanggung jawab baru. Gejala dan Penatalaksanaan Postpartum Blues meliputi kecemasan tanpa sebab, mudah menangis, kurang percaya diri, tidak sabar, mudah tersinggung, khawatir terhadap bayi, merasa kesepian, dan perubahan suasana perasaan. Upaya penanganan meliputi persiapan yang baik selama kehamilan, komunikasi terbuka mengenai masalah yang dirasakan, mengungkapkan kecemasan, menerima kondisi dengan ikhlas, istirahat cukup, menghindari perubahan hidup yang drastis, melakukan olahraga ringan, memperoleh dukungan keluarga, serta berkonsultasi dengan tenaga kesehatan bila diperlukan.

5) Kesedihan Mendalam dan Depresi Postpartum

Sekitar 10% ibu mengalami depresi setelah melahirkan, yang dapat berlangsung selama 3-5 bulan hingga satu tahun. Depresi postpartum disebabkan oleh respon terhadap nyeri persalinan dan faktor psikologis yang kompleks, terutama pada ibu dengan riwayat gangguan psikiatri. Gejala depresi berat meliputi perubahan mood, gangguan tidur dan makan, perubahan mental dan libido, serta munculnya fobia atau ketakutan menyakiti diri sendiri maupun bayinya. Penatalaksanaan depresi berat meliputi dukungan keluarga, terapi psikologis oleh psikiater, kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antidepresan dengan memperhatikan kondisi menyusui, tidak membiarkan ibu sendirian, perawatan di rumah sakit bila diperlukan, serta tidak dianjurkan melakukan rawat gabung (rooming in) pada ibu dengan depresi berat.

6) *Edinburg Postnatal Depression Scale* (EPDS)

Di luar negeri tindakan skrining untuk mendeteksi gangguan mood/depresi sudah merupakan acuan pelayanan pascapersalinan yang

rutin, untuk dapat melakukan asuhan tersebut dapat digunakan alat bantu berupa Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS) yaitu kuesioner dengan validitas yang telah teruji yang dapat mengukur intensitas perubahan suasana depresi selama 7 hari pasca bersalin. Pertanyaan-pertanyaan berhubungan dengan labilitas perasaan kecemasan, perasaan bersalah, serta mencakup hal-hal yang mencakup post-partum blues. Kuesioner ini terdapat 10 pertanyaan di mana setiap pertanyaan memiliki 4 pilihan jawaban yang mempunyai nilai atau skor yang harus dipilih salah satu yang sesuai dengan gradasi perasaan yang dirasakan ibu setelah bersalin saat itu. Pertanyaan tersebut harus dijawab sendiri oleh ibu dan rata-rata harus diselesaikan dalam waktu 5 menit. Kuesioner tersebut telah teruji validitasnya di beberapa negara seperti Belanda, Swedia, Australia, Indonesia, dan Italia. EPDS dapat dipergunakan pada minggu pertama setelah bersalin, apabila hasilnya meragukan dapat diulangi pengisiannya 2 minggu kemudian.

e) Kebutuhan Dasar Masa Nifas dan Menyusui

Periode postpartum atau masa nifas merupakan masa penyembuhan dan adaptasi fisiologis tubuh ibu setelah kehamilan dan persalinan, yang berlangsung hingga organ reproduksi dan sistem tubuh lainnya kembali mendekati keadaan sebelum hamil. Pada masa ini terjadi proses pemulihan alat genitalia interna dan eksterna secara bertahap, termasuk involusi uterus, penyembuhan jalan lahir, serta penyesuaian sistem hormonal dan metabolik. Untuk mendukung proses penyembuhan tersebut, ibu nifas memerlukan pemenuhan kebutuhan dasar yang optimal, baik secara fisik maupun psikologis. Pemenuhan kebutuhan ini berperan penting dalam mencegah komplikasi nifas, mempercepat pemulihan, serta mendukung keberhasilan menyusui^{42,43}.

1) Nutrisi dan Cairan

Ibu nifas memerlukan asupan nutrisi yang adekuat, terutama energi, protein, vitamin, dan mineral, untuk mendukung proses involusi uterus, penyembuhan luka, serta produksi ASI. Kebutuhan kalori pada ibu menyusui meningkat dibandingkan wanita tidak hamil, karena energi digunakan untuk sintesis ASI. Protein berperan dalam regenerasi jaringan dan penyembuhan luka perineum atau bekas operasi, sedangkan cairan diperlukan untuk menjaga keseimbangan cairan tubuh dan kelancaran produksi ASI. Kekurangan nutrisi dan cairan dapat menyebabkan kelelahan, gangguan penyembuhan, serta menurunnya produksi ASI. Oleh karena itu, bidan perlu memberikan edukasi kepada ibu nifas mengenai pola makan seimbang dan konsumsi cairan yang cukup selama masa nifas.

2) Ambulasi

Ambulasi atau mobilisasi dini dianjurkan pada ibu nifas, terutama setelah persalinan normal, untuk meningkatkan sirkulasi darah, mempercepat involusi uterus, serta mencegah komplikasi seperti trombosis dan konstipasi. Mobilisasi dini juga membantu mempercepat pemulihan fungsi otot dan meningkatkan rasa percaya diri ibu dalam beraktivitas. Pada ibu dengan persalinan operatif, ambulasi dilakukan secara bertahap sesuai kondisi dan anjuran tenaga kesehatan.

3) Eliminasi BAK dan BAB

Pada masa nifas sering terjadi gangguan eliminasi, baik retensi urine maupun konstipasi. Retensi urine dapat disebabkan oleh penurunan tonus kandung kemih, nyeri perineum, atau trauma persalinan, sedangkan konstipasi dapat dipengaruhi oleh kurangnya mobilisasi, asupan cairan yang tidak adekuat, dan rasa takut mengejan akibat nyeri luka. Bidan perlu memantau eliminasi ibu nifas dan memberikan edukasi tentang pentingnya minum cukup, konsumsi

makanan berserat, serta mobilisasi dini untuk mencegah gangguan eliminasi.

4) Kebersihan Diri dan Perineum

Kebersihan diri, khususnya kebersihan perineum, merupakan kebutuhan penting pada masa nifas untuk mencegah terjadinya infeksi. Pengeluaran lochia yang berlangsung selama masa nifas dapat menjadi media pertumbuhan mikroorganisme apabila kebersihan tidak terjaga. Ibu nifas dianjurkan untuk menjaga kebersihan daerah genital, mengganti pembalut secara teratur, membersihkan perineum dari arah depan ke belakang, serta menjaga kebersihan tangan sebelum dan sesudah perawatan diri. Edukasi ini merupakan bagian penting dari asuhan kebidanan preventif.

5) Istirahat

Istirahat yang cukup sangat dibutuhkan ibu nifas untuk memulihkan kondisi fisik dan psikologis setelah persalinan. Kurang istirahat dapat menyebabkan kelelahan, menurunnya daya tahan tubuh, serta mengganggu produksi ASI dan adaptasi ibu terhadap peran barunya. Bidan menganjurkan ibu nifas untuk memanfaatkan waktu istirahat saat bayi tidur dan melibatkan keluarga dalam membantu perawatan bayi dan pekerjaan rumah tangga.

6) Seksual

Kebutuhan seksual pada masa nifas mengalami perubahan akibat proses penyembuhan organ reproduksi, penurunan hormon estrogen, serta faktor kelelahan dan psikologis. Hubungan seksual umumnya dapat dilakukan kembali setelah perdarahan nifas berhenti dan tidak ada keluhan nyeri, biasanya sekitar 4-6 minggu pascapersalinan. Bidan berperan memberikan konseling kepada ibu dan pasangan mengenai waktu yang aman untuk kembali melakukan hubungan

seksual serta pentingnya komunikasi antara pasangan selama masa nifas.

7) Keluarga Berencana

Masa nifas merupakan waktu yang tepat untuk memberikan konseling keluarga berencana. Kesuburan dapat kembali sebelum menstruasi pertama, terutama pada ibu yang tidak menyusui secara eksklusif. Oleh karena itu, bidan perlu memberikan informasi mengenai berbagai metode kontrasepsi yang aman digunakan pada masa nifas dan menyusui, serta membantu ibu dan pasangan memilih metode yang sesuai dengan kondisi dan kebutuhan.

8) Latihan atau Senam Nifas

Latihan atau senam nifas bertujuan untuk mempercepat pemulihan otot-otot yang meregang selama kehamilan dan persalinan, terutama otot perut, dasar panggul, dan perineum. Senam nifas membantu memperbaiki sirkulasi darah, mencegah prolaps organ, serta meningkatkan kebugaran ibu. Latihan dilakukan secara bertahap sesuai kondisi ibu dan dianjurkan untuk dilakukan secara rutin agar memberikan manfaat optimal.

f) Konsep Menyusui

1) Pengertian Asi dan Laktasi

ASI adalah cairan istimewa yang dihasilkan oleh kelenjar payudara dan memiliki sifat yang kompleks dan unik. Ini adalah pilihan terbaik untuk bayi yang baru lahir hingga usia enam bulan karena mudah dicerna dan diserap oleh tubuh bayi serta memiliki kandungan nutrisi yang lebih baik daripada susu formula. Sifat ASI bervariasi, biasanya berwarna putih kekuningan, sedangkan Kolostrum, yang merupakan ASI pertama yang diproduksi, umumnya memiliki warna kekuningan³⁹.

2) Fisiologi Menyusui

Menyusui merupakan proses fisiologis yang melibatkan kerja sama antara sistem hormon, saraf, dan payudara untuk menghasilkan dan mengeluarkan ASI. Proses ini sebenarnya sudah dipersiapkan sejak masa kehamilan, namun akan berfungsi secara optimal setelah persalinan. Fisiologi menyusui terdiri dari beberapa tahap utama, yaitu persiapan payudara selama kehamilan, pembentukan ASI (laktogenesis), pengeluaran ASI (let-down reflex), serta pemeliharaan produksi ASI. Sejak masa kehamilan, payudara ibu mengalami perubahan sebagai persiapan menyusui. Hormon estrogen dan progesteron yang meningkat selama kehamilan menyebabkan pertumbuhan jaringan kelenjar payudara, pembesaran alveoli, serta peningkatan aliran darah ke payudara. Meskipun struktur payudara sudah siap memproduksi ASI, kadar progesteron yang masih tinggi selama kehamilan menghambat pengeluaran ASI secara maksimal. Oleh karena itu, ASI belum keluar dalam jumlah banyak sebelum persalinan^{1,35}. Setelah plasenta lahir, kadar hormon estrogen dan progesteron menurun secara drastis. Penurunan ini memungkinkan hormon prolaktin yang dihasilkan oleh kelenjar hipofisis anterior bekerja secara optimal. Prolaktin berperan utama dalam pembentukan ASI dan proses ini disebut sebagai laktogenesis tahap II, yang biasanya mulai terjadi dalam 30–72 jam setelah persalinan. Pada fase awal, ASI yang dihasilkan berupa kolostrum, yaitu cairan kental berwarna kekuningan yang kaya akan antibodi dan zat gizi penting bagi bayi baru lahir²¹. Selain pembentukan ASI, proses menyusui juga melibatkan pengeluaran ASI yang dikenal sebagai refleksi let-down atau refleksi pengeluaran ASI. Ketika bayi mengisap puting susu, rangsangan tersebut diteruskan melalui saraf ke hipotalamus, yang kemudian merangsang kelenjar hipofisis posterior untuk melepaskan hormon oksitosin. Oksitosin menyebabkan sel-sel mioepitel di sekitar alveoli

payudara berkontraksi sehingga ASI terdorong keluar melalui duktus laktiferus menuju puting susu. Refleksi ini sangat dipengaruhi oleh kondisi emosional ibu. Ibu yang merasa nyaman, tenang, dan percaya diri cenderung memiliki refleksi pengeluaran ASI yang lebih baik^{40,44}. Hormon oksitosin tidak hanya berperan dalam pengeluaran ASI, tetapi juga memberikan efek tambahan yang penting bagi ibu nifas. Oksitosin membantu kontraksi uterus sehingga mempercepat involusi uterus dan mengurangi risiko perdarahan postpartum. Selain itu, hormon ini juga memberikan efek menenangkan secara psikologis, meningkatkan rasa kasih sayang ibu terhadap bayinya, dan memperkuat ikatan emosional antara ibu dan bayi¹.

Produksi ASI dipertahankan melalui prinsip supply and demand, yaitu semakin sering dan efektif bayi menyusu, maka produksi ASI akan semakin meningkat. Isapan bayi yang efektif akan merangsang pelepasan prolaktin secara berulang, sehingga pembentukan ASI tetap berlangsung. Sebaliknya, jika payudara jarang dikosongkan, produksi ASI dapat menurun. Oleh karena itu, menyusui dini dan sering sangat dianjurkan untuk mempertahankan produksi ASI yang optimal. Secara keseluruhan, fisiologi menyusui merupakan proses alami yang melibatkan keseimbangan hormon prolaktin dan oksitosin, rangsangan saraf akibat isapan bayi, serta kondisi fisik dan psikologis ibu. Pemahaman yang baik mengenai fisiologi menyusui sangat penting bagi bidan agar dapat memberikan asuhan dan edukasi yang tepat kepada ibu nifas, serta mendukung keberhasilan pemberian ASI secara optimal.

- g) Kebijakan Pemerintah dan Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui
- Dalam upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menetapkan pelayanan kesehatan masa nifas sebagai bagian dari pelayanan kesehatan maternal yang wajib diberikan secara komprehensif, bermutu, dan berkesinambungan.

Pelayanan tersebut bertujuan untuk memantau kondisi kesehatan ibu dan bayi, mendeteksi secara dini komplikasi, mendukung keberhasilan pemberian ASI, serta memberikan konseling kesehatan reproduksi dan keluarga berencana.

Berdasarkan standar pelayanan kesehatan ibu, setiap ibu nifas berhak memperoleh pelayanan kesehatan melalui empat kali kunjungan nifas yang dilaksanakan sesuai jadwal sebagai berikut^{36,37,45} :

1) Kunjungan Nifas Pertama (KF1)

Kunjungan nifas pertama dilakukan pada 6 jam sampai 2 hari setelah persalinan. Pada kunjungan ini, bidan melakukan pemantauan terhadap kondisi umum ibu untuk memastikan proses pemulihan berlangsung normal. Pemeriksaan dan asuhan yang diberikan meliputi:

- a) Pengukuran tanda-tanda vital yang meliputi tekanan darah, nadi, pernapasan, dan suhu tubuh.
- b) Penilaian kontraksi uterus dan tinggi fundus uteri.
- c) Pemantauan jumlah dan karakteristik perdarahan postpartum
- d) Pemeriksaan kondisi kandung kemih.
- e) Pemeriksaan luka perineum atau luka operasi apabila ada.
- f) Dukungan terhadap keberhasilan menyusui melalui pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif.
- g) Konseling mengenai perawatan diri dan perawatan bayi baru lahir.

2) Kunjungan Nifas Kedua (KF2)

Kunjungan nifas kedua dilaksanakan pada hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah persalinan. Fokus pelayanan pada kunjungan ini adalah memantau proses involusi uterus dan mendeteksi adanya tanda-tanda komplikasi masa nifas. Pemeriksaan dan asuhan yang diberikan meliputi :

- a) Pemeriksaan tinggi fundus uteri untuk menilai proses involusi uterus.
- b) Penilaian jumlah, warna, dan bau lochea.

- c) Identifikasi tanda-tanda infeksi masa nifas.
 - d) Pemantauan kondisi payudara dan proses menyusui.
 - e) Evaluasi kecukupan istirahat dan nutrisi ibu.
 - f) Edukasi mengenai kebersihan diri selama masa nifas.
 - g) Edukasi tentang perawatan payudara.
 - h) Konseling mengenai pentingnya mempertahankan pemberian ASI eksklusif.
- 3) Kunjungan Nifas Ketiga (KF3)
- Kunjungan nifas ketiga dilakukan pada hari ke-8 sampai hari ke-28 setelah persalinan. Pada tahap ini, bidan melakukan evaluasi terhadap kesehatan ibu dan bayi secara menyeluruh. Pemeriksaan dan asuhan yang diberikan meliputi:
- a) Pemeriksaan kondisi umum ibu.
 - b) Penilaian proses involusi uterus.
 - c) Evaluasi pengeluaran lochea.
 - d) Penilaian keberhasilan menyusui.
 - e) Pemantauan status kesehatan bayi.
 - f) Skrining gangguan psikologis pascapersalinan, termasuk deteksi dini baby blues syndrome dan depresi postpartum.
 - g) Konseling mengenai kesehatan reproduksi.
 - h) Konseling keluarga berencana pascapersalinan sesuai kebutuhan ibu.
- 4) Kunjungan Nifas Keempat (KF4)
- Kunjungan nifas keempat dilaksanakan pada hari ke-29 sampai hari ke-42 setelah persalinan. Kunjungan ini bertujuan untuk mengevaluasi akhir masa nifas dan memastikan bahwa kondisi kesehatan ibu telah kembali mendekati keadaan sebelum hamil. Pelayanan yang diberikan meliputi:
- a) Pemeriksaan kesehatan reproduksi ibu.

- b) Penilaian keberhasilan pemberian ASI eksklusif.
 - c) Evaluasi kondisi fisik ibu.
 - d) Evaluasi kondisi psikologis ibu.
 - e) Konseling dan pelayanan kontrasepsi pascapersalinan.
 - f) Edukasi lanjutan mengenai kesehatan ibu dan bayi untuk mendukung tumbuh kembang bayi serta kesehatan reproduksi ibu.
- 5) Asuhan Kebidanan pada Masa Menyusui

Asuhan kebidanan pada masa menyusui bertujuan untuk mendukung keberhasilan pemberian ASI eksklusif, mencegah terjadinya masalah laktasi, serta meningkatkan kesehatan ibu dan bayi. Asuhan yang diberikan meliputi:

- a) Pemantauan kondisi payudara.
- b) Penilaian teknik dan posisi menyusui.
- c) Pemantauan kecukupan ASI.
- d) Deteksi dini masalah menyusui seperti bendungan ASI, puting lecet, mastitis, maupun abses payudara.
- e) Konseling mengenai manfaat ASI eksklusif.
- f) Edukasi mengenai kebutuhan nutrisi ibu menyusui.
- g) Edukasi mengenai kebutuhan cairan dan istirahat yang cukup.
- h) Pemberian dukungan psikologis agar ibu dapat menjalankan proses menyusui secara optimal.

Pemberian ASI eksklusif dianjurkan sejak bayi lahir hingga usia 6 bulan tanpa tambahan makanan atau minuman lain, kecuali obat, vitamin, dan mineral yang diresepkan oleh tenaga kesehatan. Setelah usia 6 bulan, pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) dilakukan dengan tetap melanjutkan pemberian ASI hingga usia 2 tahun atau lebih.

5. Managemen Hipertensi Gestasional Post Partum

Penatalaksanaan hipertensi postpartum bertujuan mengendalikan tekanan darah, mencegah komplikasi, dan mendeteksi dini perkembangan hipertensi kronik. Tatalaksana meliputi pemberian obat antihipertensi, penggunaan diuretik pada kondisi tertentu, pertimbangan magnesium sulfat untuk profilaksis kejang, serta pemantauan klinis secara berkelanjutan.

Semua wanita dengan riwayat hipertensi dalam kehamilan perlu menjalani pemantauan tekanan darah secara rutin karena sebagian besar kasus hipertensi postpartum terjadi pada minggu pertama setelah persalinan. Pemeriksaan tekanan darah dianjurkan dalam 6 jam pertama setelah melahirkan dan, bila memungkinkan, dilakukan setiap hari selama satu minggu pertama. Pemberian furosemid 20 mg per hari selama 5 hari pada wanita dengan hipertensi dalam kehamilan dilaporkan dapat menurunkan kejadian hipertensi persisten pada minggu pertama postpartum. Terapi antihipertensi diberikan apabila tekanan darah mencapai $\geq 140/90$ mmHg. Pilihan antihipertensi oral yang direkomendasikan adalah nifedipine GITS, sedangkan antihipertensi intravena yang direkomendasikan adalah nicardipine. Sebagian besar obat antihipertensi relatif aman digunakan selama menyusui karena hanya diekskresikan dalam jumlah kecil ke dalam ASI. Wanita dengan riwayat hipertensi gestasional memiliki risiko lebih tinggi mengalami hipertensi kronik, penyakit ginjal kronik, penyakit kardiovaskular, dan hipertensi terselubung. Oleh karena itu, diperlukan pemantauan lanjutan berupa pengukuran tekanan darah, urinalisis, dan evaluasi risiko kardiovaskular pada 6-12 minggu, 6 bulan, dan 12 bulan setelah persalinan, kemudian dilanjutkan setiap tahun. Pemantauan tekanan darah mandiri juga dianjurkan untuk membantu deteksi dini peningkatan tekanan darah selama masa postpartum²⁶.

6. Pelayanan Keluarga Berencana

a) Pengertian KB

Menurut Setyani, KB adalah suatu program yang dicanangkan pemerintah dalam upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui Pendewasaan Usia Perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera⁴⁶. Sedangkan menurut Peraturan Badan Kependudukan Dan Keluarga Berencana Nasional Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2023 Pelayanan KB adalah pelayanan dalam upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas, termasuk penanganan efek samping dan komplikasi bagi peserta jaminan kesehatan⁴⁷. Keluarga Berencana menurut World Health Organization (WHO) adalah tindakan yang membantu pasangan suami istri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mengatur jarak kelahiran, dan menentukan jumlah anak dalam keluarga⁴⁸.

b) Tujuan KB

Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pengembangan Keluarga, Keluarga Berencana dan Sistem Informasi Keluarga, tujuan program keluarga berencana menurut BKKBN (2017), yaitu⁴⁹:

- 1) Mengatur kehamilan yang diinginkan.
- 2) Menjaga kesehatan dan menurunkan angka kematian ibu (AKI), angka kematian bayi atau balita (AKB) dan anak.
- 3) Meningkatkan kualitas dan akses informasi, konseling, pendidikan dan pelayanan keluarga berencana serta kesehatan reproduksi.
- 4) Meningkatkan peran serta partisipasi pria dalam program keluarga berencana.
- 5) Mensosialisasikan dan mempromosikan pemberian air susu ibu (ASI) sebagai upaya untuk menjarangkan kehamilan.

c) Manfaat KB

Manfaat keluarga berencana yang utama ialah menurunkan angka kesakitan (morbiditas) dan kematian (mortalitas) ibu yang semakin tinggi akibat kehamilan dan persalinan yang tidak direncanakan atau tidak diinginkan. Selain itu, manfaat program keluarga berencana menurut Saifuddin (2009) antara lain⁴⁹:

- 1) Mencegah komplikasi kesehatan terkait kehamilan
- 2) Mengurangi angka kematian bayi atau balita
- 3) Membantu mencegah penyebaran *human immunodeficiency virus* (HIV) atau *acquired immunodeficiency syndrome* (AIDS)
- 4) Memberdayakan dan meningkatkan peran masyarakat
- 5) Meningkatkan mutu pendidikan
- 6) Mengurangi angka kehamilan pada remaja
- 7) Membantu perlambatan jumlah penduduk

d) Penapisan Klien KB

Penapisan klien merupakan proses pengkajian kondisi kesehatan calon akseptor untuk menentukan kesesuaian metode kontrasepsi yang akan digunakan. Tujuan penapisan adalah memastikan klien tidak sedang hamil, mengidentifikasi kondisi yang memerlukan perhatian khusus seperti hipertensi atau diabetes melitus, serta mendeteksi penyakit lain yang memerlukan pengelolaan lebih lanjut. Pada umumnya, pemeriksaan laboratorium tidak diperlukan pada sebagian besar calon akseptor KB karena mayoritas berada pada usia reproduksi yang sehat dan penggunaan kontrasepsi modern memiliki tingkat keamanan yang tinggi.

Pemilihan metode kontrasepsi harus mempertimbangkan kondisi kesehatan, riwayat penyakit, efek samping, biaya, ketersediaan metode, serta preferensi klien. Untuk membantu tenaga kesehatan menentukan kelayakan penggunaan kontrasepsi, WHO mengembangkan *Medical Eligibility Criteria (MEC) for contraceptive use* atau Kriteria Kelayakan Medis

Penggunaan Kontrasepsi, yang mengelompokkan kondisi klien ke dalam empat kategori, yaitu:

Tabel 2.7 Kategori Kriteria Kelayakan Medis pada Penggunaan Kontrasepsi

Kategori 1	Kondisi tidak ada batasan untuk penggunaan metode kontrasepsi
Kategori 2	Kondisi dimana kelebihan penggunaan kontrasepsi lebih besar daripada teori yang ada ataupun risiko yang telah terbukti
Kategori 3	Kondisi dimana risiko secara teori dan risiko yang telah terbukti lebih besar dibandingkan keuntungan penggunaan metode kontrasepsi
Kategori 4	Kondisi dengan risiko kesehatan yang tidak dapat diterima pada suatu penggunaan metode kontrasepsi

Sumber: Diadaptasi dari WHO (2015) dan Kementerian Kesehatan RI (2021).

e) Informed Consent

Informed choice merupakan kondisi di mana calon peserta KB memilih metode kontrasepsi berdasarkan pengetahuan yang memadai setelah memperoleh informasi lengkap melalui komunikasi interpersonal atau konseling (KIP/K), dengan bantuan Alat Bantu Pengambilan Keputusan (ABPK) ber-KB. ABPK berfungsi membantu tenaga kesehatan melakukan konseling sesuai standar serta mendorong keterlibatan aktif klien dalam pengambilan keputusan. Sementara itu, *informed consent* adalah persetujuan klien atau keluarganya terhadap tindakan medis setelah menerima penjelasan yang lengkap, jujur, dan benar mengenai metode kontrasepsi yang akan digunakan. Setiap tindakan medis yang memiliki risiko harus disertai persetujuan tertulis dari klien yang sadar dan sehat secara mental⁵⁰.

f) Metode Kontrasepsi pada Ibu Postpartum dengan Hipertensi Gestasional Berdasarkan WHO dalam *Medical Eligibility Criteria (MEC) for Contraceptive Use*.

Pemilihan metode kontrasepsi pada ibu postpartum dengan riwayat hipertensi gestasional perlu dilakukan melalui penapisan kelayakan medis untuk memastikan bahwa metode yang dipilih aman, efektif, dan sesuai

dengan kondisi kesehatan ibu. Menurut *World Health Organization (WHO) Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*, pemilihan kontrasepsi harus mempertimbangkan kondisi postpartum, status menyusui, serta adanya faktor risiko kardiovaskular seperti hipertensi. Penapisan ini bertujuan untuk mengidentifikasi metode kontrasepsi yang manfaatnya lebih besar dibandingkan risiko yang mungkin timbul selama penggunaannya. Berikut macam-macam metode kontrasepsi yang disarankan^{51,52} :

1) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) Tembaga (Cu-IUD)

Kategori WHO MEC: 1

Kelayakan:

- a) Dapat digunakan tanpa pembatasan.
- b) Tidak mengandung hormon sehingga tidak memengaruhi tekanan darah.
- c) Tidak meningkatkan risiko penyakit kardiovaskular.
- d) Aman untuk ibu menyusui.

Keuntungan:

- a) Efektivitas >99%.
- b) Perlindungan hingga 10 tahun.
- c) Kesuburan segera kembali setelah dilepas.
- d) Tidak memerlukan kepatuhan harian.

2) Sistem Intrauterine Levonorgestrel (LNG-IUS)

Kategori WHO MEC: 1-2

Kelayakan:

- a) Aman digunakan pada ibu dengan riwayat hipertensi gestasional.
- b) Efek hormon terutama lokal pada uterus.
- c) Tidak menyebabkan peningkatan tekanan darah yang bermakna.
- d) Aman selama menyusui.

Keuntungan:

- a) Efektivitas >99%.

- b) Masa kerja 3-8 tahun.
 - c) Dapat mengurangi perdarahan menstruasi.
- 3) Implan Progestin
- Kategori WHO MEC: 1-2
- Kelayakan:
- a) Aman digunakan pada ibu postpartum dengan hipertensi gestasional.
 - b) Tidak mengandung estrogen.
 - c) Tidak meningkatkan tekanan darah secara signifikan.
 - d) Tidak mengganggu produksi ASI.
- Keuntungan:
- a) Efektivitas >99%.
 - b) Masa kerja 3-5 tahun.
 - c) Tidak memerlukan penggunaan harian.
- 4) Pil Progestin (Progestin Only Pill/POP)
- Kategori WHO MEC: 1-2
- Kelayakan:
- a) Dapat digunakan pada ibu dengan hipertensi gestasional.
 - b) Tidak mengandung estrogen.
 - c) Aman untuk ibu menyusui.
 - d) Tidak meningkatkan risiko hipertensi.
- Keuntungan:
- a) Kesuburan cepat kembali setelah penghentian.
 - b) Dapat digunakan sebagai alternatif bila metode jangka panjang tidak dipilih.
- Keterbatasan:
- a) Harus diminum setiap hari pada waktu yang sama.
 - b) Efektivitas dipengaruhi kepatuhan pengguna.
- 5) Suntik Progestin (DMPA/NET-EN)
- Kategori WHO MEC: 2

Kelayakan:

- a) Dapat digunakan pada ibu dengan hipertensi gestasional.
- b) Tidak mengandung estrogen.
- c) Memerlukan pemantauan tekanan darah secara berkala.

Keuntungan:

- a) Efektif hingga 2-3 bulan per suntikan.
- b) Tidak mengganggu laktasi.

Pertimbangan:

Digunakan dengan hati-hati pada hipertensi berat atau penyakit vaskular.

6) Metode Amenorea Laktasi (MAL)

Kategori WHO MEC: 1

Kelayakan:

- a) Aman digunakan pada ibu dengan hipertensi gestasional.
- b) Tidak memengaruhi tekanan darah.

Syarat MAL:

- a) Bayi berusia kurang dari 6 bulan.
- b) Menyusui eksklusif.
- c) Ibu belum mengalami menstruasi.

Keuntungan:

- a) Tidak memerlukan biaya.
- b) Mendukung pemberian ASI eksklusif.

7) Kondom

Kategori WHO MEC: 1

Kelayakan:

- a) Aman digunakan tanpa pembatasan.
- b) Tidak memengaruhi tekanan darah.

Keuntungan:

- a) Melindungi dari infeksi menular seksual.
- b) Dapat digunakan segera setelah persalinan.

8) Kontrasepsi Mantap

a) Metode Operasi Wanita (MOW/Tubektomi)

Kategori WHO MEC: 1-2

Kelayakan:

- 1) Aman pada ibu dengan hipertensi gestasional yang stabil.
- 2) Cocok bagi pasangan yang tidak menginginkan kehamilan lagi.

Keuntungan:

- 1) Efektivitas sangat tinggi.
- 2) Bersifat permanen.

b) Metode Operasi Pria (MOP/Vasektomi)

Kategori WHO MEC: 1

Kelayakan:

- 1) Tidak dipengaruhi kondisi hipertensi pada ibu.
- 2) Aman dan efektif sebagai kontrasepsi permanen pasangan