

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Asuhan Kebidanan Kehamilan

2.1.1 Pengertian Kehamilan

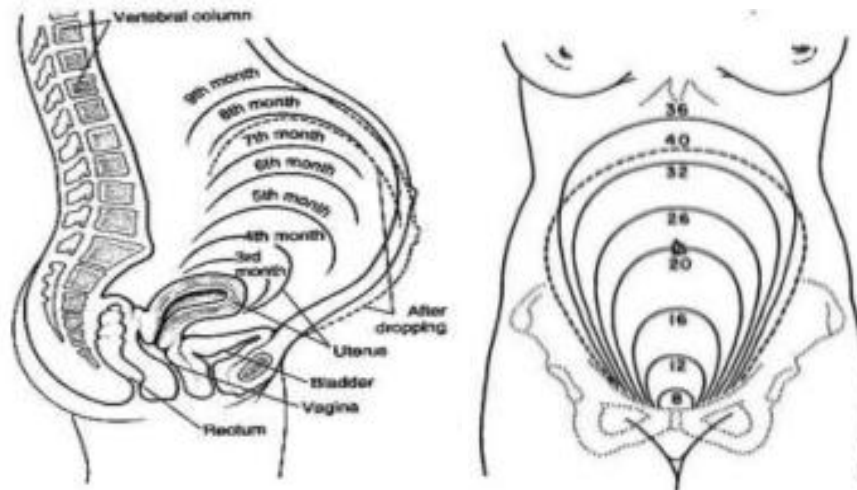
Kehamilan merupakan proses yang fisiologis dan alamiah. Masa kehamilan dimulai dari konsepsi, perkembangan janin dalam rahim ibu sampai lahirnya janin. Usia kehamilan normal umumnya mencapai 280 hari atau 40 minggu (9 bulan 7 hari). Penentuan masa gestasi tersebut secara klinis dihitung sejak hari pertama haid terakhir ibu. . Kehamilan merupakan waktu transisi, yakni suatu masa antara kehidupan sebelum memiliki anak yang sekarang berada dalam kandungan dan kehidupan nanti setelah anak tersebut lahir . Masa kehamilan berlangsung sejak proses konsepsi hingga persalinan janin, yang secara klinis dibagi menjadi tiga tahapan trimester. Periode tersebut meliputi trimester pertama (usia kandungan 0 hingga 14 minggu), trimester kedua (berkisar antara 14 sampai 28 minggu), serta trimester ketiga (berlangsung dari usia 28 hingga 42 minggu) (Handayani et al., 2025).

2.1.2 Perubahan fisiologis pada ibu hamil TM III

A. Uterus

Perubahan uterus berdasarkan usia kehamilan menggunakan perhitungan jari yaitu pada usia kehamilan 12 Minggu Tinggi Fundus Uteri (TFU) adalah 2 jari di atas simfisis, pada kehamilan 16 Minggu TFU terletak di antara pusat sampai simfisis, pada kehamilan 20 minggu TFU setinggi umbilikus atau pusar, pada usia kehamilan 28 minggu TFU terletak antara umbilicus dan Prosesus Xifoideus (PX), pada usia kehamilan 36 minggu setinggi PX dan pada usia kehamilan 40 minggu tinggi fundus uteri turun yaitu dua jari di bawah PX atau sama dengan usia kehamilan 32 minggu. Standar pengukuran TFU dengan menggunakan metline yang diukur setelah masa kehamilan berjalan dengan normal, ditandai oleh ukuran TFU yang representatif dan mengalami penambahan yang proporsional sesuai dengan usia kehamilan yang menginjak 24 minggu. ($\pm$ 1-2 cm).

Gambar 2.1
Tinggi Fundus Uteri berdasarkan Usia



Sumber : (Maryana et al., 2024).

B. Serviks

Serviks pada uteri mengalami perubahan pada saat kehamilan karena peningkatan hormon estrogen dan progesteron. Hormon progesteron akan mengeluarkan lendir lebih banyak dari pada sebelum hamil, hal ini merupakan perubahan fisiologis. Dengan adanya pengeluaran serviks berguna untuk melindungi serviks dari berbagai bakteri. Peningkatan kadar hormon estrogen yang disertai dengan hipervaskularisasi pada area serviks menyebabkan konsistensinya menjadi lebih lunak. Manifestasi klinis berupa melunaknya serviks uteri ini dikenal sebagai tanda Goodell (*Goodell's sign*), yang umumnya sudah dapat diidentifikasi sejak trimester pertama kehamilan.

C. Vulva dan Vagina

Vulva dan Vagina mengalami hypervaskularis yang dipengaruhi oleh hormon estrogen yang meningkat pada saat kehamilan dan terjadi perubahan warna yaitu terlihat lebih merah dan kebiruan yang disebut dengan tanda Chadwick. Vagina ibu mengalami perubahan keasaman (Ph) pada saat hamil perubahan keasaman vagina, di mana pH meningkat dari skala 4 ke 6,5, memperbesar risiko ibu hamil terkena infeksi jamur. Selain itu, peningkatan aliran darah (hipervaskularisasi) di area genitalia luar menyebabkan sensitivitas berlebih,

sehingga gairah seksual cenderung meningkat terutama pada periode trimester kedua.

D. Kulit

Memasuki fase akhir kehamilan, peregangan pada area perut sering kali menimbulkan guratan merah muda atau kecokelatan yang disebut *striae gravidarum*. Apabila daya tahan otot dinding abdomen tidak cukup kuat menghadapi peregangan tersebut, otot-otot rektus berisiko terpisah pada garis tengah dan memicu kondisi *diastasis rekti*. Garis tengah yang awalnya samar dan berwarna putih (*linea alba*) ini dapat menggelap akibat peningkatan hormon pigmentasi selama kehamilan, sehingga berubah menjadi *linea nigra*. Efek peningkatan hormon estrogen dan progesteron dalam melanogenesis ini tidak hanya memengaruhi perut, melainkan juga memicu perubahan warna kulit pada payudara, paha, serta wajah atau leher (*melasma gravidarum*). Namun, kondisi hiperpigmentasi ini bersifat sementara dan akan hilang dengan sendirinya setelah masa melahirkan.

E. Perubahan Perut

Timbulnya garis berwarna merah muda atau kecokelatan pada daerah abdomen yang disebut dengan striae gravidarum adanya linea alba yaitu garis putih tipis memanjang dari simfisis sampai ke pusat. Apabila garis tersebut berwarna gelap maka disebut dengan linea nigra hal ini disebabkan karena meningkatnya hormone pigmentasi selama kehamilan.

F. Payudara

Perubahan anatomis pada payudara selama masa kehamilan ditandai dengan pembesaran volume, rasa tegang, serta peningkatan sensitivitas (nyeri). Vaskularisasi vena subkutan menjadi lebih prominen, disertai hiperpigmentasi pada areola dan papila mammae, serta terbentuknya areola sekunder. Selain itu, kelenjar Montgomery di dalam areola akan aktif mengekskresikan cairan untuk menjaga kelembapan dan kelunakan puting susu. Namun, kondisi lembap tersebut berisiko menjadi media proliferasi bakteri apabila personal hygiene area payudara tidak terjaga secara adekuat. Cairan payudara (kolostrum) ini umumnya mulai diproduksi dan dapat keluar melalui pijatan pada usia gestasi 16 minggu. Minggu

dengan warna jernih pada usia 16-28 Minggu cairan yang dikeluarkan berwarna agak putih seperti susu dan pada usia 32 Minggu proses laktogenesis pada akhir gestasi ditandai dengan keluarnya kolostrum yang berwarna kuning pekat. Sekresi awal ini memiliki konsentrasi tinggi asam lemak tidak jenuh ganda serta zat gizi makro lengkap yang sangat dibutuhkan oleh bayi baru lahir (Wahyu Nuraisya, 2022).

2.1.3 Kebutuhan Nutrisi Pada Ibu Hamil TM III

Beberapa kebutuhan nutrisi yang dibutuhkan ibu hamil.

A. Protein

Pembentukan organ utama seperti otak dan jantung janin sangat dipengaruhi oleh asupan protein yang masuk ke dalam tubuh ibu. Selama masa kehamilan, ibu perlu menambah asupan protein sekitar 40-70 gram per hari. Kebutuhan untuk protein dapat ibu hamil penuhi melalui asupan makanan seperti daging tanpa lemak, ikan, kacang-kacangan, atau telur. Ibu hamil juga bisa mendapatkan asupan protein tambahan melalui susu.

B. Karbohidrat

Pada masa kehamilan, ibu hamil akan mudah sekali merasa lelah. Asupan karbohidrat yang cukup sangat dibutuhkan untuk menghasilkan energi. Manfaat karbohidrat juga membantu mengurangi sembelit yang seringkali dialami wanita hamil. Selain sebagai asupan energi, karbohidrat juga dibutuhkan janin untuk tumbuh dengan optimal, terutama untuk menambah berat badan janin selama di dalam kandungan. Asupan karbohidrat sebaiknya dijaga agar tidak berlebih dan menyebabkan diabetes gestasional pada ibu hamil. Makanan yang mengandung karbohidrat seperti beras merah, roti gandum, kentang, buah-buahan, serta kacang-kacangan.

C. Kalsium

Asupan kalsium yang adekuat sangat dibutuhkan oleh janin selama masa intrauterin untuk mendukung optimalisasi proses osteogenesis atau pertumbuhan sistem penulisan tulang. Pertumbuhan janin sangat pesat terjadi terutama pada trimester pertama dan kedua. Pada kedua trimester tersebut ibu hamil harus memenuhi dengan baik dan menjaga asupan kalsiumnya. Kekurangan kalsium

selama masa kehamilan dapat berdampak buruk terhadap kesehatan ibu dan janin. Wanita yang kekurangan kalsium saat hamil, terbukti mengalami risiko lebih tinggi terhadap osteoporosis atau pengeroposan tulang di masa yang akan datang. Ini disebabkan perubahan berat badan yang membuat tulang punggung ibu hamil harus bekerja lebih maksimal. Asupan kebutuhan kalsium dapat terpenuhi melalui makanan seperti tahu, tempe, dan sayuran hijau. Makanan tersebut memiliki kandungan kalsium yang cukup tinggi. Asupan kalsium tambahan dapat dipenuhi dari makanan yang mengandung keju, susu, dan yogurt.

D. Zat besi

Sejak awal kehamilan, ibu hamil dianjurkan untuk mengonsumsi makanan, minuman, atau suplemen yang mengandung asam folat sebanyak 400-600mcg per hari. Kandungan asam folat berperan penting dalam menjaga kesehatan janin dan mencegah terjadinya kecacatan atau kelainan kongenital. Asam folat mencegah terjadinya anemia pada ibu hamil. Pada dasarnya, tubuh tidak bisa menghasilkan atau menyimpan asam folat, sehingga asupan asam folat perlu ditambah setiap harinya, guna memenuhi kebutuhan gizi harian seperti suplemen yang didapatkan dari bidan maupun tenaga kesehatan lainnya. Kandungan asam folat terdapat di berbagai jenis makanan seperti bayam, brokoli, kubis, ikan salmon, hati sapi, dan beragam jenis buah-buahan.

E. Asam Folat

Proses pematangan sel darah merah membutuhkan asupan asam folat di samping zat besi. Guna mendukung proses tersebut dan mencegah risiko anemia maupun cacat janin, ibu hamil memerlukan suplementasi asam folat sebanyak 400 mikrogram per hari.

F. Serat

Serat sangat dibutuhkan oleh semua orang, baik hamil maupun tidak. Ibu hamil tetap membutuhkan asupan serat yang cukup setiap hari. Serat sangat baik untuk kesehatan sistem pencernaan serta mencegah sembelit dan wasir. Asupan serat paling mudah didapatkan melalui sayur dan buah yang juga kaya akan vitamin, sehingga kebutuhan vitamin untuk pertumbuhan janin juga dapat

terpenuhi. Beberapa jenis makanan berserat yang aman untuk dikonsumsi antara lain: brokoli, kacang hijau, wortel, sayuran hijau, dan berbagai jenis buah-buahan.

G. Air Putih

Pemenuhan kebutuhan cairan sekitar 2-3 liter atau 8-12 gelas sehari bagi ibu hamil sangat krusial untuk mendukung sirkulasi janin dan pembentukan cairan ketuban. Asupan yang adekuat ini juga membantu menstabilkan volume darah, regulasi suhu, serta mempertahankan keseimbangan asam-basa tubuh. (Wahyu Nuraisya, 2022).

2.1.4 Standar Asuhan Kehamilan 10 T

Salah satu standar asuhan kehamilan saat ini adalah pelayanan Antenatal Terpadu (10 T) yaitu :

- A. Melakukan pemantauan indikator pertumbuhan dilakukan melalui penilaian antropometri yang mencakup penimbangan berat badan serta pengukuran tinggi badan secara berkala pada kunjungan awal. Penjelasan : pengukuran tinggi badan cukup 1 kali, yaitu pada saat kunjungan awal, untuk mengetahui apakah tinggi badan ibu < 145 cm yang mengarah ke panggul sempit. Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari sembilan kilogram selama kehamilan atau kurang dari satu kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Indeks massa tubuh (IMT). Indeks massa tubuh yang dimaksud pada penelitian ini adalah IMT prahamil. Data IMT adalah indeks antropometri yang terdiri dari kombinasi parameter berat badan dalam kilogram dibagi dengan tinggi badan kuadrat dalam meter. Sementara berat badan prahamil adalah berat badan ibu sebelum kehamilan dalam satuan kg yang dilaporkan oleh ibu sendiri (self-reported).

RUMUS INDEKS MASA TUBUH (IMT)

$$IMT = \frac{Berat\ Badan(Kg)}{(Tinggi\ Badan(m))^2}$$

Nilai klasifikasi Indeks Massa Tubuh (IMT) terbagi menjadi beberapa kategori berdasarkan nilai rentangnya. Kondisi berat badan dikategorikan sebagai

sangat kurus apabila nilai IMT kurang dari 17, dan kurus jika berada pada rentang 17,0 hingga kurang dari 18,5. Selanjutnya, nilai IMT berkisar antara 18,5 sampai 25,0 dinyatakan sebagai kategori normal. Sementara itu, untuk kondisi berat badan berlebih, rentang nilai lebih dari 25 hingga 27 diklasifikasikan sebagai *overweight*, dan nilai yang melebihi 27 dikategorikan sebagai obesitas.

Rumus Berat Badan Ideal Ibu Hamil

$$\text{BBIH} = \text{BBI} + (\text{UH} \times 0,35)$$

Dimana

BBIH : Berat Badan Ideal Ibu Hamil yang akan dicari

BBI : Berat Badan Ideal Sebelum Hamil

UH : Usia Kehamilan Dalam Minggu

0,35 : Tambahan Berat Badan Kg Per Minggunya(0,35)

Yang dimana penjelasan rumus ini, $\text{BBIH} = \text{BBI} + (\text{UH} \times 0,35)$ yaitu:

BBIH Adalah Berat badan ideal ibu hamil yang akan di cari.

BBI Adalah berat badan ideal sebelum hamil dapat dicari dengan cara:

1. $\text{BBI} = (\text{TB} - 110)$ jika TB diatas 160 cm
2. $(\text{TB} - 105)$ Jika TB di bawah 160 cm.
3. Berat badan ideal ini merupakan pengembangan dari $(\text{TB} - 100)$

UH adalah umur kehamilan dalam minggu yang diambil agar faktor risiko penambahan berat badan dapat dini diketahui.

Angka 0,35 adalah tambahan berat badan selama kehamilan dalam kg per minggunya, di mana angka 0,35 diambil dari kisaran penambahan berat badan ibu hamil 350–400 gram per minggunya, diambil nilai terendah 350 gram atau 0,35.

B. Mengukur tekanan darah pada setiap kali kunjungan.

Penjelasan : Batas optimal tekanan darah pada ibu hamil berada pada angka 120/80 mmHg. Apabila hasil pengukuran menunjukkan angka 140/90 mmHg atau lebih tinggi, maka kondisi tersebut mengindikasikan adanya faktor risiko hipertensi atau tekanan darah tinggi dalam masa kehamilan.

C. Menilai status gizi (ukur lingkar lengan atas/LILA).

Penjelasan: bila lila kurang 23,5 cm, maka itu menunjukkan ibu hamil mengalami Kekurangan Energi Kronik (KEK), yang berdampak negatif pada kesehatan ibu

dan janin, berisiko melahirkan Bayi lahir dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBBLR), kelahiran premature, dan cacat janin.

D. Mengukur tinggi fundus uteri (TFU) untuk menilai perkembangan kehamilan pada setiap kali kunjungan.

Penjelasan : Pemeriksaan tinggi fundus uteri (TFU) wajib dilakukan pada setiap kunjungan antenatal guna memantau kesesuaian antara pertumbuhan janin dengan usia kehamilan. Ketidakesesuaian antara hasil ukur TFU dan umur kehamilan dapat menjadi indikasi awal adanya gangguan pada proses perkembangan janin. Prosedur pengukuran ini distandardisasi dengan menggunakan pita pengukur setelah usia kehamilan memasuki 24 minggu.

Tabel 2.1

Palpasi Leopold I-IV

No	Gambar	Penjelasan
1		Leopold I: Palpasi abdomen pada ibu hamil digunakan untuk mengukur tinggi fundus uteri guna menilai pertumbuhan janin. Selain itu, teknik ini berfungsi untuk mengidentifikasi presentasi bagian janin, seperti kepala atau bokong, yang menempati bagian atas rahim.
2		Leopold II: Pemeriksaan Leopold II dilakukan untuk menentukan posisi punggung serta bagian-bagian kecil janin. Teknik ini diterapkan dengan menempatkan kedua telapak tangan di sisi kanan dan kiri rahim secara bergantian guna meraba dan memastikan orientasi posisi bayi di dalam kandungan.

3		Palpasi Leopold III: Pemeriksaan Leopold III dilakukan untuk mengidentifikasi bagian tubuh janin yang menempati segmen bawah rahim sekaligus menilai apakah bagian presentasi tersebut telah masuk ke pintu atas panggul (PAP). Secara teknis, bidan atau dokter akan menempatkan satu tangan tepat di atas simfisis pubis, lalu meraba dan sedikit menggoyangkan bagian terbawah janin guna mengecek tingkat mobilitasnya.
4		Leopold IV dilakukan untuk menentukan sejauh mana bagian tersebut telah masuk ke panggul ibu. Pemeriksaan ini dilakukan dengan cara pemeriksa menghadap ke arah kaki ibu, lalu kedua tangan diletakkan pada bagian bawah perut di atas simfisis pubis. Dengan penekanan perlahan, pemeriksa dilakukan untuk mengevaluasi status bagian presentasi janin—yang umumnya merupakan verteks (kepala)—guna memastikan apakah bagian tersebut telah terfiksasi di dalam pintu atas panggul (PAP) atau masih bersifat <i>mobile</i> (dapat digerakkan). Jika kepala sudah tidak dapat digerakkan, berarti sudah masuk ke panggul (Marleni et al., 2023).

Sumber: (Marleni et al., 2023).

E. Lakukan pemeriksaan untuk mengidentifikasi bagian presentasi janin serta frekuensi denyut jantung janin (DJJ) pada pasien pada usia kehamilan > 20 minggu.

Penjelasan : Penilaian untuk mengidentifikasi bagian terbawah atau presentasi janin mulai dilakukan pada fase akhir trimester kedua, yang kemudian dilanjutkan secara rutin pada setiap kunjungan pemeriksaan antenatal. Evaluasi klinis ini bertujuan untuk memantau posisi dan letak janin di dalam uterus secara berkala.

F. Melakukan skrining imunisasi tetanus dan memberikan imunisasi tetanus difteri (Td) bila diperlukan.

Penjelasan: petugas kesehatan akan menuntukan status imunisasi TT, dan imunisasi TT biasanya diberikan pada usia kehamilan 5-6 bulan. Yang bertujuan untuk mencegah tetanus pada ibu dan bayi.

Tabel 2.2 Imunisasi TT pada ibu hamil

Imunisasi TT	Selang Waktu Minimal	Lama Perlindungannya
TT 1	0 Bulan	Tahap pertama dalam menginduksi sistem imun atau proteksi tubuh terhadap infeksi tetanus.
TT 2	1 bulan setelah TT 1	3 Tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 Tahun
TT 4	12 bulan setelah TT 3	10 Tahun
TT 5	12 bulan setelah TT 4	> 25 Tahun

Sumber: (KIA 2024)

G. Melakukan pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama masa kehamilan.

Penjelasan : Sejak awal masa gestasi atau kontak pertama dengan fasilitas pelayanan kesehatan, ibu hamil diwajibkan mengonsumsi minimal 90 tablet tambah darah dengan frekuensi satu tablet per hari. Waktu konsumsi terbaik adalah malam hari sebelum tidur untuk meminimalkan efek samping, dengan bantuan air putih atau jus buah tinggi vitamin C guna mempermudah absorpsi zat besi. Ibu dilarang meminum tablet Fe bersamaan dengan teh atau kopi karena kandungan kafein dan tanin di dalamnya dapat mengikat zat besi. Penatalaksanaan ini

bertujuan mencegah serta menanggulangi anemia, sekaligus menurunkan morbiditas neonatal seperti kelahiran prematur dan BBLR.

H. Melakukan Tes laboratorium

Penjelasan : tes laboratorium yang perlu dilakukan yaitu pemeriksaan golongan darahnya untuk persiapan jika membutuhkan donor darah. Tes hemoglobin (Hb) dilakukan untuk mengetahui apakah ibu kekurangan darah (Anemia). Pemeriksaan HBsAg dilakukan untuk mengidentifikasi status infeksi Hepatitis B pada masa kehamilan. Deteksi dini laboratorium ini dianjurkan setidaknya satu kali saat usia gestasi memasuki trimester pertama (0-12 minggu) dan wajib diulang pada trimester ketiga sebagai langkah proteksi menjelang proses persalinan.

I. Melakukan Tata laksana / pengobatan

Penjelasan : pengobatan diberikan apabila ibu mempunyai masalah kesehatan saat hamil.

J. Melakukan temu wicara dan konseling.

Penjelasan: Tenaga kesehatan memberikan edukasi komprehensif yang mencakup manajemen perawatan masa kehamilan dan persalinan, upaya pencegahan anomali kongenital (kelainan bawaan), tata laksana perawatan bayi baru lahir, serta program Keluarga Berencana (KB) dan imunisasi dasar pada bayi (KIA 2024).

2.1.5 Tanda Bahaya Kehamilan TM III

Segera bawa ibu hamil ke fasilitas kesehatan apabila mengalami keluhan-keluhan berikut:

A. Demam tinggi

Apabila ibu hamil mengalami demam tinggi $> 37,5^{\circ}\text{C}$ kondisi tersebut bisa disebabkan oleh infeksi. Oleh karena itu, penting untuk segera memeriksakan diri ke tenaga kesehatan agar mendapatkan penanganan awal yang tepat.

B. Muntah terus-menerus dan tidak mau makan.

Jika mual dan muntah terjadi secara berulang dan berlebihan hingga menyebabkan hilangnya nafsu makan, kondisi ini dapat menimbulkan kekurangan nutrisi, dehidrasi, bahkan penurunan kesadaran. Keadaan tersebut termasuk tanda bahaya dalam kehamilan dan memerlukan pemeriksaan medis segera.

C. Berkurangnya pergerakan janin.

Gerakan janin yang terasa semakin sedikit atau bahkan tidak terasa sama sekali merupakan tanda bahaya dalam kehamilan. Kondisi ini dapat mengindikasikan bahwa janin mengalami hipoksia (kekurangan oksigen) atau insufisiensi plasenta yang menghambat asupan nutrisi. Apabila dalam periode waktu dua jam intensitas pergerakan janin tercatat kurang dari 10 kali, ibu hamil dianjurkan untuk segera melakukan pemeriksaan darurat ke tenaga kesehatan.

D. Ketuban pecah sebelum waktunya.

Apabila air ketuban pecah sebelum waktu persalinan yang seharusnya, ibu hamil perlu segera mendapatkan pemeriksaan medis. Keadaan ini dapat membahayakan keselamatan ibu maupun bayi.

E. Perdarahan akhir kehamilan.

Perdarahan akhir kehamilan, atau yang sering disebut sebagai perdarahan antepartum (terjadi setelah usia kehamilan 20-24 minggu hingga sebelum persalinan), adalah kondisi kegawatdaruratan yang harus diwaspadai karena berpotensi membahayakan nyawa ibu dan janin. Sekitar 3 hingga 4% wanita mengalami perdarahan vagina pada akhir kehamilan.

F. Pembengkakan pada wajah, tangan, dan kaki disertai sakit kepala atau kejang.

Perubahan bentuk tubuh pada ibu hamil memang umum terjadi. Namun, jika muncul pembengkakan pada wajah, tangan, dan kaki yang disertai sakit kepala, nyeri ulu hati, atau kejang, kondisi ini harus segera diperiksa ke tenaga kesehatan. Gejala tersebut dapat menjadi tanda terjadinya preeklampsia (Putri et al., 2026).

2.1.6 Ketidak nyamanan pada ibu hamil TM III.

Keluhan yang umum dirasakan oleh ibu hamil pada periode trimester ketiga mencakup sering buang air kecil, kram kaki, insomnia, pembengkakan (edema), sesak napas, hingga hemoroid. Ketidaknyamanan ini berakar pada perubahan fisiologis kehamilan yang bersifat progresif, terutama akibat penurunan posisi uterus seiring Bergeraknya bagian terbawah janin ke dalam pintu atas panggul (PAP) menjelang persalinan dapat menyebabkan terjadinya penekanan pada *vesika urinaria* (kandung kemih), menyebabkan sering BAK, lalu uterus yang

semakin membesar menyebabkan sulit bernapas dan sulit BAB, menyebabkan hemoroid. Pada trimester ketiga, banyak ibu mengalami ketidaknyamanan seperti nyeri punggung, masalah pada sistem saluran kemih, keputihan, varises, dan hemoroid. Di antara semua ketidaknyamanan tersebut, nyeri punggung adalah yang paling umum, disebabkan oleh peregangan berlebihan, kelelahan, atau aktivitas berjalan yang berlebihan, dan rasa nyeri ini cenderung meningkat seiring bertambahnya usia kehamilan. Beberapa wanita mungkin menunjukkan adanya pergerakan pada simfisis pubis dan sendi lumbosakral, serta mengalami pelonggaran pada ligamen-ligamen panggul.

2.1.7 Asuhan Kebidanan Nyeri Punggung pada Ibu Hamil TM III

A. Nyeri Punggung Pada Ibu Hamil TM III

Nyeri punggung pada ibu hamil trimester III (TM III) merupakan keluhan yang sering terjadi akibat perubahan fisiologis selama kehamilan. Pada usia kehamilan ini, ukura uterus yang kian membesar mengakibatkan terjadinya perpindahan titik tumpu atau pusat gravitasi tubuh ke arah depan, sehingga ibu hamil cenderung mempertahankan keseimbangan dengan posisi tubuh condong ke belakang (lordosis fisiologis). Hal ini menimbulkan peningkatan beban pada otot punggung. Pengaruh hormon seperti relaksin menyebabkan ligamen dan sendi menjadi lebih longgar, sehingga stabilitas tubuh berkurang dan memicu rasa nyeri. Faktor lain seperti kenaikan berat badan, postur tubuh yang tidak tepat, serta aktivitas fisik yang berlebihan juga dapat memperparah nyeri punggung. Cara menangani nyeri punggung yaitu menganjurkan ibu untuk menjaga postur tubuh yang baik saat berdiri, duduk, maupun berjalan, yaitu dengan posisi punggung tetap tegak dan tidak membungkuk. Hindari berdiri atau duduk terlalu lama, serta gunakan kursi dengan sandaran yang nyaman. Saat tidur, ibu dapat menggunakan bantal tambahan di bawah perut atau di antara kedua kaki untuk menopang tubuh agar posisi tulang belakang tetap sejajar. Selain itu, melakukan olahraga ringan seperti senam hamil atau peregangan secara teratur dapat membantu menguatkan otot punggung dan mengurangi ketegangan. Kompres hangat pada area yang nyeri juga dapat memberikan efek relaksasi. Ibu hamil juga disarankan menggunakan

alas kaki yang nyaman dan tidak bertumit tinggi, serta menghindari mengangkat beban berat (Tallutondok et al., 2024).

Menjelaskan pemberian edukasi kepada ibu mengenai ketidaknyamanan selama trimester ketiga berfokus pada keluhan nyeri punggung bawah. Kondisi ini dipicu secara langsung oleh penambahan berat badan yang signifikan serta penyesuaian postur tubuh akibat pergeseran pusat gravitasi selama masa kehamilan. Selama kehamilan sehingga dapat menyebabkan ketidakseimbangan otot di sekitar pelvis, dan tegangan tambahan dapat dirasakan di atas ligamen tersebut. Memberikan cara untuk mengurangi ketidaknyamanan yang ibu rasakan saat ini (body mekanik) yaitu membiasakan diri bersikap tubuh yang baik dalam segala kegiatan, posisi berdiri, posisi tidur, bangun dari tidur, mengambil barang yang jatuh, membawa barang maupun mengangkat barang harus memperhatikan body mekanik yang tepat agar tidak terjadi cedera. Memberikan konseling agar dapat melakukan kompres hangat pada punggung bagian bawah untuk mengurangi rasa nyeri. Menganjurkan ibu tetap rutin melakukan senam hamil atau olahraga kecil lainnya di luar kelas hamil yang sudah didatangi secara rutin. Minimal olahraga yang dilakukan adalah 3 kali setiap minggu selama 1 jam (Nurdesi, 2023).

B. Sering buang air kecil pada Ibu Hamil TM 3

Sering buang air kecil pada ibu hamil Kondisi yang dialami pada fase trimester III ini pada dasarnya dipicu oleh serangkaian perubahan fisiologis alami seiring berjalannya proses kehamilan. Pada trimester ini, ukuran janin yang semakin besar menyebabkan uterus menekan kandung kemih, sehingga kapasitas kandung kemih menjadi berkurang dan ibu merasa lebih sering ingin berkemih. Cara mengatasi keluhan ini, ibu hamil dianjurkan untuk tidak menahan buang air kecil dan tetap menjaga asupan cairan yang cukup, namun dapat mengurangi konsumsi minuman menjelang waktu tidur agar frekuensi berkemih di malam hari berkurang. Ibu juga perlu menjaga kebersihan area genital untuk mencegah infeksi saluran kemih. Apabila buang air kecil disertai rasa nyeri, panas, atau urin berbau tidak sedap, sebaiknya segera memeriksakan diri ke tenaga kesehatan karena dapat menjadi tanda infeksi saluran kemih.

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Persalinan

2.2.1 Konsep Dasar Persalinan

A. Pengertian Asuhan Persalinan Normal

Asuhan persalinan merupakan serangkaian tindakan medis, kebidanan, serta dukungan yang diberikan kepada ibu hamil selama proses persalinan, mulai dari fase awal persalinan, kelahiran bayi, hingga masa pascapersalinan. Proses ini bertujuan untuk memastikan keselamatan dan kesejahteraan ibu serta bayi, mengurangi risiko komplikasi, dan mendukung pemulihan optimal setelah melahirkan.

Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologis yang normal. Proses ini manifestasi sebagai serangkaian perubahan fisik berupa kontraksi uterus yang intermiten dan progresif, yang berfungsi menipiskan serta membuka serviks guna mengekspulsikan janin, plasenta, dan selaput ketuban dari rongga rahim melalui jalan lahir dan dapat didefinisikan sebagai serangkaian proses pengeluaran janin, plasenta, beserta selaput ketuban dari kavum uteri melalui jalan lahir. Mekanisme ini diinisiasi oleh adanya penipisan (*effacement*) dan pembukaan (*dilatasi*) serviks yang dipicu oleh aktivitas kontraksi uterus secara berkala dengan intensitas, durasi, serta frekuensi yang kian adekuat. Secara bertahap, kekuatan his yang awalnya minimal akan terus mengalami peningkatan hingga mencapai fase pembukaan lengkap, menandakan kesiapan ibu untuk memasuki tahap ekspulsi janin.

B. Persalinan dengan metode kristeller

Peranan pendorongan puncak rahim (fundal pressure) atau dikenal dengan perasat Kristeller saat kala II persalinan masih kontroversi. Tindakan ini dilakukan untuk mempercepat keluarnya bayi (mempersingkat kala II). Namun tindakan ini menyimpan potensi bahaya yang besar, yaitu bisa terjadinya robekan rahim dan cedera pada bayi yang bisa membahayakan keduanya.

Sulit sekali mengukur dengan akurat tingkat cedera ibu-janin dengan penggunaan tekanan pada puncak rahim untuk mempersingkat kala dua persalinan

(Perasat Kristeller). Namun, jika terjadi cedera maka ada implikasi medis-hukum bagi penyedia layanan (bidan, dokter) yang terlibat.

perangsang kontraksi (oksitosin), maka penolong persalinan sering melakukan tindakan mendorong perut ibu bersalain (bulin) dengan manuver yang disebut "Kristeller". Tindakan mendorong ini dilakukan dengan berbagai cara seperti menggunakan lengan, tangan, siku, dan bahkan lutut, dengan maksud membantu kekuatan kontraksi agar bayi bisa lahir.

Sayangnya disamping membantu, tindakan ini juga memiliki risiko karena dapat menyebabkan robeknya rahim, lepasnya plasenta, robekan jalan lahir (kerampang) dan gangguan pada janin berupa asfiksia (sesak nafas), cedera pada bahu janin dan kerusakan otak janin. Komplikasi-komplikasi diatas tentunya dapat menyebabkan kematian ibu dan atau janin. Ketika kontraksi rahim tidak efektif meskipun sudah diberi obat (Lustiani et al., 2023).

2.2.2 Fisiologi Persalinan Normal

Persalinan normal merupakan sebagai mekanisme kelahiran bayi dengan presentasi belakang kepala yang mengandalkan kekuatan his serta mengejan ibu sendiri tanpa intervensi instrumen medis. Proses fisiologis ini berlangsung kurang dari 24 jam secara keseluruhan, tanpa mengakibatkan komplikasi atau trauma pada ibu dan bayi. Suatu persalinan dikategorikan normal apabila terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (37–42 minggu) tanpa adanya penyulit (Muliyah et al., 2023).

2.2.3 Faktor Esensial Persalinan

Ada 5 faktor yang mempengaruhi faktor persalinan dan kelahiran yang dikatakan sebagai 5p, Yaitu:

1. Passenger (Penumpang)

Proses mobilisasi janin di sepanjang jalan lahir distimulasi oleh interaksi sinergis dari beberapa faktor esensial. Selain faktor janin (*passenger*), kelancaran proses ini juga ditentukan oleh kekuatan kontraksi uterus (*power*) dan anatomi panggul ibu (*passage*). Dalam mekanisme persalinan, plasenta juga dikategorikan sebagai komponen penumpang (*passenger*) yang dievakuasi

melalui jalan lahir. Kendati demikian, organ ini secara fisiologis sangat jarang menimbulkan hambatan atau obstruksi pada jalan lahir selama proses kelahiran.

2. Passage (Jalan Lahir)

Struktur *passage* atau jalan lahir meliputi panggul keras (bagian tulang) serta panggul lunak yang terdiri dari dasar panggul, vagina, dan introitusnya. Jaringan lunak memang menunjang proses lahirnya bayi, namun faktor arsitektur tulang panggul ibu memiliki pengaruh yang jauh lebih dominan. Konsekuensinya, penilaian mengenai dimensi ukuran dan karakteristik bentuk panggul harus sudah dipastikan sebelum fase persalinan berlangsung demi mengantisipasi penyulit.

3. Power (Kekuatan Ibu)

Kekuatan ini terdiri dari kekuatan primer dan kekuatan sekunder. Kekuatan primer membuat serviks menipis (effacement) dan berdilatasi, dan janin turun. Sedangkan ketika dilatasi serviks telah lengkap, kekuatan sekunder (dorongan mengejan ibu) memegang peranan krusial dalam memfasilitasi ekspulsi janin keluar dari uterus dan vagina, setelah sebelumnya tidak memberikan pengaruh signifikan terhadap pembukaan serviks.

4. Posisi Ibu

Pemilihan posisi oleh ibu bersalin memegang peranan penting dalam mendukung proses adaptasi fisiologis dan anatomis persalinan. Berbagai variasi posisi tegak, termasuk berjalan, berdiri, duduk, maupun berjongkok, menawarkan keuntungan mekanis berupa bantuan gaya gravitasi yang mempermudah janin turun ke jalan lahir. Mobilitas ini juga membantu ibu melepaskan rasa lelah dan merasa lebih rileks. Dari aspek hemodinamika, postur tegak ini sangat menguntungkan bagi peningkatan curah jantung ibu saat his terjadi, sehingga suplai oksigen dan sirkulasi darah ke ginjal serta area uteroplasenta tetap terjaga dengan baik.

5. Psikologi

Proses persalinan dan kelahiran merupakan fase fisiologis alamiah yang dialami oleh sebagian besar wanita. Kendati demikian, peristiwa ini

kerap dipersepsikan sebagai momentum yang menakutkan akibat adanya sensasi nyeri yang intens, bahkan pada beberapa kasus dapat memicu distress fisik maupun mental yang mengancam keselamatan jiwa. Mengingat nyeri bersifat subjektif, persepsi rasa sakit yang dirasakan oleh setiap ibu bersalin akan sangat bervariasi, bahkan tingkat nyeri seorang wanita dapat berbeda antara persalinan saat ini dengan pengalaman melahirkan sebelumnya. Oleh sebab itu, kesiapan psikologis memegang peranan krusial selama proses persalinan. Ketika seorang ibu telah siap secara mental dan memahami mekanisme kelahiran, ia akan cenderung lebih kooperatif dalam bekerja sama dengan tenaga kesehatan yang mendampingi.

2.2.4 Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan diartikan sebagai serangkaian gerakan pasif janin dalam menyesuaikan dan mengakomodasi adaptasi anatomi dirinya terhadap struktur jalan lahir atau panggul ibu. Hal ini sangat penting untuk kelahiran melalui vagina, karena janin itu harus menyesuaikan diri dengan ruangan yang tersedia di dalam panggul (Muliyah et al., 2023).

a. Engagement (Masuknya kepala Bayi ke Pintu Atas Panggul)

Engagement merupakan tahap awal mekanisme persalinan normal. Pada tahap ini, kepala bayi mulai memasuki pintu atas panggul (inlet pelvis) ibu. Engagement terjadi ketika diameter terbesar kepala bayi, yaitu diameter biparietal, telah berhasil melewati bidang pintu atas panggul. Umumnya, kepala bayi masuk dengan posisi vertex (bagian belakang kepala) terlebih dahulu, yang menjadi indikator kesiapan bayi untuk memasuki jalan lahir. Proses engagement bisa terjadi pada akhir masa kehamilan atau pada awal persalinan. Pada ibu yang pertama kali melahirkan (primigravida), engagement cenderung terjadi lebih awal, sekitar dua hingga tiga minggu sebelum persalinan, sementara pada ibu yang pernah melahirkan sebelumnya, proses ini bisa terjadi bersamaan dengan awal kontraksi persalinan.

b. Descent (Penurunan Kepala Bayi)

Setelah engagement terjadi, proses berikutnya adalah descent atau penurunan kepala bayi secara progresif ke dalam rongga panggul. Penurunan

ini berlangsung secara bertahap akibat kontraksi uterus yang semakin kuat dan teratur, ditambah dengan tekanan intra-abdominal yang diberikan ibu melalui proses mengejan. Descent sangat dipengaruhi oleh kekuatan kontraksi uterus, posisi ibu saat persalinan, serta ukuran dan bentuk panggul ibu. Tahapan ini merupakan indikator penting kemajuan persalinan karena menunjukkan bahwa kepala bayi bergerak menuju jalan lahir. Evaluasi kemajuan descent dapat dilakukan melalui pemeriksaan dalam oleh tenaga kesehatan.

c. Fleksi

Seiring dengan penurunan kepala bayi lebih dalam ke rongga panggul, secara alami kepala bayi akan melakukan fleksi atau gerakan menunduk ke arah dada. Fleksi ini bertujuan mengecilkan diameter kepala bayi yang melalui rongga panggul ibu, sehingga memudahkan kepala melewati bagian sempit pelvis dengan hambatan minimal. Diameter kepala bayi yang paling kecil, yaitu diameter suboksipitobregmatik, akan melintasi rongga pelvis terlebih dahulu. Gerakan fleksi ini penting dalam mengurangi hambatan mekanik pada saat kepala bayi bergerak turun dan meminimalisir risiko trauma pada ibu maupun bayi.

d. Putar Paksi Dalam

Proses pengeluaran janin mengharuskan kepala melakukan rotasi internal (putaran paksi dalam) pada sumbunya. Gerakan ini diinisiasi saat bagian terendah janin berada setinggi spina iskiadika, namun baru akan sempurna setelah mencapai dasar panggul. Selama proses ini, oksiput berotasi ke arah anterior sementara wajah mengarah ke posterior. Adanya his yang adekuat mendorong janin turun melintasi rongga panggul. Struktur otot dasar panggul dan arsitektur tulang pelvis berperan mengarahkan pergerakan kepala janin hingga mencapai putaran paksi dalam, yang memosisikan oksiput tepat di bawah arkus pubis menjelang proses ekstensi.

e. Ektensi

Ketika kepala janin menyentuh perineum, terjadi gerakan defleksi ke arah anterior yang dipicu oleh resistensi jaringan perineum tersebut. Proses ekspulsi kepala ini diawali dengan lewatnya oksiput di bawah permukaan

simfisis pubis. Selanjutnya, melalui mekanisme ekstensi, bagian-bagian kepala janin akan lahir secara berurutan, dimulai dari oksiput, dilanjutkan dengan wajah, dan diakhiri oleh dagu.

f. Restitusi dan Putar Paksi Luar

Pasca-kelahiran kepala, janin akan melakukan gerakan rotasi eksternal atau restitusi untuk menyelaraskan kembali posisinya seperti saat memasuki pintu atas panggul (PAP). Putaran sebesar 45 derajat ini mengembalikan kepala janin pada sumbu yang sejajar dengan punggung dan bahu. Selanjutnya, bersamaan dengan turun dan *engaged*-nya bahu di jalan lahir, terjadi putaran paksi luar dengan pola gerakan yang menyerupai mekanisme penurunan kepala.

g. Ekspulsi

Pasca-ekspulsi bahu, kepala dan bahu janin ditopang serta diarahkan ke atas menuju tulang pubis ibu. Selanjutnya, seluruh badan bayi dilahirkan memanfaatkan gerakan fleksi lateral yang disesuaikan dengan kurva simfisis pubis. (Muliyah et al., 2023).

4. Kala Persalinan

a) Kala I

Kala pertama atau kala pembukaan adalah tahap awal persalinan yang ditandai oleh terjadinya kontraksi uterus secara progresif. Kontraksi uterus pada tahap ini memiliki tujuan utama yaitu untuk melunakkan, menipiskan (effacement), dan membuka (dilatasi) serviks secara bertahap hingga mencapai pembukaan penuh sekitar 10 sentimeter. Proses ini sangat penting, karena memberikan jalur terbuka bagi bayi untuk dapat melewati jalan lahir secara lancar dan aman.

Kala pertama persalinan ini dibagi menjadi dua bagian penting:

a. Fase Laten

Fase Laten ditandai dengan kontraksi ringan hingga sedang yang terjadi secara tidak terlalu sering, biasanya setiap 10 hingga 20 menit sekali, dengan durasi sekitar 20 hingga 40 detik. Pada fase ini, Kontraksi otot rahim menyebabkan terjadinya penipisan dan pembukaan leher rahim secara bertahap.

Rangkaian proses pembukaan awal ini berjalan selama kurun waktu 8 jam, sebelum nantinya serviks memasuki fase pembukaan yang lebih cepat dengan durasi kurang dari 4 jam.

b. Fase aktif

Fase aktif yang persalinan diinisiasi sejak dilatasi serviks mencapai 4 cm hingga pembukaan lengkap atau 10 cm. Pada primigravida (nulipara), laju pembukaan leher rahim diperkirakan berjalan sekitar 1 cm per jam. Sementara itu, pada kelompok multigravida, akselerasi pembukaan berlangsung lebih cepat dengan intensitas melebihi 1 hingga 2 cm setiap jamnya.

- 1) Penapisan untuk mendeteksi Potensi manifestasi komplikasi kegawatdaruratan obstetri selama fase Kala I persalinan.
- 2) Persiapan perlengkapan bahan, dan obat yang diperlukan
- 3) Pencatatan persalinan dengan menggunakan SOAP dan partograf

Fase Aktif dibagi menjadi 3 fase, yaitu:

- 1) Fase akselerasi: Tahapan ini ditandai dengan peningkatan laju dilatasi serviks dari pembukaan 3 cm menuju 4 cm, yang diselesaikan dalam jangka waktu 2 jam.
- 2) Fase dilatasi maksimal: Tahapan ini ditandai dengan akselerasi pembukaan leher rahim yang berlangsung secara signifikan dalam kurun waktu 2 jam, yaitu dari pembukaan 4 cm sampai dengan 9 cm.
- 3) Fase deselerasi ditandai dengan penurunan laju kecepatan dilatasi serviks yang kembali melambat. Pada tahapan ini, perkembangan serviks dari pembukaan 9 cm menuju pembukaan lengkap (10 cm) umumnya diselesaikan dalam estimasi waktu selama 2 jam.

b) Kala II

kala II persalinan, atau dikenal sebagai fase ekspulsi, didefinisikan sebagai periode pengeluaran janin yang dihitung sejak dilatasi serviks telah mencapai pembukaan lengkap (10 cm) hingga seluruh tubuh bayi dilahirkan. Ada beberapa tanda dan gejala kala II yaitu:

- a. Adanya dorongan untuk meneran
- b. Adanya tekanan pada anus

- c. Perineum menonjol
 - d. Vulva-vagina dan sfingter ani membuka
 - e. Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah
 - f. Mengatur posisi yang nyaman bagi ibu
- c) Kala III

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. Pada kala III terdapat Manajemen aktif kala III ada beberapa bagian, yaitu:

- a. Bidan wajib memberikan suntikan oksitosin secara intramuskular maksimal satu menit setelah bayi lahir guna merangsang kontraksi awal uterus.
- b. Melaksanakan prosedur peregang tali pusat terkendali (PTT) bersamaan dengan penekanan uterus ke arah dorso-kranial untuk memicu pelepasan dan kelahiran plasenta.
- c. Masase fundus uteri merupakan tindakan manipulasi fisik berupa stimulasi taktil pada dinding abdomen di area fundus yang bertujuan untuk merangsang miometrium agar berkontraksi secara adekuat, sehingga pembuluh darah yang terbuka pascapersalinan dapat menjepit secara alami dan mencegah perdarahan.

Terdapat beberapa tanda tanda lepasnya plasenta, yaitu:

- a. Perubahan bentuk uterus menjadi globular (bulat)
- b. Tali pusat memanjang
- c. Semburan darah yang tiba tiba

Ada beberapa manfaat Manajemen Aktif Kala III yaitu:

- a. Persalinan kala III Menjadi singkat
- b. Mengurangi Jumlah pengurangan Darah
- c. Mengurangi kejadian Retensio Plasenta

Fase pengeluaran plasenta

Cara untuk mengetahui lepasnya uri, antara lain:

- a. Kustner: tangan berada di atas simfisis pubis, kemudian tali pusat ditegangkan, maka bila tali pusat masuk, maka plasenta belum lepas dari tempat implementasinya, kemudian jika tali pusat tidak bergerak atau tetap diam, maka plasenta sudah lepas dari tempat implementasinya.
- b. Klien: Evaluasi pelepasan plasenta dapat dilakukan dengan memberikan sedikit dorongan pada korpus uteri ke arah dorso-kranial saat terjadi kontraksi. Apabila tali pusat tampak tertarik kembali ke dalam jalan lahir, hal tersebut mengindikasikan bahwa plasenta belum terlepas dari dinding rahim. Jika tali pusat diam atau semakin memanjang, maka plasenta sudah lepas dari tempat implantasinya.
- c. Strassman: menegangkan tali pusat, kemudian ketok fundus. Bila tali pusat bergetar, berarti plasenta belum lepas dari tempat implantasinya. Jika tali pusat tidak bergetar, rahim menonjol di atas simfisis pubis, Terjadinya pemanjangan tali pusat secara progresif disertai pengeluaran darah secara mendadak (*semburan darah*) menandakan bahwa plasenta telah terlepas secara sempurna dari tempat implantasinya pada dinding uterus.

d) Kala IV

Kala IV merupakan proses pemantauan per 15 menit pada jam pertama dan per 30 menit pada jam ke-2. Keadaan yang dipantau meliputi keadaan ibu, tekanan darah, pernapasan, suhu dan nadi, tinggi fundus uteri, kontraksi, kandung kemih dan jumlah darah.

Selain itu, pada kala IV juga dilakukan pemeriksaan robekan pada jalan lahir, serta dilihat apakah ada robekan dengan perdarahan aktif serta dilakukan penjahitan perineum (Mulyah et al., 2023).

5. Penurunan Kepala

1) Bidang Hodge

Bidang Hodge dipelajari untuk menentukan sampai di mana bagian terendah janin turun ke dalam panggul pada persalinan dan terdiri atas empat bidang:

(a) Bidang Hodge I : Secara anatomis, Pintu Atas Panggul (PAP) merupakan area pembatas imajiner yang membentang dari tepi atas simfisis pubis pada bagian depan hingga mencapai promontorium os sakrum pada bagian belakang.

(b) Bidang Hodge II : Bidang Hodge II didefinisikan sebagai garis imajiner yang terletak sejajar dengan bidang Hodge I dan diproyeksikan melintasi tepi bawah simfisis pubis.

(c) Bidang Hodge III : Bidang Hodge III merupakan bidang imajiner sejajar bidang Hodge I dan II yang posisinya ditentukan tepat setinggi spina iskiadika kanan dan kiri.

(d) Bidang Hodge IV : Bidang Hodge IV dapat didefinisikan sebagai garis khayal yang diproyeksikan secara sejajar dengan bidang Hodge I, II, dan III, dengan posisi yang terletak tepat setinggi ujung tulang ekor (*os coccygis*) (Mulyah et al., 2023).

2.2.5 Asuhan Kebidanan Persalinan

1. Pengertian Asuhan Persalinan

Pelaksanaan asuhan persalinan normal mengedepankan aspek kebersihan dan keselamatan sejak proses persalinan berlangsung hingga bayi dilahirkan. Upaya pencegahan komplikasi menjadi pilar utama dalam asuhan ini, khususnya untuk meminimalkan risiko perdarahan pascapersalinan pada ibu, serta kejadian hipotermi dan gangguan pernapasan (asfiksia) pada neonatus.

Metode *gentle birth* merupakan pendekatan persalinan holistik yang mengintegrasikan aspek fisik, psikologis, spiritual, serta keyakinan bahwa melahirkan adalah proses fisiologis alami. Melalui upaya pemberdayaan diri (*self-empowerment*), ibu bersalin dapat merasakan pengalaman melahirkan yang lembut, aman, dan minim trauma. Karakteristik utama dari metode ini adalah pemberian otonomi penuh bagi ibu untuk menentukan posisi bersalin yang paling

nyaman, baik dalam postur jongkok, setengah duduk, tegak, maupun posisi adaptif lainnya (Sukmawati et al., 2026).

Pada penerapan asuhan persalinan normal di ikuti dengan asuhan sayang ibu diantaranya:

- a. Memfasilitasi ibu bersalin dalam melakukan mobilisasi dan perubahan posisi tubuh guna mendukung kenyamanan serta kemajuan persalinan.
- b. Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi bagi ibu bersalin melalui pemberian asupan makanan serta minuman yang adekuat.
- c. Menerapkan teknik komunikasi terapeutik dengan bertindak sebagai komunikator yang empatik serta pendengar yang aktif (*active listener*) bagi ibu bersalin.
- d. Memberikan dukungan emosional serta motivasi secara berkesinambungan kepada ibu sepanjang proses persalinan hingga bayi dilahirkan.
- e. Memberikan dukungan emosional, motivasi, serta penguatan mental secara holistik baik kepada ibu bersalin maupun pihak keluarga yang mendampingi sepanjang proses persalinan.
- f. Memberikan edukasi dan penjelasan secara komprehensif mengenai fase-fase persalinan serta perkembangan kemajuan proses melahirkan kepada ibu dan keluarga.
- g. Memfasilitasi kehadiran pendamping yang suportif guna mendampingi ibu secara berkesinambungan di sepanjang fase persalinan hingga proses kelahiran selesai.
- h. Menciptakan suasana lingkungan yang kondusif guna menumbuhkan rasa nyaman serta ketenangan emosional pada ibu sepanjang berlangsungnya proses persalinan.

2. 60 Langkah APN

Melihat Tanda dan Gejala Kala Dua

1. Mengamati tanda dan gejala kala dua.
 - a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - b) Ibu merasa adanya tekanan yang semakin meningkat pada rektum/vagina.
 - c) Perineum menonjol.

- d) Vulva, vagina, dan sfingter anal membuka.
- e) Indikasi memasuki Kala II persalinan ditandai dengan fenomena *crowning*, di mana diameter kepala janin telah tampak di area vulva dengan paparan sebesar 5 hingga 6 cm., dan kepala bayi tidak maju mundur lagi.

Menyiapkan Pertolongan Persalinan

2. Menggunakan celemek plastik atau pakaian pelindung yang bersih dan siap pakai.
3. Sebelum mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, pastikan semua perhiasan di bawah siku sudah dilepas. Setelah itu, keringkan tangan menggunakan handuk pribadi atau handuk bersih sekali pakai.
4. Gunakan satu sarung tangan steril atau yang telah didesinfeksi tingkat tinggi (DTT) untuk setiap kali melakukan pemeriksaan dalam.
5. Ambil 10 unit oksitosin ke dalam spuit menggunakan sarung tangan steril atau DTT. Selanjutnya, kembalikan spuit ke dalam set partus atau wadah steril tanpa membiarkan bagian spuit tersentuh atau mengalami kontaminasi.

Memastikan Pembukaan Lengkap dengan Janin Baik.

6. Bersihkan perineum dan vulva secara hati-hati dengan kasa/kapas berdesinfektan, menyeka dari arah depan menuju belakang. Terapkan arah usapan yang sama saat membersihkan kotoran yang mengenai anus, perineum, atau mulut vagina. Buang kasa atau kapas sekali pakai tersebut. Segera ganti dan buang sarung tangan ke dalam larutan dekontaminasi jika terkena kotoran.
7. Gunakan teknik aseptik saat melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan dilatasi serviks telah lengkap. Apabila pembukaan sudah penuh namun selaput ketuban belum pecah, segera lakukan amniotomi.
8. Bersihkan sarung tangan kotor dengan cara merendam kedua tangan yang masih mengenakannya ke dalam larutan klorin 0,5%. Selanjutnya, lepaskan sarung tangan secara terbalik lalu rendam kembali seluruhnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Langkah terakhir, lakukan pencucian tangan sesuai dengan prosedur yang telah diterapkan sebelumnya.
9. Evaluasi denyut jantung janin (DJJ) dilakukan segera setelah kontraksi mereda untuk memastikan angkanya tetap dalam batas aman, yakni 100–180 kali per

menit. Apabila ditemukan frekuensi yang abnormal, tindakan penanganan harus segera diambil. Seluruh hasil dari pemeriksaan dalam, pemantauan DJJ, serta analisis dan intervensi asuhan lainnya wajib didokumentasikan ke dalam partograf.

Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk Membantu Proses Pimpinan Meneran

10. Informasikan pada ibu bahwa pemeriksaan menunjukkan pembukaan lengkap dan janin sehat. Selanjutnya, bimbing ibu untuk menemukan posisi yang paling nyaman bagi dirinya dan tunggu sampai ada dorongan untuk mengejan. Pastikan kesehatan serta kenyamanan ibu dan janin tetap terpantau sesuai panduan persalinan aktif, dokumentasikan seluruh hasil pemantauan, dan berikan arahan kepada keluarga tentang cara mendampingi serta menyemangati ibu ketika waktu mengejan tiba.

11. Libatkan keluarga untuk membantu mempersiapkan posisi mengejan ibu. Saat terjadi kontraksi, posisikan ibu duduk setengah tegak dengan memastikan kenyamanannya terjaga.

12. Pandu ibu saat dorongan mengejan mulai terasa kuat. Dampingi ia agar bisa mengejan secara alami sesuai instingnya, berikan semangat, serta bantu menentukan posisi yang nyaman—pastikan untuk menghindari posisi telentang. Ingatkan ibu untuk beristirahat di sela-sela kontraksi, dan libatkan keluarga untuk terus memotivasi serta mendampingi. Ibu juga dianjurkan tetap minum cairan secara oral. Periksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setiap lima menit sekali. Segera lakukan rujukan apabila bayi belum juga lahir atau tidak menunjukkan tanda-tanda kelahiran setelah 120 menit pada primipara (persalinan pertama) atau 60 menit pada multipara (pernah melahirkan sebelumnya).

Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi.

13. Saat kepala bayi mulai terlihat menonjol di vulva dengan ukuran sekitar 5–6 cm, segera siapkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi setelah lahir.

14. Menempatkan kain bersih yang sudah dilipat menjadi tiga bagian di bawah area bokong ibu sebagai persiapan untuk memastikan proses persalinan berjalan dengan bersih dan aman.

15. Membuka peralatan partus set.
16. Mengenakan sarung tangan yang telah disterilkan atau didesinfeksi tingkat tinggi pada kedua tangan.

Menolong Kelahiran Bayi Lahirnya Kepala

17. Saat ibu mulai merasakan dorongan kuat untuk mengejan, berikan bimbingan dan dampingi ia agar bisa mengejan sesuai dengan dorongan tubuhnya. Berikan dukungan moral serta semangat, lalu bantu ibu menemukan posisi melahirkan yang nyaman, dengan catatan menghindari posisi telentang. Di sela-sela kontraksi, mintalah ibu untuk beristirahat. Begitu kepala bayi mulai tampak membuka vulva sekitar 5–6 cm, gunakan satu tangan yang dilapisi kain bersih untuk melindungi perineum. Sementara itu, letakkan tangan yang lain di atas kepala bayi untuk memberikan tekanan lembut agar proses keluarnya kepala berjalan perlahan dan terkendali. Ketika kepala bayi mulai lahir, instruksikan ibu untuk mengejan dengan santai atau melakukan napas cepat pendek-pendek.
18. Bersihkan area muka, mulut, dan hidung bayi secara perlahan dengan kain atau kasa steril yang bersih.
19. Periksa apakah ada lilitan tali pusat pada leher bayi dan segera lakukan penanganan jika ditemukan. Apabila lilitan tersebut terlalu kencang, jepit tali pusat di dua tempat lalu potong di antaranya, kemudian teruskan proses kelahiran bayi tanpa menunda.
20. Menunggu terjadinya rotasi eksternal atau putaran paksi luar pada kepala bayi secara alamiah.

Lahir Bahu

21. Setelah kepala bayi melakukan rotasi eksternal (putaran paksi luar), posisikan kedua tangan Anda pada sisi kanan dan kiri wajah bayi. Instruksikan ibu untuk mengejan saat kontraksi berikutnya datang. Gerakkan kepala bayi dengan lembut ke arah bawah dan luar hingga bahu bagian depan melewati bawah arkus pubis. Setelah itu, gerakkan kepala bayi ke arah atas dan luar untuk melahirkan bahu bagian belakang.
22. Setelah kedua bahu bayi dilahirkan, arahkan tangan Anda dari sisi kepala bayi ke bawah menuju perineum ibu. Sangga bahu dan lengan belakang bayi saat lahir

menumpu pada tangan tersebut, sembari tetap menjaga pengeluaran siku dan tangan bayi melewati perineum. Gunakan lengan bawah Anda sebagai penopang utama tubuh bayi selama proses kelahiran, sementara tangan yang atas berfungsi mengendalikan keluarnya siku dan lengan bagian depan.

23. Saat tubuh dan lengan bayi telah lahir, sangga punggung hingga kakinya dengan cara menggerakkan tangan anterior Anda ke bawah. Selanjutnya, pegang kedua mata kaki bayi secara hati-hati untuk membantu proses pengeluaran kakinya.

Penanganan Bayi Baru Lahir

24. Segera setelah bayi lahir, lakukan evaluasi kondisi kesehatannya secara cepat dalam 30 detik pertama. Tempatkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala agak lebih rendah untuk membantu pengeluaran cairan dari jalan napas. Jika tali pusat terlalu pendek, carilah posisi alternatif yang aman bagi bayi. Apabila bayi menunjukkan gejala asfiksia, segera jalankan tindakan resusitasi neonatus sesuai dengan pedoman standar yang berlaku.

25. Keringkan seluruh permukaan tubuh bayi secara merata, lalu segera ganti kain atau handuk yang basah dengan selimut steril atau kain yang kering. Gunakan teknik *warm wrapping* untuk membungkus tubuh bayi dan pastikan bagian kepalanya tertutupi guna menghindari risiko hipotermia, namun biarkan area tali pusat tetap tidak tertutup. Apabila ditemukan gejala gangguan pernapasan, segera lakukan tindakan penanganan sesuai dengan protokol emergensi neonatal.

26. Posisikan kain kering dan steril pada area perineum, kemudian periksa bagian abdomen ibu melalui palpasi guna mendeteksi ada atau tidaknya janin kedua pada kehamilan multipel

27. Menyampaikan kepada Ibu bahwa akan dilakukan tindakan penyuntikan.

28. Dalam kurun waktu satu menit setelah bayi dilahirkan, berikan suntikan intramuskular oksitosin 10 unit pada bagian sepertiga atas luar paha kanan atau otot gluteus ibu (pastikan untuk melakukan aspirasi terlebih dahulu). Langkah berikutnya adalah melakukan peregangan tali pusat secara terkendali.

Oksitosin

29. Dua menit setelah bayi lahir, lakukan penjepitan tali pusat secara steril. Pegang tali pusat dengan mantap menggunakan satu tangan, lalu pasang klem pertama pada jarak 3 cm dari pangkal pusat bayi. Setelah itu, urut tali pusat ke arah ibu dan pasang klem kedua berjarak 2 cm di depan klem pertama (5 cm dari pangkal pusat), guna memberikan ruang yang cukup di antara kedua klem sebelum tali pusat dipotong.

30. Gunakan satu tangan untuk menstabilkan tali pusat sekaligus melindungi bayi dari cedera akibat instrumen medis. Selanjutnya, potong tali pusat di area antara kedua klem menggunakan teknik aseptik.

31. Segera setelah proses persalinan selesai, berikan bayi kepada ibunya untuk melakukan kontak kulit ke kulit serta inisiasi menyusui dini (IMD), selama kondisi keduanya memungkinkan dan telah mendapatkan persetujuan dari ibu.

Penegangan Tali Pusat Terkendali

32. Memindahkan klem pada tali pusat.

33. Letakkan satu tangan yang dialasi kain steril pada abdomen suprapubik ibu untuk memantau kontraksi dan menstabilkan uterus, lalu pegang tali pusat yang sudah diklem dengan tangan lainnya. Pastikan untuk menunda tindakan berikutnya sampai kontraksi uterus yang adekuat terkonfirmasi.

34. Setelah kontraksi uterus yang adekuat muncul, lakukan penegangan tali pusat terkendali secara perlahan ke arah bawah. Bersamaan dengan itu, berikan tekanan kontra-traksi pada bagian atas rahim (fundus) ke arah belakang dan atas secara hati-hati guna menghindari inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 hingga 40 detik, hentikan penegangan dan tunggu sampai kontraksi berikutnya tiba. Apabila rahim tidak berkontraksi, mintalah ibu atau anggota keluarga yang mendampingi untuk melakukan stimulasi pada puting susu agar produksi oksitosin alami terangsang.

Mengeluarkan Plasenta

35. Begitu indikasi lepasnya plasenta terlihat—seperti adanya darah segar yang keluar atau tali pusat yang tampak memanjang—minta ibu untuk mengejan (manuver Valsalva). Bersamaan dengan itu, lakukan penegangan tali pusat

terkendali (PTT) dengan menariknya ke arah bawah terlebih dahulu, lalu ikuti lengkungan jalan lahir, sementara tangan satunya melakukan tekanan kontra-traksi pada fundus uteri. Jika tali pusat makin memanjang, pindahkan klem hingga berjarak 5–10 cm di depan vulva. Apabila plasenta belum juga keluar setelah 15 menit penegangan, suntikkan kembali oksitosin 10 unit secara intramuskular dan periksa kondisi kandung kemih—segera lakukan kateterisasi secara aseptik jika urin tertahan. Sembari meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan proses rujukan, ulangi kembali tindakan PTT selama 15 menit ke depan. Jika dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir plasenta masih belum dilahirkan, segera evakuasi pasien ke fasilitas kesehatan tersier yang memiliki kompetensi untuk menangani retensio plasenta.

36. Saat plasenta sudah terlihat di introitus vagina, bantu proses kelahirannya menggunakan kedua tangan. Pegang plasenta dengan cermat, lalu putar perlahan untuk memastikan seluruh selaput ketuban terlepas sempurna. Keluarkan membran korioamniotik secara lembut dan terkendali. Apabila selaput ketuban robek, segera gunakan sarung tangan steril atau DTT (Desinfeksi Tingkat Tinggi), lalu periksa vagina serta serviks secara menyeluruh. Sisa-sisa selaput yang tertinggal di dalam dapat dikeluarkan secara aseptik memakai jari tangan, klem, atau forseps yang telah steril/DTT.

Pemijatan Uterus

37. Begitu plasenta dan selaput ketuban telah lahir seluruhnya, segera lakukan pijatan pada bagian atas rahim (fundus uteri). Posisikan telapak tangan dominan Anda di area fundus tersebut, lalu pijat secara melingkar dengan lembut namun bertenaga hingga rahim berkontraksi dengan baik, yang ditandai dengan konsistensinya yang teraba keras.

Menilai Perdarahan

38. Masukkan plasenta yang sudah diperiksa ke dalam kantong plastik atau wadah yang telah disediakan.

39. Periksa seluruh area vagina dan perineum secara mendetail untuk mendeteksi kemungkinan adanya laserasi. Jika terdapat robekan yang memicu perdarahan

aktif, segera lakukan penjahitan menggunakan teknik aseptik guna menghentikan perdarahan dan mendukung proses pemulihan jaringan.

Melakukan Prosedur Pascapersalinan

40. Proses dekontaminasi sarung tangan diawali dengan merendam kedua tangan di dalam larutan klorin 0,5% selama 1 hingga 2 menit. Setelah itu, bilas tangan memakai air steril atau air desinfeksi tingkat tinggi (DTT). Langkah terakhir, keringkan tangan Anda dengan handuk sekali pakai atau kain steril yang kering.

41. Melakukan pengecekan kembali pada kontraksi rahim guna memastikan uterus berkontraksi secara optimal.

42. Pastikan kandung kemih kosong.

43. Memberikan edukasi kepada pihak keluarga mengenai teknik pijat (masase) fundus uteri yang tepat guna merangsang kontraksi saat tonus uterus melemah, sekaligus mengajarkan cara memantau intensitas serta frekuensi kontraksi rahim secara berkala.

44. Mengevaluasi kehilangan darah.

45. Lakukan pemantauan ketat tanda-tanda vital ibu dengan:

- a. Pemeriksaan tekanan darah, frekuensi nadi, dan distensi vesika urinaria setiap 15 menit selama 60 menit pertama pascapersalinan
- b. Pengukuran suhu tubuh per jam selama 2 jam pertama pascapersalinan

46. Lakukan pemantauan terhadap kondisi bayi dan pastikan bayi bernapas dengan baik (40–60 kali per menit)

- c. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, mengeluarkan suara rintihan, atau menunjukkan retraksi, segera lakukan resusitasi dan rujuk ke rumah sakit.
- d. Jika pernapasan bayi terlalu cepat atau tampak sesak, segera lakukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap

47. Proses dekontaminasi diawali dengan merendam seluruh peralatan dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Selanjutnya, peralatan dicuci dan dibilas sampai bersih.

48. Sesuai standar K3RS, pembuangan limbah infeksius (bahan terkontaminasi) wajib menggunakan tempat sampah medis kuning dengan membedakan sistem pengelolaan untuk limbah tajam dan non-tajam.

49. Lakukan pembersihan sisa sekret vagina seperti darah, lendir, dan air ketuban melalui metode mandi bedah memakai air DTT. Selanjutnya, fasilitasi ibu untuk memakai pakaian steril atau kain kering yang bersih.

50. Lakukan observasi berkelanjutan terhadap kenyamanan ibu, berikan fasilitasi penuh selama inisiasi menyusui dini (IMD), serta arahkan keluarga untuk memastikan pemenuhan nutrisi dan cairan yang sesuai dengan preferensi ibu.

Kebersihan dan Keamanan

51. Melakukan dekontaminasi pada area yang telah digunakan menggunakan larutan klorin 0,5%, kemudian membilasnya dengan air bersih.

52. Lakukan dekontaminasi dua tahap pada sarung tangan bekas pakai menggunakan larutan klorin 0,5%. Pertama, rendam sarung tangan selama 1–2 menit. Setelah itu, balikkan sarung tangan secara aseptik agar bagian dalamnya menghadap ke luar, lalu rendam kembali selama 10 menit. Pastikan seluruh permukaan sarung tangan terendam dengan sempurna untuk hasil dekontaminasi yang optimal.

53. Menggunakan sabun untuk membersihkan kedua belah tangan di bawah air yang mengalir.

54. Pemeriksaan fisik pada bayi harus dilakukan dengan menggunakan sarung tangan bersih atau sarung tangan yang telah didesinfeksi tingkat tinggi (DTT)..

55. Segera setelah bayi lahir (maksimal satu jam), berikan tetes atau salep mata sebagai langkah pencegahan infeksi. Selanjutnya, lakukan suntikan intramuskular vitamin K1 seberat 1 mg pada bagian lateral paha kiri bawah.

56. Setelah menyuntikkan vitamin K1 secara intramuskular, lakukan penyuntikan imunisasi Hepatitis B intramuskular pada area paha kanan bagian anterolateral bayi menggunakan teknik aseptik.

57. Membersihkan area persalinan dari kontaminasi menggunakan larutan klorin 0,5% lalu membasuhnya dengan air bersih.

58. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara melepaskannya dalam posisi terbalik dan merendamnya ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

59. Bersihkan tangan dengan air mengalir dan sabun, setelah itu keringkan menggunakan tisu atau handuk bersih yang kering.

60. Mengisi lembar partograf secara lengkap (halaman depan dan belakang).

C. Partograf

Partograf adalah catatan mengenai proses persalinan untuk memantau keadaan ibu dan janin, untuk menentukan adanya persalinan abnormal yang menjadi petunjuk untuk tindakan kebidanan, dan untuk menemukan disproporsi kepala-panggul jauh sebelum terjadi persalinan macet. Penggunaan partograf merupakan untuk semua ibu dalam fase aktif kala 1 persalinan sebagai elemen penting asuhan persalinan.

a) Denyut Jantung Janin

Pemantauan Denyut Jantung Janin (DJJ) diplot pada partograf menggunakan indikator titik tebal (•) dengan interval evaluasi setiap 30 menit. Penolong persalinan wajib meningkatkan kewaspadaan klinis terhadap indikasi gawat janin (*fetal distress*) apabila frekuensi basal DJJ berada di luar rentang fisiologis, baik berupa bradikardia (kurang dari 120 kali per menit) maupun takikardia (lebih dari 160 kali per menit).

b) Warna air ketuban

Nilai air ketuban setiap kali dilakukan pemeriksaan dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Simbol untuk menentukan air ketuban yaitu:

U : ketuban utuh (belum pecah)

J : ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih

M : ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium

D : ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah

K : Ketuban sudah pecah dan tidak ada lagi air ketuban (kering).

Nilai penyusupan kepala janin atau molase :

0 : Penilaian molase tingkat 0 ditandai dengan kondisi tulang kepala janin yang terpisah satu sama lain.

1 : Derajat penyusupan kepala janin dikategorikan sebagai tingkat 1 apabila sutura ditemukan dalam keadaan saling bersentuhan.

2 : Penyusupan kepala janin derajat 3 ditandai dengan kondisi tulang-tulang kranial yang mengalami tumpang tindih secara signifikan dan bersifat *irreversible* (tidak dapat dipisahkan kembali).

c) Pembukaan Serviks

Pemantauan dilatasi serviks dijadwalkan tiap 4 jam dan pencatatan grafik partograf dimulai apabila pembukaan telah memasuki fase aktif (minimal 4 cm). Simbol "X" digunakan untuk menandai besarnya pembukaan serviks pada garis utuh yang sesuai dengan waktu pemeriksaan. Parameter ini selalu dinilai secara simultan dengan tingkat penurunan bagian terendah janin.

d) Penurunan bagian terbawah janin

Penilaian tingkat penurunan bagian terendah janin diukur melalui palpasi luar metode perlimaan dan diverifikasi lewat pemeriksaan dalam setiap 4 jam, kecuali terdapat indikasi kegawatdaruratan. Metode perlimaan ini menilai seberapa banyak porsi kepala janin yang masih berada di atas simfisis menggunakan indikator lima jari tangan. Area di atas simfisis mencerminkan bagian kepala yang belum masuk PAP, sementara bagian yang sudah tidak teraba mengindikasikan bahwa presentasi janin telah masuk lebih dalam ke rongga panggul.

e) Penurunan bagian terbawah janin

Tingkat penurunan bagian terendah janin melalui metode lima jari (perlimaan) diklasifikasikan dari angka lima hingga nol. Nilai 5/5 menandakan seluruh bagian janin masih berada di atas simfisis pubis tanpa adanya penurunan. Penurunan awal dinyatakan dengan 4/5 saat 1/5 bagian janin mulai melewati PAP, dan berkembang menjadi 3/5 ketika 2/5 bagian telah memasuki rongga panggul. Memasuki fase 2/5, sebagian besar (3/5 bagian) janin telah turun melampaui bidang tengah rongga panggul dan berada dalam kondisi terfiksasi. Skala 1/5 menggambarkan bahwa hanya tersisa 1/5 bagian yang dapat diraba di atas simfisis pubis akibat 4/5 bagian sudah masuk ke kavum pelvis. Akhirnya, kondisi 0/5 merepresentasikan kelahiran kepala yang sudah masuk sepenuhnya ke dalam rongga panggul sehingga tidak dapat diidentifikasi lagi lewat palpasi luar, yang secara dokumentasi disimbolkan dengan tanda (o).

f) waktu

Pencatatan waktu kemajuan persalinan, yang meliputi pemantauan dilatasi serviks dan penurunan kepala janin, secara resmi dimulai sejak ibu memasuki fase aktif persalinan.

g) Kontraksi uterus

Evaluasi terhadap aktivitas uterus dilakukan setiap 30 menit dengan cara melakukan palpasi serta mendokumentasikan frekuensi kontraksi dalam durasi 10 menit, disertai pengukuran lama berlangsungnya setiap kontraksi dalam satuan detik. Dan berikan tanda sebagai berikut :

░░░ lamanya kurang dari 20 detik dan dua kontraksi dalam waktu 10 menit.

▒▒▒ Aktivitas uterus menunjukkan kemajuan dengan frekuensi his sebanyak tiga kali dalam periode 10 menit, di mana masing-masing kontraksi berlangsung selama 20 hingga 40 detik.

■ lamanya lebih dari 40 detik dan lima kontraksi dalam

h) Oksitosin

Jika menggunakan oksitosin lakukan pencatatan secara berkala setiap 30 menit mengenai dosis akumulatif oksitosin yang diinfuskan per volume cairan intravena (IV), dengan menggunakan satuan laju tetesan per menit (tpm).

i) Obat-obat lain dan cairan I.V

Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan cairan I.V dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktu.

j) Denyut nadi ibu dievaluasi tiap 30 menit sepanjang fase aktif persalinan sebagai indikator kesejahteraan maternal. Pencatatan grafik pada partograf dilakukan dengan memberikan tanda titik (•) pada kolom waktu yang sesuai dengan saat pemeriksaan.

k) TD yatiu menilai dan mencatat setiap 4 jam selama fase aktif persalinan dan memberi tanda panah pada kolom (↑).

- l) Temperatur yaitu penilaian pada tubuh ibu selama 2 jam.
- m) Pemantauan fungsi eliminasi urinaria dilakukan dengan mengukur dan mencatat volume produksi urine ibu secara berkala setiap 2 jam, atau setiap kali ibu berkemih secara spontan (Prawirohardjo, 2020)

Gambarr 2.2

Halaman depan dan belakang partograf

PARTOGRAF

No. Register		Nama Ibu :		Umur :		G.		P.		A.	
No. Puskesmas		Tanggal :		Jam :		Alamat :					
Ketuban pecah	Sejak jam	mules sejak jam									

Denyut Jantung Janin (/menit)	200	
	190	
180		
170		
160		
150		
140		
130		
120		
110		
100		
90		
80		

Air ketuban	
Penyusupan	

Pembukaan serviks (cm) beri tanda x Turunnya kepala beri tanda o	10	
	9	
8		
7		
6		
5		
4		
3		
2		
1		
0		

Kontraksi tiap 0 Menit		< 20	
		20-40	
	> 40		
	(dok)		
	1		
	2		
	3		
	4		
	5		

Oksitosin U/L tetes/menit	
------------------------------	----------------------

Obat dan Cairan IV	
• Nadi	
Tekanan darah	
Suhu °C	180
	170
	160
	150
	140
	130
	120
	110
	100
	90
	80
70	
60	

Urin	Protein	
	Aseton	
	Volume	

Sumber :(Prawirohardjo, 2020)

Gambarr 2.3
Halaman belakang partograf

CATATAN PERSALINAN																																																																			
1. Tanggal : 2. Nama bidan : 3. Tempat Persalinan : ☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas ☐ Polindes ☐ Rumah Sakit ☐ Klinik Swasta ☐ Lainnya : 4. Alamat tempat persalinan : 5. Catatan : ☐ rujuk, kala : I / II / III / IV 6. Alasan merujuk : 7. Tempat rujukan : 8. Pendamping pada saat merujuk : ☐ Bidan ☐ Teman ☐ Suami ☐ Dukun ☐ Keluarga ☐ Tidak ada KALA I 9. Partogram melewati garis waspada : Y / T 10. Masalah lain, sebutkan : 11. Penatalaksanaan masalah Tsb : 12. Hasilnya : KALA II 13. Episiotomi : ☐ Ya, Indikasi ☐ Tidak 14. Pendamping pada saat persalinan ☐ Suami ☐ Teman ☐ Tidak ada ☐ Keluarga ☐ Dukun 15. Gawat Janin : ☐ Ya, tindakan yang dilakukan a. b. c. ☐ Tidak 16. Distosia bahu : ☐ Ya, tindakan yang dilakukan a. b. c. ☐ Tidak 17. Masalah lain, sebutkan : 18. Penatalaksanaan masalah tersebut : 19. Hasilnya : KALA III 20. Lama kala III :menit 21. Pemberian Oksitosin 10 U im ? ☐ Ya, waktu : menit sesudah persalinan ☐ Tidak, alasan 22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ? ☐ Ya, alasan ☐ Tidak 23. Penegangan tali pusat terkendali ? ☐ Ya, ☐ Tidak, alasan	24. Masase fundus uteri ? ☐ Ya. ☐ Tidak, alasan 25. Plasenta lahir lengkap (<i>intact</i>) Ya / Tidak Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan : a. b. 26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak ☐ Ya, tindakan : a. b. c. 27. Laserasi : ☐ Ya, dimana ☐ Tidak. 28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4 Tindakan : ☐ Penjahitan, dengan / tanpa anestesi ☐ Tidak dijahit, alasan 29. Atoni uteri : ☐ Ya, tindakan a. b. c. ☐ Tidak 30. Jumlah perdarahan : ml 31. Masalah lain, sebutkan 32. Penatalaksanaan masalah tersebut : 33. Hasilnya : BAYI BARU LAHIR : 34. Berat badangram 35. Panjang cm 36. Jenis kelamin : L / P 37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit 38. Bayi lahir : ☐ Normal, tindakan : ☐ mengeringkan ☐ menghangatkan ☐ rangsang taktil ☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu ☐ Aspiksia ringan/pucat/biru/lemas, tindakan : ☐ mengeringkan ☐ bebaskan jalan napas ☐ rangsang taktil ☐ menghangatkan ☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu ☐ lain - lain sebutkan ☐ Cacat bawaan, sebutkan : ☐ Hipotermi, tindakan : a. b. c. 39. Pemberian ASI ☐ Ya, waktu :jam setelah bayi lahir ☐ Tidak, alasan 40. Masalah lain,sebutkan : Hasilnya :																																																																		
PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Jam Ke</th> <th>Waktu</th> <th>Tekanan darah</th> <th>Nadi</th> <th></th> <th>Tinggi Fundus Uteri</th> <th>Kontraksi Uterus</th> <th>Kandung Kemih</th> <th>Perdarahan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Masalah kala IV : Penatalaksanaan masalah tersebut : Hasilnya :									Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi		Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan	1																																	2																
Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi		Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan																																																											
1																																																																			
2																																																																			

Sumber : (Prawirohardjo, 2020)

4. Hypnobirthing pada ibu bersalin

Hypnobirthing merupakan metode autohipnosis (*self-hypnosis*) yang diaplikasikan secara terprogram untuk menginternalisasikan sugesti serta afirmasi positif ke dalam alam bawah sadar ibu. Teknik relaksasi ini diimplementasikan sepanjang masa kehamilan hingga fase persiapan persalinan guna mengondisikan kesiapan psikologis maternal secara optimal. Setiap ibu hamil dapat merasakan kebahagiaan selama masa kehamilan, serta proses persalinan dapat berlangsung dengan lancar (Bdn. Dede Waslia et al., 2025)

2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

2.3.1 Pengertian Dasar Bayi Baru Lahir

Bayi yang berumur antara 0 sampai 28 hari dikategorikan sebagai neonatus. Adapun indikator bayi baru lahir dalam kondisi normal ditunjukkan melalui pemenuhan kriteria fisik seperti berat badan lahir sebesar 2500–4000 gram, usia kehamilan aterm (37–40 minggu), langsung menangis saat lahir, aktif bergerak, perfusi kulit berwarna kemerahan, memiliki kemampuan menyusu yang baik, serta tidak didapati adanya malformasi bawaan (Suryaningsih & Wulan, Retno, 2022).

2.3.2 Fisiologi Bayi Baru Lahir

Setelah bayi lahir, bayi telah berpindah tempat dari suasana hangat di dalam rahim ke dunia luar. Sehingga segera terjadi adaptasi proses adaptasi ekstrasuterin neonatus berpusat pada kemandirian sistem respirasi dan sirkulasi untuk menggantikan fungsi pertukaran gas oleh plasenta. Setelah memutuskan hubungan dengan plasenta, pemenuhan kebutuhan oksigen sepenuhnya dikendalikan oleh fungsi paru dan jantung bayi secara mandiri. Perubahan kedua sistem ini menjadi fase transisi tercepat sekaligus paling esensial segera setelah lahir. Agar bayi dapat mempertahankan kehidupannya, sistem organ lain—seperti ginjal, gastrointestinal, hematologi, metabolisme, serta sistem saraf—juga dituntut untuk berfungsi secara adekuat dalam waktu 24 jam pertama kehidupan.

2.3.3 Perawatan Segera Bayi Baru Lahir

A. Penilaian

Segera setelah lahir, letakkan bayi di atas kain yang bersih dan kering yang sudah disiapkan di atas perut ibu. Apabila tali pusat pendek, maka letakkan bayi di antara kedua kaki ibu, pastikan bahwa tempat tersebut dalam keadaan bersih dan kering. Segera lakukan penilaian awal pada bayi baru lahir:

- a. Apakah bayi bernapas dan/atau menangis kuat tanpa kesulitan?
- b. Apakah bayi bergerak aktif?
- c. Bagaimana warna kulit, apakah berwarna kemerahan apakah ada sianosis?

Apabila bayi mengalami kesulitan bernapas, lakukan tindakan resusitasi pada bayi baru lahir.

D. Menjaga kehangatan Bayi

Akibat mekanisme pengaturan suhu tubuh yang belum berfungsi optimal, bayi baru lahir berisiko tinggi mengalami hipotermia. Jika tidak diantisipasi dengan pengeringan tubuh dan pemberian selimut segera setelah lahir, kondisi ini dapat memicu kesakitan hingga kematian, sekalipun bayi berada di dalam ruangan yang relatif hangat. Terutama pada bayi yang mengalami BBLR, rentan mengalami hipotermi.

a. Mekanisme Kehilangan Panas

Ada 4 jenis mekanisme kehilangan panas, yaitu:

1. Konduksi

Konduksi merupakan mekanis perpindahan energi termal dari tubuh neonatus ke objek eksternal melalui kontak fisik secara langsung. Manifestasi kehilangan panas ini terjadi ketika permukaan kulit bayi bersentuhan langsung dengan media bermassa dingin, seperti meja resusitasi, tempat tidur, atau timbangan yang memiliki temperatur lebih rendah. Akibat perbedaan gradien suhu tersebut, benda-benda tersebut akan mengabsorpsi panas tubuh bayi secara konduktif jika diletakkan tanpa alas penyekat yang adekuat.

2. Konveksi

Kehilangan panas secara konveksi terjadi ketika panas tubuh bayi berpindah ke udara sekitar yang sedang bergerak atau mengalir. Paparan

langsung dengan udara ruangan yang lebih dingin menjadi pemicu utama terjadinya penurunan suhu ini. Jika bayi baru lahir ditempatkan di dalam ruangan yang dingin atau terpapar embusan angin, tubuhnya akan dengan cepat kehilangan panas, sehingga meningkatkan risiko hipotermia.

3. Radiasi

Panas melalui mekanisme radiasi terjadi akibat adanya pemindahan panas dari tubuh neonatus menuju lingkungan atau benda-benda sekitar yang bersuhu lebih rendah, meskipun tidak terjadi kontak fisik secara langsung. Dalam fenomena ini, benda yang lebih dingin di sekitar bayi bertindak sebagai penyerap energi termal yang dipancarkan secara elektromagnetik dari permukaan kulit tubuh bayi.

4. Evaporasi

Evaporasi merupakan bentuk pelepasan energi panas melalui penguapan cairan yang dipengaruhi secara langsung oleh faktor kelembaban, pergerakan udara, serta jumlah panas yang diserap. Jika bidan tidak segera mengeringkan tubuh bayi baru lahir dari sisa air ketuban, panas tubuh bayi akan terpakai untuk mengubah cairan tersebut menjadi uap, yang pada akhirnya menyebabkan bayi mengalami hipotermia akibat penguapan eksternal.

b. Mencegah kehilangan panas

Upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah kehilangan panas, yaitu:

1. Keringkan tubuh neonatus dimulai dari area wajah, kepala, hingga seluruh ekstremitas secara lembut tanpa membasuh lapisan verniks kaseosa, serta menyisakan area palmar (telapak tangan) agar tidak mengganggu proses Inisiasi Menyusu Dini (IMD). Lapisan verniks ini berfungsi sebagai insulator alami dalam mempertahankan suhu tubuh bayi. Langkah pencegahan hipotermia selanjutnya dilakukan dengan segera mengganti kain pembalut yang basah menggunakan handuk atau linen yang bersih dan kering, biarkan bayi di atas perut ibu.
2. Letakkan bayi di dada ibu agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan dan usahakan kedua bahu bayi

menempel di dada ibu atau perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi sedikit lebih rendah dari puting payudara ibu.

3. Selimuti ibu dan bayi serta pasang topi di kepala bayi.
4. Penundaan tindakan antropometri (seperti penimbangan berat badan) serta prosedur memandikan neonatus harus dilakukan segera setelah lahir guna mencegah terjadinya penurunan suhu tubuh secara drastis (hipotermia).
5. Upaya mempertahankan kehangatan tubuh bayi dilakukan dengan cara memposisikan dan merawatnya di area yang memiliki suhu lingkungan yang optimal serta bebas dari aliran udara langsung.
6. Jangan membedong bayi dengan ketat karena dapat menghambat pergerakan janin.

E. Perawatan Tali Pusat

1. Melakukan dekontaminasi awal dengan merendam tangan yang masih mengenakan sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% guna mengeliminasi kontaminasi darah serta cairan tubuh lainnya.
2. Melakukan pembilasan tangan menggunakan air Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT), kemudian menyekanya hingga kering dengan bantuan linen atau handuk yang bersih serta bebas dari kelembaban.
3. Evaluasi terhadap pulsasi tali pusat dilakukan melalui palpasi. Setelah denyutan terhenti, tindakan penjepitan (klem), pemotongan, dan pengikatan tali pusat dilakukan dalam kurun waktu dua menit pascasalinan. Sesuai dengan prosedur standar, administrasi injeksi oksitosin wajib diselesaikan terlebih dahulu sebelum proses pemotongan funikulus (tali pusat) dilaksanakan.
4. Tindakan penjepitan pertama pada tali pusat dilakukan menggunakan klem DTT atau klem plastik steril sekali pakai (*disposable*) dengan jarak 3 cm dari basis umbilikalis janin. Selanjutnya, lakukan pengosongan sirkulasi pada segmen tersebut dengan menekan funikulus menggunakan dua jari lalu mendorong isinya ke arah plasenta guna mencegah semburan darah saat insisi. Penjepitan kedua kemudian diaplikasikan dengan jarak 2 cm dari posisi klem pertama ke arah maternal (ibu).

5. Pemotongan tali pusat diaplikasikan pada segmen di antara kedua klem yang telah terfiksasi. Penolong memosisikan satu tangan sebagai perisai anatomis guna memproteksi dinding abdomen neonatus dari risiko cedera trauma tajam, sementara tangan lainnya melakukan transitansi tali pusat di area celah klem dengan memanfaatkan instrumen gunting steril atau Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT).
6. Pengikatan tali pusat dilakukan dengan menjalin benang DTT atau steril pada salah satu sisi terlebih dahulu. Selanjutnya, benang tersebut dilingkarkan kembali mengelilingi tali pusat dan dikunci menggunakan simpul mati (*reef knot*) pada sisi yang berlawanan untuk menjamin ikatan tidak terlepas.
7. Setelah fiksasi tali pusat dipastikan aman, klem logam penjepit dilepaskan lalu segera direndam ke dalam wadah berisi larutan klorin 0,5% untuk menjalani proses dekontaminasi awal.
8. Balut segmen funikulus yang telah terfiksasi dengan menggunakan kasa steril secara longgar untuk melindunginya dari kontaminasi mikroorganisme luar.
9. Posisikan neonatus dalam keadaan telungkup di atas dada ibu guna memfasilitasi proses Inisiasi Menyusu Dini (IMD) melalui kontak kulit ke kulit (*skin-to-skin contact*) secara langsung

Nasihat yang diberikan untuk merawat tali pusat kepada Keluarga, yaitu

- a. Perawatan sisa tali pusat diimplementasikan dengan metode pembalutan menggunakan kasa steril tanpa disertai aplikasi zat aditif atau bahan topikal lain pada area puntung umbilikal. Meskipun aplikasi alkohol 70% secara oles masih ditoleransi pada kondisi higiene maternal dan keluarga yang suboptimal, tindakan kompres alkohol sangat dilarang karena berisiko menjaga kelembaban jaringan yang dapat memperlambat proses pelepasan (*puput*) tali pusat.
- b. Posisi popok neonatus sebaiknya dilipat di bagian bawah ikatan tali pusat guna mencegah kelembapan serta menghindari terjadinya iritasi atau kontaminasi urin pada puntung tali pusat.
- d. Jika sisa tali pusat terkena kotoran, segera bersihkan dengan membasuhnya menggunakan air bersih dan sabun, lalu langsung keringkan memakai kain

bersih yang lembut. Tindakan kebersihan ini wajib dilakukan setiap kali bayi selesai buang air besar atau kecil guna menekan risiko terjadinya infeksi asenden pada pusat.

- e. Jika menemukan kondisi tali pusat bayi berwarna merah, bernanah, berdarah, atau berbau, harap segera memeriksakannya ke petugas medis.

D. Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

1. Pengertian IMD

Inisiasi Menyusu Dini (IMD) merupakan proses di mana bayi mulai menyusui secara mandiri segera setelah dilahirkan. Prosedur ini dilakukan dengan menempatkan neonatus langsung di atas perut atau dada ibu selama minimal satu jam, memberi kesempatan bagi bayi untuk merangkak dan mencari puting susu ibu secara alami. Pastikan pemberian ASI dimulai 1 jam setelah bayi lahir. Pascapemotongan tali pusat, implementasi IMD dilaksanakan dengan memotivasi ibu untuk mendekap serta memberikan ASI kepada bayinya. Melalui metode ini, neonatus dapat langsung mengaktualisasikan refleks primitifnya yang meliputi refleks mencari (*rooting*), menghisap (*sucking*), dan menelan (*swallowing*). Proses kontak kulit ke kulit (*skin-to-skin contact*) di atas abdomen ibu idealnya dipertahankan tanpa interupsi minimal selama satu jam. Apabila intervensi ini berjalan optimal tanpa adanya pemisahan antara ibu dan anak, seluruh neonatus secara alamiah akan melewati lima fase perilaku sebelum makan (*pre-feeding behavior*) hingga akhirnya sukses menyusui secara mandiri.

Air Susu Ibu (ASI) merupakan sumber nutrisi utama yang sangat krusial bagi bayi baru lahir. Pemberian ASI secara eksklusif selama enam bulan pertama kehidupan menjadi investasi jangka panjang yang krusial bagi kesehatan dan pertumbuhan anak hingga usia dua tahun. Selama periode ini, bayi sama sekali tidak boleh diberikan asupan makanan atau minuman lain. Manfaat ASI eksklusif ini sangat besar dalam mengoptimalkan tumbuh kembang fisik dan mental anak, di mana kandungan zat seperti DHA dan AA di dalamnya berperan penting dalam membangun jaringan otak yang sehat serta sistem saraf yang kuat. (Sitompul & Simbolon, 2025).

2. Manfaat IMD

Ada beberapa manfaat IMD, Yaitu:

- a. Mengurangi 22% kematian bayi usia 0-28 hari
- b. Meningkatkan keberhasilan menyusui secara eksklusif
3. Menstimulasi sekresi dan ejeksi Air Susu Ibu (ASI)
4. Meningkatkan kekuatan refleks menghisap pada bayi baru lahir. Perlu diketahui bahwa refleks menghisap awal ini berada pada kondisi paling kuat dan responsif dalam rentang beberapa jam pertama setelah bayi dilahirkan.

ASI adalah makanan terbaik dan alamiah untuk bayi. Menyusui merupakan suatu proses alamiah yang berhasil diberikan kepada bayi sebelum berusia 6 bulan. Air Susu Ibu (ASI) substansi makro dan mikronutrien alami yang memiliki komposisi zat gizi paling ideal guna menunjang pemenuhan tumbuh kembang neonatus secara optimal. Anak yang tidak diberi ASI memiliki risiko yang semakin meningkat untuk sakit, dan dapat menghambat pertumbuhan, bahkan meningkatkan risiko kematian atau cacat. Bayi yang disusui akan menerima perlindungan (kekebalan) terhadap berbagai penyakit melalui air susu ibunya. Jika sebagian besar bayi usia 0-6 bulan hanya diberikan ASI, artinya hanya ASI dan tidak ada cairan lain atau makanan lainnya, bahkan tidak juga air, maka diperkirakan paling sedikit 1,2 juta nyawa anak dapat diselamatkan setiap tahunnya (Siregar et al., 2024)

IMD merupakan salah satu cara untuk mengatasi penyebab kematian Bayi. Bayi membutuhkan 30 cc kolostrum dalam waktu 24 jam pertama, dimana kolostrum berfungsi untuk menjaga ketahanan tubuh bayi. Air Susu Ibu (ASI) berperan signifikan dalam mengoptimalkan sistem imun pasif neonatus karena memuat komponen bioaktif anti-infeksi. Kandungan protektif ini memfasilitasi pembentukan pertahanan humoral yang kuat guna melindungi tubuh bayi dari invasi agen patogen eksternal. ASI juga menyediakan nutrisi lengkap yang unik. Komponen tersebut meliputi glukosa, asam lemak tidak jenuh ganda, serta laktalbumin sebagai protein utama yang mudah diserap tubuh. Di samping kelengkapan zat gizi tersebut, penerapan IMD pasca-persalinan memperbesar

probabilitas ibu untuk mempertahankan pemberian ASI eksklusif. (Suryaningsih & Wulan, Retno, 2022).

3. Keuntungan IMD

a. Bayi

- 1) Bayi baru lahir mendapatkan pasokan makanan dengan mutu dan volume yang paling ideal bagi tubuhnya. Keberhasilan IMD memastikan bayi menerima tetesan pertama ASI yang komposisi nutrisinya telah teradaptasi secara alami untuk memenuhi kebutuhan spesifik bayi pada jam-jam pertama kelahiran.
- 2) Mendapat kolostrum segera, disesuaikan dengan kebutuhan bayi.
- 3) Segera memberikan kekebalan positif pada bayi. Kolostrum adalah imunisasi pertama bagi bayi.
- 4) Meningkatkan kecerdasan.
- 5) Membantu bayi mengoordinasikan kemampuan mengisap, menelan dan bernapas.
- 6) Meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dan bayi, atau bonding attachment.
- 7) Mencegah kehilangan panas.

b. Ibu

Keuntungan IMD dan kontak kulit langsung antara ibu dan bayi dapat meningkatkan produksi hormon Prolaktin dan oksitosin, yaitu:

- 1) Oksitosin
 - a) Upaya menstimulasi kontraksi uterus sangat krusial dilakukan guna menurunkan risiko terjadinya perdarahan pasca-persalinan akibat atonia uteri.
 - b) Aktivitas menyusui secara dini berfungsi menstimulasi refleksi ekspulsi sekaligus meningkatkan volume produksi ASI, termasuk kolostrum yang kaya akan zat protektif bagi neonatus.
 - c) Kontak dini pascapersalinan memberikan keuntungan serta membangun hubungan mutualistik yang kuat antara ibu dan bayi, baik dari aspek fisiologis maupun ikatan psikologis (*bonding attachment*).

- d) Pendekatan asuhan ini terbukti mampu meningkatkan ketenangan psikologis ibu, mendukung kelancaran proses kelahiran plasenta, sekaligus meminimalisasi atau mengalihkan rasa nyeri akibat prosedur pasca-persalinan lainnya

2. Prolactin

- a) Meningkatkan produksi ASI
- b) Membantu ibu mengatasi stres terhadap berbagai rasa kurang nyaman.
- c) Memberi efek relaksasi pada ibu setelah bayi selesai menyusui
- d) Menunda ovulasi.

4. Kontraindikasi IMD

- a) Pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) tidak direkomendasikan pada ibu dengan infeksi menular seksual tertentu, termasuk HIV/AIDS, untuk meminimalkan risiko transmisi vertikal dari ibu ke anak selama masa pascalahir apabila syarat klinis proteksi belum terpenuhi.
- b) IMD tidak dapat difasilitasi apabila ibu mengalami komplikasi persalinan yang bersifat patologis akut, salah satunya adalah eklamsia, yang membutuhkan intervensi medis segera.
- c) Bayi dengan gangguan pernafasan atau asfiksia.
- d) Bayi dengan keadaan patologis yang tidak memungkinkan untuk dilakukannya IMD.
- e) Bayi prematur dan bayi berat lahir rendah (BBLR).

E. Pencegahan Perdarahan

Pemberian suntikan vitamin K1 (*phytomenadione*) 1 mg secara intramuskular dilakukan kepada semua bayi baru lahir pasca-proses IMD atau setelah bayi selesai menyusui. Tindakan pencegahan ini sangat krusial untuk meminimalkan insidensi perdarahan neonatal yang dipicu oleh defisiensi vitamin K. Cara penyuntikan vitamin K1 adalah:

- a. Prosedur penyiapan dan pemberian injeksi ini wajib menggunakan spuit *disposable* steril berkapasitas 1 mL guna menjamin akurasi volume dosis serta menjaga sterilitas tindakan. (semprit tuberkulin).

- b. Apabila menggunakan sediaan dengan konsentrasi 10 mg/mL, cairan Vitamin K1 terlebih dahulu diaspirasi ke dalam spuit sebanyak 0,15 mL. Selanjutnya, volume yang diinjeksikan secara intramuskular pada sepertiga tengah paha kiri anterolateral neonatus adalah sebanyak 0,1 mL, yang setara dengan pemenuhan dosis tunggal 1 mg.
- c. Apabila menggunakan sediaan dengan konsentrasi 2 mg/mL, cairan Vitamin K1 terlebih dahulu diaspirasi ke dalam spuit sebanyak 0,75 mL. Selanjutnya, volume yang diinjeksikan secara intramuskular pada area sepertiga tengah paha kiri anterolateral neonatus adalah sebanyak 0,5 mL, yang setara dengan dosis tunggal 1 mg.

K. Pencegahan Infeksi Mata

Profilaksis infeksi mata menggunakan salep Tetrasiklin 1% wajib diberikan pasca-IMD dengan batas waktu maksimal 1 jam setelah bayi lahir agar efektivitasnya tetap optimal. Teknik pengaplikasian antibiotik mata ini dilakukan secara linear pada kelopak bawah mata dari bagian dalam ke luar guna menjamin perlindungan menyeluruh terhadap paparan patogen jalan lahir.

- a. Sebelum melakukan tindakan atau kontak dengan bayi baru lahir, penolong wajib melaksanakan prosedur cuci tangan menggunakan sabun di bawah air mengalir. Tangan kemudian dikeringkan secara sempurna menggunakan handuk bersih atau tisu kering guna memastikan kondisi tangan tetap higienis dan bebas dari kelembaban yang memicu kolonisasi bakteri.
- b. Memberikan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) kepada pihak keluarga mengenai penatalaksanaan medis yang akan diterapkan serta menguraikan secara jelas indikasi klinis dari pemberian medikasi tersebut.
- c. Aplikasikan medikasi mata dilakukan dengan mengoleskan sediaan salep secara linear pada area konjungtiva, yang dimulai dari arah kantung medial (sudut dalam dekat hidung) menuju kantung lateral (sudut luar mata), atau dengan menginstilasikan sediaan tetes mata secara tepat.
- d. Selama prosedur pengaplikasian, aplikator sediaan—baik berupa ujung tabung salep maupun pipet tetes mata—harus dijaga agar tidak terjadi kontak fisik

secara langsung dengan struktur okular bayi guna mengantisipasi transmisi mikroorganisme dan mencegah trauma mekanis.

- e. Edukasi yang persuasif wajib diberikan kepada pihak keluarga agar tidak menyeka atau membersihkan sediaan antibiotik yang telah diaplikasikan pada mata bayi, demi menjamin waktu kontak obat (*contact time*) yang optimal dalam mencegah infeksi.

L. Pemberian Imunisasi Hepatitis B

Pemberian imunisasi Hepatitis B memiliki efektivitas tinggi dalam memutus rantai transmisi virus Hepatitis B pada neonatus, khususnya melalui jalur penularan vertikal dari ibu ke janin (*mother-to-child transmission*). Dosis pertama vaksin ini diadministrasikan secara intramuskular dengan tenggang waktu 1 hingga 2 jam pascapemberian profilaksis Vitamin K1, tepatnya ketika bayi mencapai usia kronologis 2 jam. Bagi neonatus yang dilahirkan di fasilitas pelayanan kesehatan, sangat direkomendasikan untuk menjalani imunisasi BCG guna memitigasi risiko tuberkulosis, serta pemberian *Oral Polio Vaccine* (OPV) sebelum pasien diizinkan pulang. Selanjutnya, dokumentasikan seluruh tindakan ke dalam rekam medis serta berikan edukasi kepada ibu untuk mematuhi jadwal kunjungan ulang imunisasi berikutnya. (Fatriani & Susiatmi, Bdn. Sandi Ari, 2023).

M. Pemberian ASI lanjutan

Produksi ASI sangat dipengaruhi oleh intensitas hisapan bayi. Stimulasi ini mengirim sinyal saraf ke hipofisis anterior untuk memproduksi hormon prolaktin. Semakin sering bayi menyusu, semakin banyak pula ASI yang keluar. Di awal kelahiran, hisapan yang efektif dapat menghasilkan 10–100 ml ASI secara bertahap, lalu melonjak optimal pada hari ke-10 hingga ke-14 dengan rata-rata konsumsi bayi sehat sebesar 700–800 ml per hari. Namun, volume ASI akan menyusut menjadi 400–700 ml setelah lewat 6 bulan, sehingga bayi mulai memerlukan MPASI. Memasuki usia di atas 1 tahun, produksi ASI tinggal 300–500 ml, menandakan makanan padat sudah harus menjadi sumber nutrisi utama.

Pada bayi terdapat tiga refleks yang berhubungan dengan proses menyusu, yaitu:

a. Refleks mencari puting susu (rooting reflex)

BBL akan menoleh ke arah pipi yang disentuh. Bayi akan membuka mulutnya apabila bibirnya disentuh dan berusaha untuk menghisap benda yang disentuhkan tersebut.

b. Refleks menghisap (sucking reflex)

Refleks menghisap pada bayi dipicu oleh adanya rangsangan dari puting susu ibu yang menyentuh bagian langit-langit mulutnya. Saat bayi menghisap, areola dan puting susu akan terkompresi oleh pergerakan gusi, lidah, serta langit-langit bayi. Kompresi ini menekan sinus laktiferus di bawah areola, yang kemudian menstimulasi pancaran ASI dari payudara ibu.

c. Refleks menelan (swallowing reflex)

ASI di dalam mulut bayi akan didorong oleh lidah ke arah faring, sehingga menimbulkan refleks menelan.

N. Pemeriksaan Fisik

Segera setelah lahir, kondisi fisik luar bayi harus diperiksa secara cermat untuk memastikan tidak ada kelainan yang kasat mata. Untuk menilai kemampuan adaptasi bayi di menit ke-1 dan ke-5 setelah lahir, tenaga medis menggunakan metode skor APGAR. Metode ini berfokus pada pengawasan tanda-tanda vital anak, yaitu pola pernapasan, laju denyut jantung, perubahan warna kulit, keaktifan otot, dan refleksnya terhadap stimulasi.

1. Nilai 7-10: Bayi normal

2. Nilai 4-6 Bayi asfiksia sedang

3. Nilai 1-3 Bayi asfiksia berat

Tabel 2.3 APGAR Score

Tanda	0 poin	1 poin	2 poin
Denyut Jantung	Tidak Ada	<100 denyut/menit	>100 denyut/menit
Usaha Nafas	Tidak Ada	Lambat	Baik, menangis
Tonus Otot	Lunak	Beberapa Fleksi	Gerakan Aktif
Refleks iritabilitas	Tidak ada respon	Menyeringi	Menangis Aktif
Warna	Biru Pucat	Badan Merah ekstremitas biru	Merah muda seluruhnya

Sumber: (Fatriani 2023)

Tabel 2.4
Kunjungan Neonatus

Kunjungan	Penatalaksanaan
Kunjungan neonatal I dilakukan pada waktu 6 jam-48 jam	1. Mempertahankan ASI 2. Melakukan pemeriksaan fisik pada bayi 3. Membuat bayi ditempat yang bersih dan nyaman 4. Memberikan imunisasi hb-0 5. Melakukan perawatan tali pusat
Kunjungan neonatal ke II dilakukan pada hari ke 3 sampai hari ke 7	1. Melakukan perawatan tali pusat 2. Menjaga kebersihan bayi 3. Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, berat badan rendah dan masalah pemberian ASI 4. Memantau pemberian ASI sesering mungkin 5. Menjaga kehangatan bayi 6. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif pada bayinya 7. Pemberian konseling menghindari hipotermi.
Kunjungan ke III pada waktu hari ke 8 sampai 28 hari	1. Pemeriksaan fisik bayi 2. Menjaga kebersihan bayi 3. Memberikan ibu tentang tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir 4. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI sesering mungkin 5. Menjaga keamanan bayi 6. Menjaga kehangatan tubuh bayi 7. Memberitahukan ibu untuk melakukan imunisasi BCG pada kunjungan berikutnya.

Sumber: (Sulyastini & Evy Ernawati, 2025)

2.4 Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas

2.4.1 Pengertian Nifas

Masa nifas merupakan periode setelah persalinan yang berlangsung selama enam minggu atau lebih, di mana tubuh ibu mengalami perubahan fisiologis untuk kembali ke kondisi sebelum kehamilan. Masa ini merupakan fase penting dalam perawatan ibu dan bayi, karena melibatkan pemulihan fisik, adaptasi psikologis. Serta peran baru ibu dalam merawat bayi. Selama masa nifas, perhatian medis diperlukan untuk mencegah komplikasi dan memastikan kesejahteraan ibu serta bayi yang baru lahir.

Masa nifas (*puerperium*) merupakan fase pemulihan tubuh ibu yang dimulai segera setelah plasenta lahir hingga organ-organ reproduksi kembali ke kondisi seperti sebelum hamil. Fase transisi ini secara umum berlangsung sekitar 6 hingga 8 minggu. Namun, dalam pemantauan klinis normal, pemulihan berkala sudah dimulai sejak 6 jam pertama hingga 40 hari pascapersalinan. (Mega Ade Nugrahmi et al., 2025).

2.4.2 Perubahan Fisiologis Pada Ibu Nifas

Perubahan fisiologis yang terjadi selama masa nifas meliputi involusi uterus, perubahan hormon, serta adaptasi psikologis ibu terhadap peran baru sebagai orang tua. Involusi uterus terjadi secara bertahap, di mana rahim menyusut kembali ke ukuran sebelum kehamilan dalam waktu beberapa minggu setelah persalinan. Hormon kehamilan seperti progesteron dan estrogen mengalami penurunan, sementara hormon prolaktin meningkat untuk mendukung produksi ASI. Selain perubahan fisik, ibu juga mengalami perubahan psikologis. termasuk perasaan bahagia. Cemas atau bahkan depresi pascapersalinan perlu diperhatikan dan dikelola dengan baik.

1. Tinggi Fundus Uteri Selama Post Partum

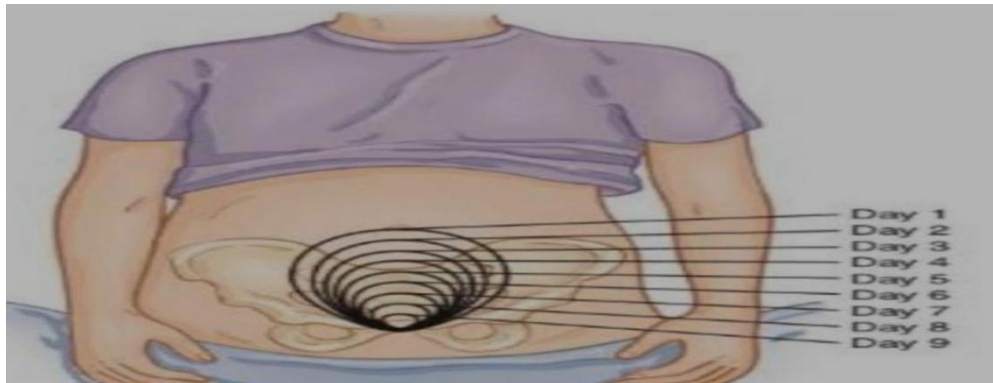
Tabel 2.5

Tinggi fundus Uteri dan Berat Uterus menurut Involusi

No	Involusi	TFU	Berat
1	Bayi Lahir	Setinggi Pusat	1.000 gram
2	1 Minggu	Pertengahan pusat dan symphysis	750 gram
3	2 Minggu	Tidak teraba diatas symphysis	500 gram
4	6 Minggu	Normal	50 gram
5	8 Minggu	Normal Sebelum Hamil	30 gram

Sumber :(Abdullah et al., 2024)

Gambar 2.4
Tinggi Fundus Uteri



Sumber : (Abdullah et al., 2024)

2. Lochea

Lochea yaitu Proses keluarnya cairan atau sekret dari dalam rahim. setelah persalinan selama masa nifas. Pengeluaran lochea dibagi berdasarkan jumlah dan warnanya sebagai berikut:

- a) Lochea rubra: Pada tiga hari pertama setelah melahirkan, rahim akan mengeluarkan cairan berwarna merah segar. Warna pekat ini berasal dari campuran darah segar, sisa jaringan plasenta dan dinding rahim, serta zat bawaan bayi seperti lemak tubuh, rambut halus (lanugo), dan kotoran pertama bayi (mekonium).
- b) Lochea sanguinea: Cairan ini keluar pada hari ke-4 hingga hari ke-7 masa nifas. Karakteristik warnanya adalah merah kecokelatan dan memiliki konsistensi berlendir, yang menandakan fase peralihan dalam pembersihan rahim.
- c) Lochea Serosa: Lochea jenis ini keluar pada hari ke 7 hingga hari ke 14 *postpartum* (pascapersalinan). Cairannya berwarna kuning kecokelatan yang disebabkan oleh adanya kandungan serum, sel darah putih (leukosit), serta sisa jaringan dari laserasi plasenta.
- d) Lochea Alba: Lokia alba memiliki karakteristik warna keputihan karena tersusun atas leukosit, sel desidua, sel epitel, sekresi mukosa serviks, serta sisa-sisa jaringan nekrotik. Cairan nifas stadium akhir ini umumnya keluar setelah hari ke-14 hingga rentang 2 sampai 6 minggu *postpartum*

- e) Lochea purulen: Lochea ini muncul jika terjadi infeksi dan keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
- f) Lochiostasis: Lochea yang pengeluarannya tidak lancar (Andri Tri Kusumaningrum et al., 2023).

3. Masa Kunjungan Nifas

a) KF 1 : Kunjungan Nifas pertama (KF 1) dijadwalkan dalam kurun waktu 6 jam sampai 2 hari setelah melahirkan. Selama fase ini, bidan diharuskan melakukan pemantauan berkala yang meliputi pemeriksaan kontraksi rahim, jumlah dan tipe lochia yang keluar, serta fungsi kandung kemih. Selain itu, pemeriksaan tanda-tanda vital seperti suhu badan dan tekanan darah ibu juga wajib dilakukan.

b) KF 2: Kunjungan ini berlangsung pada hari ke-3 hingga hari ke-7 pascapersalinan. Pada fase ini, bidan berfokus untuk memastikan proses involusi uteri berjalan normal, mengevaluasi pengeluaran lochia agar tidak ada tanda perdarahan abnormal atau bau busuk, memastikan tidak ada gejala demam, serta memvalidasi terpenuhinya kebutuhan nutrisi-cairan ibu beserta kelancaran proses menyusui.

c) KF 3 : Fase ini berlangsung dari hari ke-8 sampai ke-28 setelah melahirkan, kunjungan pada fase ini bertujuan untuk memastikan stabilitas kesehatan ibu dan bayi. Selain itu, bidan juga berfokus memantau kelancaran menyusui serta mengedukasi ibu mengenai perawatan harian bayi dan pilihan keluarga berencana (KB).

d) KF 4 :Fase ini merupakan periode akhir masa nifas yang berlangsung pada hari ke-29 hingga hari ke-42 pascapersalinan. Fokus utama bidan pada kunjungan ini adalah memastikan seluruh organ reproduksi ibu telah kembali ke kondisi normal (involusi sempurna), memantau keberhasilan masa laktasi, serta memberikan konseling komprehensif mengenai perencanaan keluarga berencana (KB).

Pada periode ini bidan tetap melakukan asuhan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling perencanaan KB (Legina Anggraeni et al., 2024).

2.4.3 Fase Adaptasi Psikologis Pada Ibu Nifas

Adaptasi psikologis pada wanita mulai terjadi selama masa kehamilan, menjelang persalinan dan setelah persalinan. Ketika mengalami fase ini, rasa

cemas pada wanita bisa bertambah. Ketika memasuki masa nifas, wanita akan menunjukkan sikap yang dinamis, bersedia menerima masukan, serta memiliki kemauan kuat untuk terus belajar dan berkembang. untuk mulai beradaptasi dengan perubahan peran.

Ada beberapa fase yang akan dialami oleh perempuan atau ibu pada masa nifas, yaitu:

1. Fase Taking In

Periode ketergantungan atau fase *taking in* biasanya berlangsung selama 1-2 hari setelah melahirkan, di mana ibu nifas secara psikologis masih berfokus pada pemulihan dirinya sendiri dan membutuhkan pengakuan serta perhatian penuh. Tantangan psikologis yang sering muncul pada fase ini mencakup rasa kecewa bila proses persalinan tidak sesuai harapan, keluhan fisik akibat adaptasi anatomi baru, serta munculnya rasa bersalah. Kondisi ini dapat diperberat jika suami atau anggota keluarga cenderung menghakimi dan mengkritik pola pengasuhan bayi tanpa memberikan bantuan moral yang adekuat.

2. Fase Taking Hold

Fase *taking hold* berlangsung pada hari ke-3 sampai dengan ke-10 pascasalin. Pada fase ini ditandai dengan timbulnya rasa kekhawatiran akan ketidakmampuan dalam merawat dan bertanggung jawab terhadap bayinya. Timbulnya perasaan sensitif, mudah tersinggung dan marah. Pada tahap ini dibutuhkan dukungan moral dan pendampingan baik dari suami maupun orang terdekat yang dapat menumbuhkan kepercayaan ibu sendiri.

3. Fase Letting Go

Fase *Letting Go* terjadi pada kurun waktu lebih dari 10 hari pascamelahirkan. Pada tahap ini terjadi peningkatan kepercayaan ibu dalam perawatan bayi dan perawatan dirinya. Ibu sudah mulai bisa menyesuaikan dirinya terhadap perubahan pola yang terjadi baik dari dalam dirinya maupun dari lingkungannya. Ibu sudah lebih percaya diri dalam merawat bayinya. Pada fase tersebut, dukungan suami dan keluarga masih diperlukan dalam menjalani setiap proses dalam hidupnya (Bdn. Nurseha et al., 2024).

2.4.4 Tanda Bahaya Pada Ibu Nifas

1. Perdarahan yang merah menyala setiap saat setelah minggu ke-4 pascapersalinan.
2. Kondisi febris pada ibu ditandai dengan peningkatan suhu tubuh melebihi 37,5 °C. Peningkatan suhu ini memerlukan kewaspadaan klinis terhadap potensi infeksi sistemik atau dehidrasi, sehingga pemeriksaan komprehensif harus segera dilakukan untuk mengidentifikasi etiologi utamanya sebelum menentukan intervensi terapeutik selanjutnya.
3. Kegagalan kontraksi uterus (atonia uteri) kerap dipicu oleh faktor multiparitas, peregangan miometrium yang berlebihan, inkompetensi uterus, serta memburuknya keadaan umum (KU) ibu. Rencana asuhan yang diindikasikan berfokus pada stimulasi aktivitas kontraktile uterus melalui masase fundus uteri dan pemberian injeksi oksitosin. Apabila respons uterus tetap tidak adekuat, tindakan Kompresi Bimanual Interna (KBI) dan Kompresi Bimanual Eksterna (KBE) wajib segera diimplementasikan guna menghentikan serta mencegah perdarahan pascapersalinan yang masif.
4. Perdarahan yang banyak setelah 24 jam postpartum. Perdarahan yang banyak pada ibu nifas setelah 24 jam PP bisa disebabkan oleh kontraksi uterus yang tidak baik serta adanya lacerasi jalan lahir. Setelah sumber perdarahan diketahui, segera dilakukan penanganan masalah. Jika perlu, lakukan kolaborasi dengan dokter.
5. Lochea yang berbau tidak enak. Bau yang normal adalah seperti bau menstruasi biasa.
6. Adanya tanda homan. Untuk mendeteksi adanya tanda homan, kaki ibu diluruskan dan telapak kaki ibu ditekuk. Apabila terlihat tanda kemerahan pada tungkai ibu, maka ibu memiliki tanda homan. Langkah pertama yang dianjurkan pada ibu adalah menyuruh ibu melakukan ambulasi atau latihan dan melakukan kolaborasi dengan dokter: 1) Terapi dan asuhan, 2) Pendidikan kesehatan, 3) Konseling, 4) Kolaborasi (bila diperlukan), 5) Rujukan, dan 6) Tindak lanjut (Pitriani et al., 2025).

2.5 Kontrasepsi (KB)

Sebagai salah satu pilar kesehatan reproduksi, program Keluarga Berencana (KB) bertujuan untuk mengatur konsep kelahiran, jumlah anak, dan interval kehamilan secara bijak. Pendekatan ini dilakukan melalui langkah promosi kesehatan, perlindungan hak reproduksi bagi wanita dan pria, serta pemberian bantuan klinis guna membentuk keluarga yang berkualitas. Operasionalisasi program KB tidak hanya memfasilitasi pelayanan medis dan ketersediaan alat kontrasepsi (komoditas), tetapi juga menyentuh aspek edukasi, pembentukan sikap, dan intervensi kebijakan. Regulasi program ini telah diatur secara formal melalui payung hukum dan perundang-undangan kesehatan yang berlaku. Maka, keluarga berencana atau family planning, planned parenthood merupakan suatu upaya untuk menjarangkan kehamilan atau merencanakan jumlah anak dengan menggunakan metode kontrasepsi, baik dengan alat maupun tanpa alat, untuk mewujudkan sebuah keluarga yang bahagia dan sejahtera.

Sebagai upaya strategis meningkatkan kesejahteraan, keluarga berencana menyediakan edukasi tentang persiapan sebelum menikah, mengatasi masalah kesuburan, hingga mematangkan jarak kelahiran. Program ini juga berfungsi sebagai panduan bagi pasangan suami istri agar dapat mencegah kehamilan tidak direncanakan, merealisasikan kelahiran yang diidamkan, dan mengatur tenggat waktu persalinan secara ideal. Program keluarga berencana juga menjadi upaya pemerintah untuk mengendalikan pertumbuhan penduduk di Indonesia. Melalui program KB, pemerintah berupaya mewujudkan pertumbuhan penduduk yang berkualitas disertai peningkatan mutu SDM secara berkelanjutan. Keberhasilan program ini secara simultan akan mendorong terciptanya ketahanan dan kesejahteraan yang lebih baik bagi setiap unit keluarga. (Sofa Fatonah H. S et al., 2023). Ada macam-macam metode pada KB antara lain:

2.5.1 Alat kontrasepsi Implant

KB implan berbentuk batang plastik elastis berukuran kecil seperti korek api yang bekerja dengan cara mengeluarkan hormon progestin (serupa dengan hormon progesteron alami wanita). Alat ini mencegah kehamilan melalui dua cara utama, yaitu menghentikan pelepasan sel telur dari indung telur (ovulasi) dan

mengentalkan lendir leher rahim agar sperma kesulitan menjangkau sel telur. Alat kontrasepsi implan adalah salah satu metode kontrasepsi jangka panjang yang berbentuk batang kecil dan lentur, biasanya seukuran korek api, yang dipasang di bawah kulit lengan atas bagian dalam. Implan mengandung hormon progestin yang akan dilepaskan secara perlahan ke dalam aliran darah. Hormon ini bekerja dengan cara menghambat ovulasi (pelepasan sel telur), mengentalkan lendir serviks sehingga menghalangi pergerakan sperma, serta menipiskan lapisan endometrium sehingga menyulitkan terjadinya kehamilan. Pemasangan implan dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih dengan prosedur sederhana menggunakan anestesi lokal, sehingga relatif tidak menimbulkan rasa nyeri yang berarti, dan biasanya hanya membutuhkan waktu beberapa menit.

Implan memiliki efektivitas yang sangat tinggi, lebih dari 99%, dalam mencegah kehamilan dan dapat digunakan dalam jangka waktu 3 hingga 5 tahun tergantung jenisnya. Metode ini sangat cocok bagi wanita yang menginginkan kontrasepsi praktis tanpa harus mengingat penggunaan harian seperti pil. Selain itu, implan aman digunakan pada ibu menyusui karena tidak memengaruhi produksi ASI. Namun, penggunaan implan juga dapat menimbulkan efek samping seperti perubahan pola menstruasi (haid tidak teratur, lebih sedikit, atau bahkan tidak haid), sakit kepala, peningkatan atau penurunan berat badan, serta nyeri ringan di area pemasangan. Meskipun demikian, efek samping tersebut umumnya tidak berbahaya dan dapat berkurang seiring waktu.

Sebelum pemasangan implan, ibu perlu menjalani konseling dan pemeriksaan kesehatan untuk memastikan tidak ada kontraindikasi, seperti kehamilan, gangguan hati berat, atau perdarahan vagina yang belum diketahui penyebabnya. Implan dapat dilepas kapan saja jika ibu ingin merencanakan kehamilan kembali, dan kesuburan biasanya akan kembali dengan cepat setelah pelepasan. Dengan berbagai kelebihan tersebut, implan menjadi salah satu pilihan kontrasepsi modern yang efektif, aman, dan praktis dalam mendukung program keluarga berencana (Brahmana, 2025).