

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kehamilan

Kehamilan adalah suatu proses biologis yang terjadi ketika sel telur yang telah dibuahi oleh sperma berkembang di dalam rahim hingga mencapai tahap kelahiran. Proses ini berlangsung selama kurang lebih 40 minggu dan terbagi ke dalam tiga trimester, masing-masing dengan perubahan fisiologis dan perkembangan janin yang signifikan. Kehamilan merupakan periode penting dalam kehidupan seorang perempuan, di mana berbagai perubahan terjadi pada tubuh untuk mendukung pertumbuhan janin serta mempersiapkan tubuh untuk persalinan (Duka dkk, 2025). Fase awal dari suatu siklus biologis yang unik diawali melalui peristiwa penyatuan antara ovum dan spermatozoa, di mana proses tersebut dikelilingi oleh rangkaian tahapan berkesinambungan. Urutan biologis yang menyertai meliputi gametogenesis (pembentukan sel kelamin), pelepasan ovum dari ovarium melalui ovulasi, fertilisasi atau peleburan gamet, hingga akhirnya terjadi nidasi atau implantasi embrio pada dinding uterus. Keberhasilan rangkaian kejadian secara keseluruhan merupakan prasyarat mutlak agar lintasan perkembangan embrio serta janin dapat terinisiasi dengan baik (Oktavia dkk., 2024).

1. Perubahan Fisiologis dan Psikologis pada Ibu Hamil

a. Perubahan Fisiologis Kehamilan

Menurut Rismalinda tahun 2021, Kehadiran janin di dalam rahim menuntut adanya modifikasi menyeluruh pada sistem genitalia wanita demi menjamin kecukupan suplai dan ruang tumbuh selama gestasi. Dinamika tersebut didorong oleh aktivitas plasenta yang memproduksi hormon somatomamotropin, estrogen, dan progesteron, di mana ketiganya memicu pergeseran fungsi serta struktur pada berbagai bagian anatomi tubuh yang diuraikan di bawah ini:

- 1) Sistem reproduksi

a) Uterus

Pertumbuhan dan perkembangan organ reproduksi maternal ditandai dengan lonjakan massa uterus dari berat awal 30 gram hingga mencapai 1000 gram pada usia kehamilan aterm (40 minggu), yang dipicu oleh kombinasi faktor perkembangan janin, pertumbuhan desidua, hipertrofi miometrium, serta vasodilatasi dan peningkatan vaskularisasi pembuluh darah. Memasuki trimester ketiga (usia kehamilan melampaui 28 minggu), struktur dinding rahim mengalami penipisan serta pelunakan, yang memungkinkan aktivitas pergerakan janin dapat diamati dan kontur tubuhnya dapat di palpasi untuk mengidentifikasi letak serta estimasi ukurannya, di mana bagian korpus uteri akan berdiferensiasi menjadi Segmen Bawah Rahim (SBR). Selanjutnya, efek kombinasi dari optimalisasi kontraksi miometrium, penyesuaian posisi bagian bawah rahim, dan pelunakan jaringan dasar panggul memfasilitasi terjadinya penurunan bagian terbawah janin menuju rongga panggul saat usia kehamilan menginjak 36 minggu (Oktavia dkk, 2024).

Tabel 2.1

Nilai Normal TFU sesuai Usia Kehamilan

Usia Kehamilan	TFU	TFU Leopold
12 Minggu	-	1-2 jari diatas simfisis
18 Minggu	-	Pertengahan simfisis - pusat
20 Minggu	20 minggu (+ 2 cm)	2-3 jari dibawahpusat
22 - 27 Minggu	Usia Kehamilan dalamminggu = cm (+ 2 cm)	Setinggi pusat
28 Minggu	28 cm	Pertengahan pusat- Processus Xiphoideus
29 - 35 Minggu	Usia Kehamilan dalamminggu = cm (+ 2 cm)	3 jari dibawah Processus Xiphoideus
36 - 40 Minggu	36 cm (+2 cm)	Pada Processus Xiphoideus atau pertengahan pusat - Processus Xiphoideus

Sumber : Buku Antenatal Care Dalam Praktik kebidanan 2025

Rumus TBBJ menurut Johnson-Toshack

TBJ (Tafsiran Berat Janin) = (Tinggi fundus uteri (cm) – N) x 155 g

Keterangan :

N = 13 Bila Kepala Belum Melewati PAP

N = 12 Bila kepala Masih Berada diatas Spina Ichiadika

N = 11 Bila Kepala Masih dibawah Spina Ichiadika

Tabel 2.2
Tafsiran Berat Badan Janin Menurut Usia Kehamilan

TFU (cm)	Kepala Belum masuk PAP (gr)	Kepala Berada di Atas Spina Ichiadika (gr)	Kepala masih berada di Spina Ichiadika (gr)
22	1.395	1.550	1.705
23	1.550	1.705	1.860
24	1.705	1.860	2.015
25	1.860	2.015	2.170
26	2.015	2.170	2.325
27	2.170	2.325	2.480
28	2.325	2.480	2.635
29	2.480	2.635	2.790
30	2.635	2.790	2.945
31	2.790	2.945	3.100
32	2.945	3.100	3.255
33	3.100	3.255	3.410
34	3.255	3.410	3.565
35	3.410	3.565	3.720
36	3.565	3.720	3.875
37	3.720	3.875	4.030
38	3.875	4.030	4.185
39	4.030	4.185	4.340
40	4.185	4.340	4.495

b) Serviks

Salah satu penanda penting adaptasi organ reproduksi saat hamil adalah melembutnya struktur leher rahim akibat peningkatan aliran pembuluh darah, pembentukan edema, serta hiperplasia seluler pada serviks. Dinamika anatomi ini memuncak pada akhir gestasi, yang ditandai dengan tekstur serviks yang sangat lunak serta pemendekan portio (pendataran >50%), sehingga memungkinkan penjarian atau reposisi kanalis servikalis dengan memasukkan satu jari secara efisien.

c) Vagina

Sebagai langkah adaptatif menjelang proses persalinan, struktur dinding vagina mengalami serangkaian transformasi anatomi guna

mendukung elastisitas dan kapasitas distensi jaringan. Penyesuaian ini terjadi melalui kombinasi hipertrofi serabut otot polos, peningkatan ketebalan lapisan mukosa, serta pelonggaran jaringan ikat penopang, yang secara kolektif berdampak pada elongasi (pemanjangan) dinding vagina. Secara mikroskopis, perubahan tersebut juga ditandai oleh hipertrofi papila mukosa yang memperlihatkan gambaran karakteristik menyerupai paku sepatu (cobblestone/shoe nail appearance).

Lonjakan volume cairan vagina turut menyertai masa kehamilan, ditandai dengan perubahan sekret yang bertekstur lebih kental, berwarna keputihan, serta memiliki tingkat keasaman (pH) berkisar antara 3,5 hingga 6,0. Kondisi mikromilieu ini merupakan manifestasi dari stimulasi aktivitas bakteri *Lactobacillus acidophilus* terhadap epitel vagina, yang kemudian memicu peningkatan sintesis asam laktat dari glikogen.

2) Payudara

Pengaruh hormon progesteron di akhir masa kehamilan tidak hanya menjadikan puting susu lebih proeminan dan elastis sehingga kolostrum dapat menetes, tetapi juga disertai dengan perbesaran ukuran serta penggelapan warna areola pada periode bulan yang sama. Pembentukan ASI matur belum terjadi pada tahap ini akibat mekanisme supresi prolaktin oleh prolactin-inhibiting hormone. Namun, terhentinya blokade inhibisi progesteron terhadap laktalbumin seiring penurunan kadar estrogen dan progesteron pascapersalinan memungkinkan prolaktin merangsang sintesis laktoza, yang pada akhirnya mengawali produksi air susu ibu secara masif.

3) Sistem pencernaan

a) Mulut dan Gusi

Perubahan fisiologis pada sistem pencernaan maternal dipengaruhi secara signifikan oleh dinamika hormonal selama kehamilan. Pada rongga mulut dan gusi, lonjakan kadar estrogen dan progesteron memicu peningkatan perfusi darah serta hipervaskularisasi pada kapiler gusi, yang berujung pada timbulnya edema.

b) Lambung

Fluktuasi serta lonjakan hormon hCG dan estrogen memicu reaksi mual-muntah, meningkatnya kadar asam lambung, dan perubahan pola peristaltik. Kondisi ini secara klinis bermanifestasi pada timbulnya sensasi mengidam (keinginan makan terus-menerus), kembung, serta konstipasi.

c) Usus Halus dan Usus Besar

Melemahnya tonus otot pada traktus intestinal (usus halus dan usus besar) berdampak pada penurunan motilitas cerna, sehingga durasi transit makanan menjadi lebih panjang. Hal ini memberikan dampak positif berupa efisiensi reabsorpsi nutrisi, namun meningkatkan risiko timbulnya obstipasi pada ibu hamil.

4) Sistem perkemihan

a) Ginjal

Pada Trimester III Biasanya terjadi *hidronefrosis* terjadi pada 80-90% wanita. Mungkin disebabkan oleh respons ginjal oleh progesteron dan peningkatan tekanan intraureter superior terhadap tepi pelviks. *Hidronefrosis* lebih sering terjadi pada ginjal kanan, dan kemungkinan besar disebabkan oleh peningkatan distensi urethra kanan.

b) Vesika Urinaria

Pada Trimester III Permukaan mukosa menjadi hiperemia dan edema sehingga terjadi peningkatan resiko trauma pada persalinan. Selanjutnya, jika pada kandung kemih penuh maka akan disalurkan ke urethra.

c) Uretra

Uretra akan lebih memanjang terutama pada Trimester III, uretra akan lebih memanjang karena Vesika Urinaria tertarik ke atas ke arah abdomen dan dapat bertambah panjang beberapa centimeter.

Pola normal berkemih pada wanita tidak hamil, pada siang hari, berkebalikan dengan pola pada wanita hamil. Tekanan yang diberikan oleh uterus terhadap pembuluh darah panggul serta vena kava inferior selama fase siang hari memicu penumpukan cairan tubuh berupa air dan natrium pada ibu hamil, sehingga bermanifestasi sebagai edema dependen. Sebaliknya, eliminasi muatan cairan tersebut baru akan dioptimalkan oleh organ ginjal pada malam hari ketika posisi tubuh berubah menjadi horizontal atau berbaring.

5) Sistem integumen

Perubahan pada kulit maternal ditandai dengan deposit pigmen dan hiperglikemia/hiperpigmentasi yang berakar dari stimulasi kelenjar suprarenalis dan Melanophore Stimulating Hormone asal lobus anterior hipofisis. Dampak fisiologis ini dapat diamati langsung melalui pembentukan chloasma gravidarum, munculnya linea nigra, hiperpigmentasi pada areola dan papilla mammae, hingga timbulnya striae gravidarum livide atau alba. Eksaserbasi warna pada area-area kulit tersebut bersifat sementara dan akan resolusi (menghilang) secara alamiah pascamelahirkan.

6) Sistem pernapasan

Meningkatnya kebutuhan O_2 serta adanya tekanan fisiologis pada diafragma akibat pembesaran rahim saat usia kehamilan menginjak 32 minggu menuntut terjadinya penyesuaian pada sistem pernapasan ibu hamil. Dampak dari desakan uterus dan kebutuhan metabolik oksigen yang lebih tinggi ini diimbangi oleh tubuh melalui respon kompensatoris, di mana ventilasi atau kedalaman napas maternal akan bertambah sekitar 20 sampai 25% dari kapasitas biasanya.

7) Metabolisme

Laju metabolisme basal (Basal Metabolic Rate) mengalami peningkatan sebesar 15% hingga 20% dari kondisi sebelum hamil, dengan puncak kenaikan terutama terjadi pada trimester ketiga. Implikasi dari hemodilusi darah dan tingginya transfer mineral menuju janin menyebabkan pergeseran

keseimbangan asam-basa melalui penurunan kadar total elektrolit dari 155 mEq per liter menjadi 145 mEq per liter. Guna mendukung perkembangan organ gestasional, diferensiasi dan pertumbuhan janin, serta persiapan laktasi, kebutuhan protein maternal meningkat signifikan sehingga diperlukan asupan tambahan sekitar 0,5 gram/kgBB atau setara sebutir telur ayam setiap hari, di samping pemenuhan kecukupan kalori dari karbohidrat, lemak, dan protein, serta pemenuhan kebutuhan zat mineral yang krusial bagi kesehatan ibu hamil :

- a) Penyediaan kalsium harian mutlak diperlukan dengan rerata takaran 1,5 gram, di mana konsentrasi kebutuhan tersebut melonjak secara signifikan menjadi 30–40 gram setiap harinya.
- b) Fosfor dibutuhkan rata-rata 2 g/hari.
- c) Kebutuhan substansial mineral besi selama masa gestasi mengalami eskalasi dengan estimasi total tambahan sekitar 800 mg, atau setara dengan asupan harian berkisar antara 30 hingga 50 mg. Lonjakan kebutuhan unsur ferrum (Fe) ini dipicu secara langsung oleh ekspansi volume darah maternal yang terjadi selama proses kehamilan.
- d) Di sisi lain, perempuan yang sedang mengandung juga menunjukkan kecenderungan fisiologis untuk mengalami retensi cairan tubuh.

Sepanjang fase kehamilan, tubuh perempuan secara alamiah akan memproyeksikan penambahan bobot total dalam interval 6,5–16,5 kg. Deteksi terhadap peningkatan berat badan yang masif mutlak diperlukan, sebab kondisi ini merupakan temuan klinis yang lazim menyertai komplikasi penyulit kehamilan seperti preeklamsia dan eklamsia. Distribusi peningkatan massa tubuh ini secara spesifik dialokasikan pada dua elemen dasar, antara lain:

- 1) janin, organ plasenta (uri), volume cairan amnion (air ketuban), serta pembesaran jaringan uterus
- 2) ayudara, lonjakan volume darah, akumulasi cadangan protein dan lemak, serta kecenderungan tubuh menahan air (retensi cairan).

2. Psikologis Selama Kehamilan Trimester III

Menurut Sari, 2024 bentuk – bentuk perubahan yang terjadi selama masa kehamilan yang sering dialami ibu pada trimester III yaitu

a. Perubahan Emosional

Pada Trimester III terutama pada bulan – bulan akhir kehamilan biasanya gembira bercampur dengan takut karena kehamilan telah mendekati persalinan. Kekhawatiran ibu hamil biasanya seperti apa yang akan terjadi pada saat persalinan, apakah bayi lahir sehat, dan tugas – tugas apa yang dilakukan setelah kelahiran. Sebaiknya perasaan seperti ini dibicarakan dengan suaminya.

b. Cenderung Malas

Ini merupakan pengaruh perubahan hormon yang sedang dialaminya. perubahan hormonal akan memengaruhi Gerakan tubuh ibum seperti gerakannya yang semakin lamban dan cepat merasa lelah. Keadaan ini membuat ibu hamil cenderung malas.

c. Sensitif

Awal penyebab Wanita hamil menjadi lebih sensitive juga merupakan faktor hormone. Reaksi Wanita menjadi lebih peka, mudah tersinggung, dan mudah marah. Apapun yang dilakukan di depan ibu hamil akan dianggap kurang menyenangkan. Perasaan tertekan akan berdampak buruk pada perkembangan ibu dan bayi.

d. Mudah Cemburu

Fluktuasi emosional pada masa kehamilan kerap bermanifestasi dalam bentuk peningkatan kecemburuan irasional terhadap pasangan, yang sering kali dipicu oleh insiden minor seperti keterlambatan kepulangan suami dari tempat kerja. Secara psikologis dan fisiologis, eskalasi kecurigaan ini berakar pada dinamika perubahan hormonal yang bersinggungan langsung dengan penurunan rasa percaya diri ibu akibat transformasi fisiknya. Kondisi tersebut memicu krisis kepercayaan yang terproyeksi melalui ketakutan akan perselingkuhan maupun kecemasan ditinggalkan oleh pasangan. Sebagai langkah mitigasi, figur suami dituntut untuk menunjukkan pemahaman komprehensif terhadap kerentanan

psikologis ini, yang secara praktis dapat diwujudkan melalui pendekatan komunikasi yang lebih transparan dan suportif.

e. Minta perhatian lebih

Munculnya sikap ketergantungan yang tinggi dan keinginan untuk senantiasa diperhatikan merupakan salah satu karakteristik psikologis yang lazim dijumpai pada ibu hamil. Validasi afektif dan perhatian sederhana yang dihadirkan oleh suami terbukti efektif merangsang rasa tenteram secara batiniah, sehingga menciptakan lingkungan internal yang kondusif bagi proses tumbuh kembang janin secara biologis.

f. Perasaan Ambivalen

Ketakutan psikologis yang muncul umumnya dipicu oleh adaptasi terhadap perubahan fisik masa hamil, beban moril atas tanggung jawab pengasuhan, skeptisisme terhadap kesiapan diri sendiri dalam mendidik anak, serta kekhawatiran terkait dukungan sosial dan penerimaan dari lingkungan keluarga serta masyarakat.

3. Pelayanan Asuhan Standar Kehamilan

Pemberian asuhan kesehatan bagi ibu hamil dilaksanakan oleh tenaga medis di fasilitas pelayanan kesehatan dan dikelompokkan secara berkala mengikuti fase gestasi (trimester awal, pertengahan, dan akhir). Implementasi pelayanan maternal tersebut harus memenuhi standar komandemen sebagai berikut.

- a. Pengukuran antropometri yang mencakup berat badan dan tinggi badan ibu.
- b. Pemantauan nilai tekanan darah secara berkala.
- c. Pengukuran dimensi lingkar lengan atas (LILA).
- d. Penentuan Tinggi Fundus Uteri (TFU) guna menilai pertumbuhan janin.

Terdapat perbedaan TFU dengan usia kehamilan merupakan hal yang lumrah terjadi pada ibu hamil. Berdasarkan Hasil dari pemeriksaan alvina dkk tahun 2025 kondisi pasien, Ny "S" ditemukan masalah menurut dari perhitungan TFU tidak sesuai dengan usia kehamilan yaitu TFU lebih kecil dari usia kehamilan pada kunjungan ANC pertama UK 32 minggu dengan hasil TFU 27 cm dan ANC kunjungan kedua UK 37 minggu dengan hasil

TFU 28 cm. Menurut penulis terjadi ketidaksesuaian antara TFU Ny "S" dengan usia kehamilannya, ketidaksesuaian hasil pemeriksaan TFU dengan usia kehamilan bisa dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti ketidaksesuaian hasil Leopold dan hasil USG, janin kecil, janin sudah turun ke PAP, cairan ketuban sedikit, atau posisi janin melintang. Dalam kasus ini penyebabnya adalah janin kecil.

- e. Menentukan bagian bawah (presentasi) janin dan menghitung frekuensi Denyut Jantung Janin (DJJ).
- f. Melakukan penapisan status kekebalan tetanus (TT) yang dilanjutkan dengan pemberian imunisasi Tetanus Difteri (Td) sesuai kebutuhan klinis.
- g. Memastikan penerimaan terapi profilaksis anemia berupa Tablet Tambah Darah sekurang-kurangnya 90 tablet selama kehamilan.
- h. Menyelenggarakan pemeriksaan penunjang laboratorium, di mana tes standar meliputi verifikasi kehamilan, hemoglobin, golongan darah, skrining triple elimination (Sifilis, Hepatitis B, HIV), serta pemeriksaan malaria untuk kawasan endemis. Adapun tes lanjutan disesuaikan dengan indikasi spesifik pasien, seperti glukosa dan protein urin, glukosa darah sewaktu, analisis kuman BTA/sputum, penyakit kusta, evaluasi feses terkait helminthiasis, penapisan darah lengkap untuk thalasemia, serta skrining klinis pendukung lainnya.
- i. Penatalaksanaan dan intervensi kasus yang diselenggarakan sesuai dengan batas kewenangan profesi.
- j. Pemberian layanan temu wicara atau konseling komprehensif. Dalam proses komunikasi edukatif tersebut, informasi minimal yang wajib ditransmisikan kepada klien mencakup penjelasan hasil analisis pemeriksaan, panduan perawatan yang disesuaikan dengan kelompok usia ibu serta usia kehamilan, kecukupan nutrisi maternal, dan pemantauan kesiapan mental. Selain itu, konseling difokuskan pada kemampuan mengidentifikasi tanda bahaya pada periode kehamilan, persalinan, dan nifas, perencanaan persalinan yang aman, penentuan metode kontrasepsi pascapersalinan, panduan perawatan neonatus, serta pendorongan praktik Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI eksklusif.

Asuhan antenatal bagi ibu hamil disyaratkan memenuhi standar frekuensi minimal enam kali kunjungan pemeriksaan, yang mengintegrasikan dua kali pemeriksaan ultrasonografi (USG) oleh dokter. Distribusi periode pemeriksaan klinis ini terbagi atas minimal satu kali pada trimester pertama (rentang usia gestasi 0–12 minggu), dua kali pada trimester kedua (usia kehamilan >12 hingga 24 minggu), serta tiga kali pada trimester ketiga (usia kehamilan >24 minggu hingga persalinan). Evaluasi medis oleh dokter wajib dilakukan sekurang-kurangnya dua kali, yakni pada penapisan awal di trimester I (kunjungan pertama) serta pada kunjungan kelima di trimester III. Skema penjadwalan ini dirancang secara sistematis guna memastikan efektivitas penapisan dini faktor risiko, tindakan preventif, serta tatalaksana awal atas potensi komplikasi maternal maupun fetal.

Tabel 2.3
Penambahan berat badan berdasarkan IMT

Kategori	IMT	Rekomendasi (kg)
Rendah	< 18,5	12,5 – 18
Normal	18,5 – 24,9	11,5 – 16
Tinggi	25 – 29,9	7 – 11,5
Obesitas	> 29	5-9

Sumber : Buku KIA, 2025

Tabel 2.4
Jadwal imunisasi TT

Antigen	Interval	Lama perlindungan
TT 1	K-1 Antenatal pertama	-
TT 2	4 Minggu setelah TT 1	3 Tahun
TT 3	6 Bulan setelah TT 2	5 Tahun
TT 4	1 Tahun setelah TT 3	10 Tahun
TT 5	1 Tahun setelah TT 4	Lebih dari 25 Tahun

Sumber : Buku KIA Kemenkes, 2025

Perawatan payudara merupakan hal penting yang harus diperhatikan dalam kehamilan. Memasuki usia gestasi 6 bulan, ibu hamil dianjurkan untuk menerapkan teknik pijat tekan dalam rangkaian perawatan payudara dengan intensitas dua kali sehari sebelum mandi. Mengenai tahapan serta teknik pelaksanaan perawatan

payudara ini, Puspitasari (2022) menjelaskan bahwa langkah-langkahnya terdiri dari:

- 1) Minimasi risiko rasa sakit dan iritasi dilakukan dengan mengusap puting menggunakan air hangat sewaktu mandi, serta menghindari pemakaian sabun yang berpotensi memicu dehidrasi jaringan kulit.
- 2) Bagi ibu berspesifikasi puting menonjol yang bebas dari riwayat abortus, perawatan efektif dimulai sejak usia kehamilan 6 bulan ke atas.
- 3) Bagi ibu dengan puting menonjol namun memiliki riwayat abortus, tindakan baru aman diterapkan ketika gestasi mencapai usia di atas 8 bulan.
- 4) Bagi ibu dengan kondisi puting mendatar atau menceruk ke dalam, intervensi dini diperlukan sejak gestasi 3 bulan; pengecualian berlaku apabila ada riwayat abortus, di mana tindakan baru diizinkan setelah usia kehamilan 6 bulan. Tata cara tatalaksana koreksi bentuk puting mendatar atau menceruk meliputi :
 - a) Lubrikasi permukaan puting menggunakan minyak atau baby oil.
 - b) Posisi awal berupa penempatan kedua ibu jari pada batas atas dan bawah puting.
 - c) Peregangan region areola melalui dorongan kedua ibu jari secara vertikal ke luar (atas-bawah) sebanyak ± 20 pengulangan.
 - d) Reposisi kedua ibu jari di bidang horizontal (sisi kiri dan kanan puting).
 - e) Peregangan jaringan areola secara horisontal dengan menggerakkan kedua ibu jari ke arah luar (kiri-kanan) sekitar 20 kali ulangan.

4. Pentingnya Pemeriksaan Triple Eiminasi Pada Ibu Hamil

Potensi penularan Human Immunodeficiency Virus (HIV), hepatitis B, dan sifilis dari ibu hamil positif kepada neonatus yang dikandungnya memegang proporsi mayoritas hingga 90% dari total kasus transmisi ibu ke anak (Afriana et al., 2022; Fatiah, 2024). Oleh sebab itu, mitigasi preventif melalui program Prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT) atau PPIA dirancang tidak parsial, melainkan menggabungkan penapisan HIV dengan deteksi dini infeksi sifilis dan hepatitis B. Pengintegrasian PMTCT ke dalam sistem pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) mewajibkan terselenggaranya pemeriksaan

laboratorium menyeluruh (HIV, sifilis, dan hepatitis B) bagi setiap ibu hamil pada titik temu pertama mereka di fasilitas kesehatan (NIH's Office, 2023 dalam Fatiah, 2024).

Upaya penanggulangan transmisi maternal terhadap tiga patogen utama yakni HIV (Human Immunodeficiency Virus), sifilis, dan hepatitis B direalisasikan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melalui program intervensi yang dikenal sebagai Triple Eliminasi. Kerangka regulasi yang menaungi kebijakan tersebut tertuang secara spesifik dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2017 tentang eliminasi penularan vertikal HIV, sifilis, dan hepatitis B dari ibu kepada anak (Chasanah et al., 2021; Anes et al., 2023).

Penularan virus Hepatitis B secara umum terjadi secara vertikal (dari ibu yang positif menderita Hepatitis B kepada bayinya) dan horizontal (dari individu yang positif menderita Hepatitis B kepada individu lainnya). Wilayah endemik seperti Indonesia mencatatkan pola penularan Hepatitis B yang mayoritas bersifat vertikal pada masa perinatal, di mana 95% bayi yang terpapar pada rentang waktu tersebut berpotensi besar mengidap infeksi Hepatitis B kronis. Berbagai strategi preventif telah dirumuskan untuk memutus rantai penularan ini, salah satunya melalui penapisan Deteksi Dini Hepatitis B (DDHB) pada ibu hamil via tes cepat penanda Hepatitis B Surface Antigen (HBsAg). Parameter HBsAg merupakan komponen permukaan virus yang menjadi bukti klinis adanya invasi infeksi Hepatitis B. Tujuan utama DDHB adalah menjaring ibu hamil yang reaktif HBsAg sedini mungkin, agar bayi yang dilahirkan dapat segera memperoleh rangkaian pencegahan pascapersalinan yang meliputi suntikan vitamin K1, imunisasi vaksin Hepatitis B (HB0), serta proteksi instan berupa Hepatitis B Immunoglobulin (HBIG) dalam kurun waktu kurang dari 24 jam. Pemberian HBIG ini sangat esensial karena menyediakan antibodi spesifik untuk perlindungan langsung terhadap neonatus (Kemenkes RI, 2023).

Penanggulangan HIV dan AIDS pada anak di Indonesia telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2022 tentang Penanggulangan HIV, AIDS, dan Infeksi Menular Seksual. Namun, masih adanya tantangan pengobatan seperti pengobatan pertama bagi anak dengan HIV yang saat ini hanya tersedia di

unit pediatrik di Rumah Sakit dan regimen ART yang tidak ramah anak menyebabkan kurang optimalnya pengobatan HIV sehingga terjadi perkembangan infeksi HIV menjadi AIDS. Dalam rangka mencapai tujuan nasional dan global triple elimination (eliminasi HIV, hepatitis B, dan sifilis) pada bayi, penularan HIV dari ibu ke anak diharapkan akan terus menurun di tahun selanjutnya (Kemenkes, RI, 2023).

B. Persalinan

1. Definisi Persalinan

Persalinan adalah mekanisme keluarnya janin yang kemudian menjadi bayi, serta plasenta dan membran plasma dari jalan lahir dengan melalui proses yang disebut pembukaan dan dilatasi serviks. Pembukaan dan dilatasi serviks ini diakibatkan oleh kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi dan kekuatan yang teratur sebagaimana mestinya. Kontraksi ini dimulai dari skala nyeri yang kecil, kemudian terus meningkat hingga sampai puncaknya yaitu pembukaan serviks 10 cm (lengkap) sehingga bayi, plasenta dan membran plasma siap untuk dikeluarkan melalui jalan lahir.

2. Tanda - Tanda Persalinan

Sebagaimana dipaparkan oleh Walyani dan Purwoastuti (2021), keberadaan indikasi mulainya persalinan pada ibu hamil dapat diidentifikasi melalui indikator-indikator berikut:

a. Adanya Kontraksi Rahim

Tanda awal proses kelahiran ditandai oleh adanya kontraksi uterus involuntary yang berirama dan teratur, yang berperan penting dalam pembukaan leher rahim serta peninggian sirkulasi darah plasenta.

Karakteristik kontraksi yang sesungguhnya ditandai oleh peningkatan amplitudo dan durasi yang bervariasi mengikuti tahap persalinan. Pada persalinan fase awal, durasi his mungkin hanya berkisar 15–20 detik, namun pada fase aktif durasinya dapat memanjang hingga 45–90 detik (rata-rata 60 detik). Perhitungan frekuensi dilakukan dengan mengukur jarak waktu antara awal munculnya satu gelombang kontraksi ke awal gelombang kontraksi

berikutnya, yang mana manifestasi ini umumnya disertai eksaserbasi rasa nyeri saat mendekati waktu persalinan.

Secara praktis, waktu dan durasi kontraksi perlu dicatat secara cermat. Apabila sensasi mulas masih bersifat sporadis atau belum konstan, ibu dianjurkan mengumpulkan energi melalui istirahat di rumah. Begitu interval kontraksi menjadi konsisten setiap 5 menit atau bila timbul rasa sakit yang tidak tertahankan, rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan harus segera dilakukan.

b. Keluarnya lendir bercampur darah

Pada masa awal kehamilan, peningkatan aktivitas proliferasi pada kelenjar lendir serviks menghasilkan sekresi mukus tebal yang bertindak sebagai penyumbat muara rahim. Terlepasnya sumbat mukus ini dipicu oleh dorongan kontraksi uterus yang secara simultan melunakkan serta membuka mulut rahim. Proses mekanis tersebut berujung pada keluarnya sekresi lendir berwarna kemerahan akibat presipitasi darah, di mana ekskresi ini diidentifikasi dalam konteks kebidanan sebagai bloody slim yang menandai dimulainya fase pembukaan persalinan.

Kondisi bloody slim atau lendir bercampur darah umumnya tampak sebagai sekret lengket berdarah yang harus dibedakan secara teliti dari manifestasi perdarahan aktif murni. Ketika mendapati keluarnya rabas lendir tersebut, ibu hamil sering kali mengasumsikannya sebagai tanda-tanda awal persalinan. Bercak darah ini biasanya muncul beberapa hari menjelang proses kelahiran, sehingga tidak perlu memicu kepanikan atau ketergesaan untuk langsung mendatangi fasilitas kesehatan; sebaliknya, ibu dianjurkan untuk menunggu hingga timbul keluhan nyeri pada area perut atau punggung yang disertai pola kontraksi uterus secara teratur. Namun, apabila yang keluar adalah volume perdarahan masif menyerupai menstruasi, maka tindakan evakuasi segera ke rumah sakit mutlak harus dilakukan (Walyani & Purwoastuti, 2021).

c. Keluarnya air ketuban

Sebagai salah satu indikator utama kemajuan persalinan, pecahnya selaput ketuban mengakhiri masa proteksi cairan amnion terhadap janin yang telah

berlangsung selama sembilan bulan masa gestasi. Peningkatan intensitas dan frekuensi kontraksi uterus secara gradual memicu pembukaan selaput hingga cairan amniotik keluar dalam jumlah yang cukup banyak. Waktu terjadinya ruptur ini bersifat bervariasi hingga persalinan tiba, dengan pola pengeluaran cairan yang berkisar dari tetesan ringan hingga aliran yang deras. Meskipun peristiwa ini tidak disertai rasa sakit, penggunaan pembalut yang bersih sangat dianjurkan untuk menampung aliran cairan, di mana kelancaran alirannya dipengaruhi oleh tingkat penetrasi janin ke dalam pelvis serta ukuran robekan pada selaput ketuban.

d. Pembukaan serviks

Penipisan dan pembukaan leher rahim merupakan dua tahapan sequential yang dipicu oleh aktivitas mekanis uterus, di mana fase penipisan mendahului terjadinya dilatasi serviks yang cepat. Mengingat respons pembukaan serviks terhadap kontraksi ini bersifat asimtomatik (tidak dirasakan langsung oleh ibu hamil), konfirmasi klinis memerlukan pemeriksaan dalam oleh petugas kesehatan untuk mengukur parameter pematangan, penipisan, dan dilatasi. Tingkat pematangan serviks sendiri berkembang dalam rentang waktu yang beragam menjelang persalinan dan berperan sebagai parameter utama yang menandai kesiapan serviks dalam proses melahirkan.

3. Faktor-faktor yang Memengaruhi Persalinan

a. *Passage* (Jalan Lahir)

Jalan lahir (*passage*) dibentuk oleh kombinasi struktur tulang panggul yang keras, dasar panggul, vagina, serta introitus. Penyesuaian dimensi janin terhadap fleksibilitas dan kapasitas jalan lahir yang cenderung kaku mengharuskan evaluasi bentuk serta ukuran panggul dilakukan sebelum proses persalinan berlangsung. Ketersediaan ruang yang adekuat pada struktur panggul ibu menjadi syarat krusial bagi kelancaran lintasan janin, mengingat kondisi panggul sempit atau distosia jalan lahir berpotensi menghambat kemajuan partus. Selain faktor panggul, pembukaan (*dilatation*) dan pelunakan (*effacement*) serviks secara bertahap dipicu oleh efektivitas kontraksi uterus untuk memfasilitasi penurunan janin melalui jalan lahir. Adanya obstruksi seperti fibroid atau kelainan lainnya dalam jalan lahir dapat

menghambat kemajuan persalinan. Kondisi lapisan jalan lahir, seperti kelembapan dan elastisitas lendir serviks, juga mempengaruhi kemampuan jalan lahir untuk merenggang dan memungkinkan bayi untuk melaluinya dengan lancar.

b. *Power* (His dan Mengejan)

Pengeluaran janin dalam proses partus dipacu oleh integrasi daya mekanis yang terdiri dari kontraksi rahim (his) sebagai komponen utama, yang didukung oleh tenaga meneran maternal, kontraksi diafragma, serta pergerakan ligamen sebagai daya sekunder.

Efektivitas his dipengaruhi oleh fungsi otot polos uterus yang bekerja secara sempurna dengan karakteristik khas, yaitu terjadi secara simetris di kedua hemisfer rahim, mendominasi area fundus, terkoordinasi dengan baik, dan diselingi interval relaksasi. Pembagian serta sifat-sifat his tersebut mengalami dinamika perubahan seiring dengan berjalannya setiap tahapan persalinan:

- 1) Fase Pendahuluan (His Palsu): Karakteristik kontraksi bersifat ringan, durasinya singkat, tidak konstan, dan tidak menghasilkan pembukaan leher rahim; umumnya timbulan his ini dapat diredakan dengan perubahan posisi tubuh atau istirahat.
- 2) Fase Kala I (His Pembukaan): Ditandai oleh kontraksi bertahap yang semakin sakit, teratur, dan menguat untuk mendorong dilatasi jalan lahir.
- 3) Fase Kala II (His Pengeluaran): Berupa kontraksi puncak yang bersifat terkoordinasi, simetris, teratur, serta sangat kuat sebagai daya dorong utama dalam melahirkan janin.
- 4) Fase Kala III (His Pelepasan Uri): Kontraksi dengan tingkat kekuatan sedang dan teratur yang berperan mengontrol pelepasan plasenta dari dinding rahim.
- 5) Fase Kala IV (His Pengiring): Berupa involusi uterus pascamelahirkan yang ditandai dengan kontraksi derajat rendah seperti sensasi meriang selama kurun waktu jam hingga hari setelah partus.

Tenaga meneran didefinisikan sebagai partisipasi aktif maternal dalam memfasilitasi dorongan ekspulsi janin dari kavum uteri melewati saluran jalan lahir. Aktivitas ini menjadi penanda utama pada tahapan akhir persalinan, yakni fase pengeluaran (Kala II). Refleks dorongan meneran timbul secara spontan sewaktu

intensitas kontraksi uterus berada pada fase puncak, di mana pengeralahan energi tersebut bertujuan untuk mempercepat penurunan serta mendukung proses kelahiran janin. Ini adalah fase aktif di mana ibu berpartisipasi secara aktif dalam proses persalinan.

c. Passenger

Pada faktor *passanger* terdapat 3 bagian, meliputi:

1) Janin (Kepala janin beserta ukuran-ukurannya)

Proses pengeluaran janin sangat dipengaruhi oleh karakteristik kepala janin yang berstruktur paling keras dan berukuran paling besar di antara bagian tubuh lainnya. Kelancaran trajektori janin sewaktu melintasi jalan lahir tidak hanya bergantung pada dimensi kranium tersebut, tetapi juga diregulasi oleh kombinasi faktor-faktor klinis yang mencakup presentasi, letak, sikap fisiologis, serta posisi janin relatif terhadap jalan lahir ibu.

a) Sikap (*habitus*)

Sikap janin menggambarkan keterhubungan postur antaranggota badan janin di dalam rahim, khususnya orientasi kepala, punggung, dan ekstremitas. Dalam terminologi kebidanan, variasi postur tubuh janin ini terbagi ke dalam tiga bentuk utama.

- 1) Presentasi Kepala (Cephalic Presentation): Orientasi janin di mana bagian kranium berada di segmen bawah rahim dengan posisi ekstremitas bawah mengarah ke superior. Konfigurasi anatomis ini merupakan kondisi fisiologis yang paling sering dijumpai serta paling konduktif bagi kelancaran partus pervaginam.
- 2) Presentasi Bokong (Breech Presentation): Kondisi di mana bagian bokong atau pelvis janin menempati segmen bawah rahim. Polarisasi ini berpotensi memerlukan tindakan medis pendukung apabila rotasi janin menuju presentasi kepala tidak terjadi menjelang persalinan.
- 3) Letak Melintang (Transverse Lie): Sumbu panjang tubuh janin berada pada posisi tegak lurus (perpendikuler) terhadap sumbu memanjang

uterus. Kasus ini tergolong jarang dan umumnya mengindikasikan intervensi medis operatif (seperti seksio sesarea).

b) Letak (*Liesitus*)

Letak janin menggambarkan keterhubungan antara aksis longitudinal janin dan aksis longitudinal maternal, yang diklasifikasikan ke dalam orientasi memanjang (vertikal) serta melintang (horizontal). Pada letak memanjang, bagian janin yang memimpin jalan lahir dapat berupa presentasi kepala maupun presentasi sungsang.

c) Presentasi (Presentation)

Presentasi itu sendiri didefinisikan sebagai bagian janin terdepan yang terdesendensi ke dalam pintu atas panggul sewaktu persalinan, dengan prevalensi klinis meliputi presentasi kepala (96%), presentasi bokong (3%), dan presentasi bahu (1%).

d) Posisi

posisi menggambarkan titik acuan spesifik pada bagian presentasi janin seperti oksiput, sakrum, dagu, atau puncak kepala terhadap orientasi anatomis panggul ibu.

2) Ketuban

Selama kehamilan, janin terlindungi dari benturan eksternal oleh keberadaan cairan ketuban yang volumenya senantiasa berfluktuasi secara fisiologis. Ketika memasuki proses partus, cairan dan selaput ini menyalurkan tekanan mekanis untuk merangsang pelunakan serta pembukaan leher rahim.

3) Plasenta

Plasenta berfungsi sebagai organ vaskular vital yang memfasilitasi transfer nutrisi, oksigenasi, dan eliminasi sisa metabolisme dari sirkulasi maternal ke janin. Mengingat peran sentralnya dalam menyokong kehidupan intrauterin, keberadaan anomali atau gangguan fungsi plasenta dapat berdampak langsung terhadap gangguan pertumbuhan dan perkembangan janin (Intrauterine Growth Restriction).

4. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

Merujuk pada studi yang dilakukan oleh Rohmah (2022), cakupan pemenuhan kebutuhan fisik pasien bersalin mengevaluasi sejauh mana asuhan diberikan untuk mencakup aspek nutrisi, pengaturan posisi, mobilisasi, manajemen nyeri, serta ketersediaan fasilitas persalinan. Temuan penelitian mengindikasikan bahwa mayoritas ibu merasa kebutuhan fisiknya telah terakomodasi dengan baik, termasuk pengalaman positif dalam pemenuhan nutrisi. Menjelang dan selama persalinan, kebutuhan metabolik berupa makanan dan minuman meningkat drastis seiring tingginya lonjakan pengeluaran energi. Sebagian besar ibu secara aktif mengekspresikan keinginan untuk makan dan minum karena merasa terkuras energinya serta dihantui kekhawatiran kehabisan tenaga. Kendati demikian, beberapa fasilitas kesehatan masih memberlakukan pembatasan asupan oral bagi ibu bersalin, yang umumnya didasarkan atas pertimbangan klinis khususnya pada kasus risiko tinggi yang berpotensi memerlukan tindakan operatif, guna menghindari risiko aspirasi lambung apabila anestesi harus diberikan.

Selain nutrisi, aspek krusial lain dalam proses persalinan adalah mobilisasi, yang mencakup keleluasaan pengaturan posisi, kesempatan beraktivitas, serta kemudahan akses eliminasi (BAK/BAB) di kamar mandi. Berbagai literatur menegaskan bahwa ambulasi dini dan dinamika perubahan posisi efektif meredakan ketidaknyamanan serta mengoptimalkan efisiensi kontraksi rahim, sehingga mampu mempercepat durasi persalinan. Ketidaknyamanan pada posisi tertentu dapat diatasi dengan beralih ke posisi tegak, duduk, berdiri, atau berjalan yang terbukti memberikan rasa nyaman lebih bagi ibu. Di samping itu, manajemen nyeri menjadi indikator fisiologis esensial melalui penerapan teknik relaksasi serta sentuhan terapeutik (massage) saat gelombang kontraksi datang. Mengingat nyeri persalinan meninggalkan memori yang mendalam, ibu bersalin sangat mendambakan kehadiran pendamping secara kontinu. Sayangnya, teknik manajemen nyeri tersebut tidak selalu secara proaktif ditawarkan oleh tenaga penolong (baik dokter maupun bidan), yang kerap kali lebih memusatkan perhatian pada kemajuan fisik persalinan serta pencegahan komplikasi klinis semata.

Di sisi lain, hasil penelitian juga memaparkan bahwa mayoritas ibu telah terpenuhi kebutuhan psikologisnya sebesar 67,5%. Ekspektasi utama ibu bersalin terhadap tenaga bidan mencakup perolehan atensi penuh, respons tanggap saat dibutuhkan, serta penyambutan yang hangat. Bidan diharapkan mampu menampilkan sikap empati, menjalankan fungsi advokasi, serta memberikan sokongan emosional yang kuat sekaligus kehadiran fisik yang konsisten. Pada fase awal persalinan, sebagian pasien mungkin merasa nyaman menghabiskan waktu sendiri atau bersama keluarga; namun, manakala intensitas kontraksi kian memuncak mendekati kala akhir, kehadiran bidan secara penuh mutlak dicari untuk mendampingi dan mengarahkan jalannya proses persalinan. Studi membuktikan bahwa dorongan verbal yang suportif mampu memberikan ketenangan emosional secara signifikan, sementara keramahan dan empati bidan berhasil menciptakan suasana rileks yang memperkuat kepercayaan maternal dalam menghadapi persalinan.

5. Mekanisme Persalinan Normal

Proses persalinan normal menuntut janin untuk mengeksekusi serangkaian manuver mekanis yang disebut sebagai gerakan kardinal persalinan (cardinal movements of labor). Rangkaian tahapan gerakan tersebut mencakup:

a. Desensus

Mekanisme masuknya kepala janin ke dalam pintu atas panggul memperlihatkan pola temporal yang berbeda antara wanita primigravida yang menjalaninya pada bulan terakhir kehamilan dan wanita multigravida yang baru mengalaminya saat fase awal persalinan. Pada saat melintasi PAP, kranium janin umumnya berorientasi dengan sutura sagitalis melintang serta berada dalam kondisi fleksi ringan. Apabila sutura sagitalis berada tepat simetris di tengah jalan lahir antara simfisis dan promontorium, orientasi ini disebut sebagai sinklitismus, yang mana dinamika pergeseran ke arah salah satu tulang panggul tersebut dapat berkembang menjadi mekanisme asinklitismus (baik asinklitismus anterior maupun posterior).

Secara anatomis, relasi antara sutura sagitalis dengan jalan lahir menentukan jenis adaptasi kepala janin. Ketika os parietal depan dan belakang

berada pada tingkat ketinggian yang sama, kondisi ini disebut sinklitismus. Akan tetapi, bila sutura sagitalis bergeser dari garis tengah mendekati simpisis ataupun promontorium maka posisi tersebut diklasifikasikan sebagai asinklitismus. Adapun kedua jenis asinklitismus tersebut adalah:

- 1) Asinklitismus Posterior: Terjadi apabila letak sutura sagitalis merapat ke arah simpisis, yang mengakibatkan os parietal posterior turun lebih rendah daripada os parietal anterior.
- 2) Asinklitismus Anterior: Terjadi apabila letak sutura sagitalis merapat ke arah promontorium, yang mengakibatkan os parietal anterior turun lebih rendah daripada os parietal posterior.

Derajat sedang asinklitismus pasti terjadi pada persalinan normal, tetapi kalau berat gerakan ini dapat menimbulkan disproporsi sepelopelvik dengan panggul yang berukuran normal sekalipun

b. Fleksi

Pada fase awal persalinan, kepala janin lazimnya menampilkan postur fleksi yang masih ringan. Namun, seiring berjalannya proses penurunan kepala ke dalam rongga panggul, intensitas fleksi tersebut secara bertahap akan meningkat. Penurunan janin melintasi jalan lahir menghasilkan mekanisme fleksi akibat adanya tahanan balik dari dinding serviks, dinding pelvis, serta lantai panggul. Respons mekanis ini mendorong penundukan kepala secara progresif hingga dagu mendekati toraks janin, yang mengakibatkan posisi ubun-ubun kecil berada lebih rendah daripada ubun-ubun besar. Penyesuaian postur ini sangat krusial karena mengonversi kranium janin agar memaparkan diameter suboksipito-bregmatika (9.5 cm) yang lebih sempit untuk menggantikan diameter suboksipito-frontalis (11 cm). Akibat resultan antara gaya dorong internal dan hambatan struktural panggul maternal tersebut, kepala janin umumnya akan mencapai kondisi fleksi maksimal begitu tiba di dasar panggul.

c. Putar paksi dalam (internal rotation)

Putar paksi dalam diartikan sebagai mekanisme rotasi kompartemen anterior janin sedemikian rupa sehingga bagian terendahnya berputar menuju ke anterior bawah simfisis pubis. Pada kasus presentasi belakang kepala (vertex

presentation), ubun-ubun kecil (fontanela posterior) bertindak sebagai bagian penunjuk terendah. Bagian inilah yang secara fisiologis mengalami rotasi ke arah anterior menuju regio inferior simfisis untuk menyesuaikan bidang terluas panggul. Sebagai bentuk penyesuaian struktural antara kepala janin dan dimensi geometris jalan lahir khususnya bidang tengah serta pintu bawah panggul terjadilah gerakan putaran paksi. Dinamika putaran paksi dalam ini berlangsung berkesinambungan dengan kemajuan penurunan kepala, di mana rotasi tersebut tidak akan dimulai sebelum kepala mencapai batas bidang Hodge III, dan terkadang baru terwujud nyata setelah kepala sampai di dasar panggul.

d. Ekstensi

Gerakan ekstensi baru akan dieksekusi manakala rangkaian putaran paksi telah rampung dan kepala janin berada di dasar panggul. Faktor utama yang melatarbelakangi gerakan ini adalah arah sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul yang menghadap ke depan atas, memaksa kepala mengadakan ekstensi guna keluar dari jalan lahir.

Dalam kondisi tersebut, terdapat dua gaya mekanis yang bekerja secara bersamaan pada kepala, yakni gaya dorong yang mendesaknya ke arah bawah serta gaya tahanan dari struktur dasar panggul yang memberikan perlawanan ke arah atas..

e. Putar paksi luar (external rotation)

Setelah lahir, kranium janin mengalami mekanisme restitusi, yakni rotasi kembali kepala ke arah punggung janin untuk mengeliminasi torsi atau tegangan pada leher yang dipicu oleh gerakan putar paksi dalam sebelumnya. Pada tahap ini, bahu melintasi pintu panggul dalam posisi miring (oblik). Begitu mencapai dasar panggul pascalahirnya kepala, bahu melakukan rotasi internal yang menempatkan diameter bisakromial (jarak antarbahu) sejajar dengan diameter anteroposterior pintu bawah panggul. Bersamaan dengan proses tersebut, dorongan mekanis yang bekerja secara serentak menyebabkan kepala janin berputar lebih lanjut sampai oksiput berhadapan ipsilateral dengan tuber ischiadicum. Pergerakan terakhir ini merupakan bentuk putaran paksi luar yang sejati, di mana mekanisme tersebut dipicu oleh penyesuaian dimensi bahu

(diameter biakromial) agar dapat masuk dan menempati diameter anteroposterior pintu bawah panggul.

f. Ekspulsi

Tepat setelah putaran paksi luar selesai disusul posisi bahu depan yang telah berada di bawah symphysis, titik tersebut bertransformasi menjadi hypomoclon sebagai poros untuk melahirkan bahu belakang. Langkah berikutnya adalah melahirkan bahu depan, yang secara beruntun mengantar kelahiran seluruh badan anak secara tuntas selaras dengan sumbu jalan lahir.

6. Asuhan Persalinan Normal

Manajemen persalinan normal yaitu rangkaian kegiatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan dalam pengelolaan dan perawatan selama proses pengeluaran janin dan plasenta yang telah cukup bulan (37-42 minggu) secara alami melalui vagina dengan tenaga ibu sendiri. Kemampuan tenaga kesehatan dalam melakukan manajemen persalinan normal secara profesional dan sesuai prosedur yang terstandarisasi diharapkan dapat menurunkan angka kematian ibu dan bayi sehingga kualitas pelayanan persalinan secara keseluruhan juga meningkat. Persalinan normal merupakan puncak dari beberapa proses yang kompleks dan saling berkaitan secara hormonal, biokimia dan mekanis. Persalinan normal akan berlangsung jika adanya kontraksi uterus sehingga menyebabkan penipisan dan dilatasi pada serviks dan menyebabkan pecahnya ketuban yang dapat mendorong janin dalam uterus untuk keluar menuju jalan lahir melalui vagina tanpa komplikasi pada ibu maupun janin (Thornton and Ramphul, 2023, Moldenhauer, 2025)

Tahapan persalinan normal terdiri dari Kala I-IV Adapun uraian yang terjadi pada setiap tahapan persalinan sebagai berikut (Maryati dkk, 2025)

- a. Kala I (Pembukaan) persalinan dimulai (in partu) dengan seringnya ibu merasakan kontraksi sehingga turunnya bagian presentasi terbawah janin menyebabkan pembukaan serviks mulai dari pembukaan nol hingga pembukaan lengkap (10 cm) yang dapat diukur melalui Vaginal Tusye (VT) Kala I ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah. Pada primigravida kala I berlangsung lebih lama dibandingkan multigravida Pada kala I dibagi menjadi

dua fase, pertama disebut fase laten yaitu proses pembukaan serviks hingga 3 cm dan biasanya berlangsung lebih dari 8 jam Kedua disebut fase aktif yaitu proses pembukaan serviks dari 3-10 cm di mana pembukaan 3-4 cm disebut fase akselerasi, pembukaan 4-9 cm disebut fase dilatasi dan pembukaan 9-10 cm disebut fase deselerasi.

- b. Kala II (pengeluaran janin) merupakan tahapan melahirkan janin ditandai dengan pembukaan lengkap, kontraksi (his) lebih cepat, sering dan kuat sehingga bagian terbawah janin masuk ruang panggul hingga menekan otot dasar panggul yang menyebabkan rasa ingin meneran. Tahap ini ibu merasakan perineum menonjol, tekanan pada rektum dan vagina, spingter ani membuka rasa ingin Buang Air Besar labia membuka hingga bagian terbawah janin (95% presentasi kepala) tampak pada vulva Dengan his dan kekuatan meneran yang maksimal maka kepala janin dilahirkan dengan presentasi suboksiput di bawah simfisis, dahi, muka dan dagu. Terdapat fase istirahat dan kepala melakukan putaran paksi luar, kemudian his mulai lagi dan ibu meneran untuk melahirkan ekstremitas dan badan bayi seluruhnya. Berikut adalah Gambar pengeluaran janin. Pada kala II tenaga kesehatan dan keluarga diharapkan terlibat aktif memberikan dukungan dan semangat kepada ibu, memberikan edukasi dan menganjurkan ibu meneran.
- c. Kala III (Pengeluaran plasenta): Segera setelah neonatus lahir, karakteristik fisik uterus teraba sangat keras, posisi fundus uteri berada sedikit di atas umbilikus, tali pusat terlihat memanjang dan menjuntai di rongga vulva, serta diikuti oleh keluarnya semburan darah secara seketika. Dalam beberapa menit berikutnya, uterus berkontraksi kembali untuk melepaskan plasenta dari dinding endometrium, yang prosesnya dapat disokong secara aktif melalui aplikasi tekanan eksternal pada fundus uteri. Proses ini terjadi dalam 30 menit setelah bayi dilahirkan. Setelah plasenta lahir pastikan seluruh bagian plasenta lengkap (bagian maternal periksa jumlah kotiledon dan pinggirnya, periksa keutuhan bagian fetal) agar tak ada sisa plasenta dalam uterus yang berisiko menyebabkan perdarahan. Berikut adalah Gambar kala III. Pada kala III diharapkan tenaga kesehatan melakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) kepada ibu, memberikan

kesempatan ibu memeluk bayinya, melakukan manajemen aktif kala III dengan maksimal.

- d. Kala IV (Pengawasan) melakukan observasi setelah plasenta lahir hingga 2 jam pertama postpartum. Observasi dilakukan untuk mengamati keadaan ibu terhadap bahaya perdarahan postpartum. Observasi dilakukan meliputi pemeriksaan tingkat kesadaran ibu, pemeriksaan Tanda-tanda Vital (TTV) dengan mengukur tekanan darah, memeriksa nadi dan pernafasan, periksa kontraksi uterus, menilai kehilangan darah keseluruhan dianggap normal jika tidak lebih dari 500 cc, periksa kandung kemih ibu sebaiknya dalam kondisi kosong, periksa luka pada jalan lahir, evaluasi laserasi, lakukan masase pada fundus dan penuhi kebutuhan ibu postpartum. Pada kala IV tenaga kesehatan dapat memberikan edukasi kepada keluarga tentang tanda bahaya postpartum seperti perdarahan, demam, pusing, lemas dan waspada terhadap penyulit maupun komplikasi postpartum. Seluruh rangkaian kegiatan yang dilakukan pada kala I-IV dilakukan pencatatan dan pendokumentasian pada partograf.

Mengutip standar Asuhan Persalinan Normal menurut Prawirohardjo (2020), pelaksanaan 60 langkah sebagai berikut :

Melihat Tanda dan Gejala Kala Dua

1. Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua.
 - a. timbulnya dorongan alamiah pada ibu untuk meneran;
 - b. ditemukannya peningkatan tekanan mekanis pada area rektum dan/atau vagina;
 - c. terlihatnya penonjolan pada jaringan perineum;
 - d. serta terjadinya pembukaan pasif pada introitus vagina dan sfingter ani.

Menyiapkan Pertolongan Persalinan

2. Ketersediaan seluruh perlengkapan, bahan, serta medikasi esensial dipastikan sebelum tindakan. Ampul oksitosin 10 IU dipatahkan, lalu spuit steril sekali pakai ditempatkan di dalam wadah partus set.
3. Perlindungan diri penolong dioptimalkan dengan memakai baju penutup atau celemek plastik bersih.

4. Melepaskan seluruh perhiasan di bawah area siku untuk menjalani prosedur cuci tangan antiseptik dengan air mengalir sebelum dikeringkan menggunakan serbet bersih/sekali pakai.
5. Setelah teknik aseptis terpenuhi, sarung tangan steril atau DTT dipasang pada satu tangan guna pemeriksaan dalam.
6. Dalam kondisi bersarung tangan steril tersebut, penolong mengisap 10 IU oksitosin ke dalam spuit dan meletakkannya kembali secara hati-hati di dalam partus set tanpa menimbulkan kontaminasi silang.

Memastikan Pembukaan Lengkap dengan Janin Baik

7. Memberihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi, langkah # 9).
8. Guna memastikan pembukaan serviks telah mencapai tahap lengkap, penolong persalinan mengeksekusi pemeriksaan dalam menggunakan prinsip-prinsip pencegahan infeksi (aseptik). Jika hasil evaluasi menunjukkan pembukaan sudah maksimal namun kantung ketuban belum mengalami ruptur spontan, maka pemecahan selaput ketuban (amniotomi) wajib diindikasikan.
9. Dekontaminasi sarung tangan ditempuh melalui pencelupan tangan yang masih memakai sarung tangan terkontaminasi ke dalam larutan klorin 0,5%, melepaskannya dalam kondisi terbalik, serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Kegiatan ini kemudian diakhiri dengan prosedur mencuci kedua tangan.
10. Pemantauan Denyut Jantung Janin (DJJ): Auskultasi DJJ dilakukan segera setelah fase kontraksi uterus mereda guna mengonfirmasi bahwasanya frekuensi denyut berada dalam rentang fisiologis (100–180 kali/menit).

- a. Penanganan Kesejahteraan Janin: Langkah korektif atau tata laksana yang relevan segera dieksekusi apabila ditemukan abnormalitas pada hasil pemeriksaan DJJ.
- b. Dokumentasi Klinis: Rekam medis berupa hasil pemeriksaan dalam (vaginal touché), frekuensi DJJ, seluruh parameter evaluasi klinis, serta intervensi asuhan yang telah diberikan wajib dicatat secara sistematis pada lembar partograf.

Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk Membantu Proses Pimpinan Meneran

11. Petugas menyampaikan informasi kepada pasien bahwa proses pembukaan telah sempurna dan janin dalam keadaan sehat, dilanjutkan dengan memfasilitasi posisi senyaman mungkin bagi ibu berdasarkan preferensinya.
 - a. Sembari menunggu timbulnya refleks meneran secara spontan, evaluasi kesehatan ibu dan janin terus dilanjutkan merujuk pada pedoman persalinan aktif, disertai dokumentasi berkala atas setiap indikator klinis.
 - b. Peran serta keluarga dalam memberikan dukungan moril dan semangat kepada ibu menjelang proses mengejan turut dijelaskan secara terperinci.
12. Keluarga dilibatkan secara aktif guna membantu pengaturan posisi tubuh ibu—khususnya memposisikannya dalam keadaan setengah duduk saat gelombang kontraksi hadir serta memastikan kenyamanan pasien tetap terakomodasi dengan baik.
13. Saat ibu menunjukkan dorongan fisiologis yang kuat untuk mengejan, tindakan pimpinan meneran mulai diaplikasikan secara terarah.
 - a. Bimbingan mengejan diberikan manakala pasien merasakan rangsangan dorongan yang kuat.
 - b. Apresiasi dan semangat terus disalurkan untuk menunjang usaha ibu.
 - c. Posisi tubuh yang nyaman dipilih secara fleksibel oleh pasien, dengan pengecualian posisi telentang.
 - d. Pemulihan tenaga dijaga dengan menganjurkan pasien beristirahat di sela-sela kontraksi.
 - e. Peran keluarga dioptimalkan dalam memberikan dukungan mental kepada pasien.
 - f. Hidrasi ibu dijaga melalui anjuran asupan cairan per oral.

- g. Penilaian parameter DJJ dijalankan secara rutin setiap lima menit.
- h. Rujukan segera menjadi kewajiban apabila bayi belum lahir lewat batas waktu 120 menit untuk primipara atau 60 menit bagi multipara dalam fase meneran.
- i. Pasien disarankan melakukan mobilitas seperti berjalan, berjongkok, atau mengambil postur aman; dan jika setelah 60 menit dorongan tersebut belum muncul, ibu diarahkan mengejan pada puncak kontraksi dengan tetap diselingi istirahat.
- j. Tindakan rujukan harus segera dilakukan apabila proses kelahiran belum tercapai usai 60 menit waktu meneran berlalu.

Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

- 14. Sediakan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi seketika kepala bayi membuka vulva hingga diameter 5–6 cm.
- 15. Lipatan kain bersih sepertiga bagian diselipkan di bawah bokong pasien.
- 16. Perangkat partus dibuka sebagai persiapan tindakan.
- 17. Sarung tangan steril atau DTT dipasang pada kedua tangan petugas. Tahap Kelahiran Kepala.
- 18. Saat kepala bayi membuka vulva selebar 5–6 cm, tangan yang dilapisi kain menyangga perineum, sementara tangan lainnya menahan kepala bayi secara lembut dan tidak menghambat pergerakannya agar keluar perlahan; pasien dianjurkan bernapas cepat atau mengejan terkontrol.
- 19. Wajah, mulut, dan hidung bayi diseka dengan hati-hati menggunakan kasa atau kain bersih.
- 20. Evaluasi terhadap kemungkinan lilitan tali pusat dilakukan, lalu diambil tindakan medis yang tepat jika hal tersebut terjadi, sebelum melaju ke tahapan kelahiran bayi berikutnya.
 - a. Longgarnya lilitan tali pusat di area leher dapat diatasi dengan menggesernya ke arah atas melewati kepala bayi.
 - b. Jika kondisi lilitan pada leher bayi tergolong erat atau ketat, intervensi medis yang harus dilakukan adalah memasang klem pada dua lokasi serta memotong tali pusat tersebut.
- 21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

Lahir Bahu

22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Mengajukan ibu untuk meneran saat kontaksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
 23. Begitu kedua bahu berhasil dilahirkan, tangan digerakkan menelusur dari arah kepala bayi bagian bawah menuju ke area perineum, sehingga bahu serta lengan posterior dibiarkan lahir secara alami di atas tangan penolong tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggantikan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
 24. Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.
- Penanganan Bayi Baru Lahir**
25. Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya 33 (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi.
 26. Sembari membungkus kepala serta badan bayi dengan handuk untuk mendukung kontak kulit langsung dengan ibu, pemberian suntikan oksitosin IM dilaksanakan.
 27. Penjepitan tali pusat dengan klem pertama diletakkan pada jarak 3 cm dari pusat bayi, kemudian diurut ke arah ibu sebelum dipasang klem kedua sejauh 2 cm dari klem pertama.
 28. Pemotongan tali pusat di antara dua klem dilakukan secara berhati-hati dengan menempatkan satu tangan untuk memegang tali pusat serta melindungi bayi dari risiko paparan gunting..
 29. AMengerikan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala,

membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai.

30. Bayi diserahkan kepada ibunya seraya disarankan agar segera mendekap sang buah hati serta mulai menyusui apabila ibu berkenan.
31. Sehelai kain bersih dan kering dihamparkan, dilanjutkan dengan pemeriksaan palpasi abdomen guna memastikan ketiadaan janin kedua.
32. Informasi mengenai tindakan penyuntikan yang akan segera dilakukan disampaikan terlebih dahulu kepada pasien.
33. Injeksi oksitosin sebanyak 10 unit secara intramuskular pada area gluteus ataupun sepertiga bagian atas sisi luar paha kanan diberikan paling lambat 2 menit pascakelahiran bayi, didahului dengan tindakan aspirasi. Manajemen Aktif Kala Tiga / Penanganan Tali Pusat Terkendali.
34. Posisi klem pada tali pusat digeser.
35. Satu tangan ditempatkan di atas kain penutup perut tepat di atas simfisis pubis untuk mengevaluasi kontraksi sekaligus menahan kestabilan uterus, sementara tangan lainnya bertugas memegang erat tali pusat beserta klemnya.
36. Menunggu uterus berkontaksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Dalam situasi di mana plasenta tidak kunjung lahir sesuai 30–40 detik, hentikan prosedur penegangan tali pusat dan bersabarlah menanti datangnya gelombang kontraksi uterus selanjutnya. Apabila rahim tetap tidak berkontraksi, mintalah bantuan ibu atau kerabat yang mendampingi untuk memberikan rangsangan pada puting susu guna memicu kontraksi, sebelum tahapan pengeluaran plasenta dieksekusi kembali.
37. Pasien diminta untuk meneran tatkala plasenta sudah terlepas; pada saat yang bersamaan, tarikan tali pusat dieksekusi mengikuti jalur kurva jalan lahir (ke arah inferior lalu superior), disertai pemberian tekanan berlawanan pada bagian rahim.
 - a. Geser posisi klem hingga berada pada kisaran jarak 5–10 cm dari bukaan vulva jika terlihat perpanjangan ukuran tali pusat.

- b. Penanganan khusus harus ditempuh apabila pelepasan plasenta tidak terjadi usai penegangan tali pusat berlangsung selama 15 menit.
 - c. Lakukan pengulangan injeksi oksitosin 10 unit melalui jalur I.M.
 - d. Lakukan pemeriksaan kandung kemih serta terapkan teknik kateterisasi secara aseptik apabila hal tersebut diperlukan.
 - e. Minta pihak keluarga untuk bersiap mengurus rujukan fasilitas kesehatan.
 - f. Lanjutkan kembali tarikan terkontrol pada tali pusat untuk rentang waktu 15 menit ke depan.
 - g. Pasien harus segera dirujuk manakala plasenta tak kunjung keluar hingga 30 menit pascakelahiran bay.
38. Segera setelah plasenta nampak di introitus vagina, lanjutkan tahapan kelahiran plasenta menggunakan kedua tangan. Pegang plasenta dengan dua tangan lalu putar perlahan hingga selaput ketuban terpilin dengan baik, kemudian lahirkan selaput ketuban tersebut dengan lembut. Jika terjadi robekan pada selaput ketuban, kenakan sarung tangan steril atau DTT untuk memeriksa rongga vagina dan serviks ibu secara saksama. Pembersihan sisa membran ketuban yang tertinggal dilakukan melalui prosedur manual menggunakan jari tangan, atau dengan mempergunakan alat bantu klem serta forseps yang telah disterilkan atau melalui proses DTT.

Pemijatan Uterus

39. Sesaat setelah pengeluaran plasenta serta selaput ketuban tuntas dilaksanakan, tindakan masase fundus uterus langsung dikerjakan dengan cara memosisikan telapak tangan di atas bagian fundus, lalu menggerakkannya secara melingkar dan lembut hingga rahim menunjukkan respons kontraksi yang ditandai dengan mengerasnya area tersebut).

Menilai Perdarahan

40. Pastikan kelengkapan serta keutuhan plasenta beserta membran ketubannya dengan memeriksa kedua sisi jaringan (sisi maternal dan fetal), lalu simpan ke dalam wadah atau kantung plastik khusus. Apabila respons kontraksi uterus tidak kunjung muncul pascapemijatan selama 15 detik, protokol intervensi yang relevan wajib segera dijalankan.

41. Selain itu, lakukan pemeriksaan terhadap potensi laserasi vagina dan perineum, serta laksanakan penjahitan langsung pada luka robek yang memicu perdarahan aktif.

Melakukan Prosedur Pascapersalihan

42. Mengevaluasi ulang kontraksi uterus guna memastikan rahim telah berkontraksi dengan baik dan optimal.
43. Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
44. Tali pusat diikat dengan simpul mati atau diklem steril/DTT pada titik sekitar 1 cm dari pusat bayi.
45. Sisi seberangnya ditambahkan satu simpul mati lagi untuk keamanan ikatan.
46. Instrumen klem bedah dilepas dan dicelupkan ke larutan klorin 0,5%.
47. Bayi dibalut kembali menggunakan handuk/kain bersih serta kering, lengkap dengan penutup kepala.
48. Proses pemberian ASI dianjurkan untuk segera dimulai oleh ibu.
49. Pengawasan klinis terhadap pola kontraksi rahim serta eskalasi perdarahan per vaginam tetap dijalankan secara seksama.
 - a. Lakukan pengecekan sebanyak 2–3 kali selama 15 menit pertama masa pemulihan pascapersalihan.
 - b. Jeda waktu pemantauan dipatok tiap 15 menit pada jam pertama setelah persalihan.
 - c. Lanjutkan observasi secara berkala tiap 20 sampai 30 menit pada jam kedua pascapersalihan.
 - d. Segera terapkan protokol tata laksana atonia uteri jika organ rahim gagal berkontraksi dengan baik.
 - e. Apabila dijumpai adanya robekan jalan lahir yang memerlukan penjahitan, laksanakan prosedur penjahitan tersebut dengan menerapkan teknik standar serta penggunaan anestesi loka.
50. Mengajarkan Edukasi mengenai tata cara pemijatan rahim serta teknik pemeriksaan kontraksi uterus diberikan kepada ibu dan pihak keluarga.

51. Estimasi volume darah yang hilang dievaluasi secara berkala.
52. Parameter tanda vital meliputi tekanan darah, denyut nadi, serta status pengisian kandung kemih diperiksa tiap 15 menit sekali sepanjang jam pertama pascapersalinan, kemudian dilanjutkan dengan interval setiap 30 menit pada jam kedua.
 - a. Pengukuran suhu tubuh pasien dilakukan satu kali dalam setiap jam selama dua jam pertama masa pascapersalinan.
 - b. Langkah penanganan yang tepat dan responsif wajib segera diambil guna mengatasi setiap temuan klinis yang berada di luar batas normal.

Kebersihan dan Keamanan

53. Lakukan dekontaminasi perangkat alat dengan merendamnya pada cairan klorin 0,5% selama 10 menit, kemudian cuci dan bilas sampai bersih.
54. Singkirkan dan buang bahan-bahan medis yang telah terkontaminasi ke tempat sampah khusus yang tepat.
55. Bantu ibu mengenakan pakaian bersih dan kering setelah membersihkan sisa cairan ketuban, darah, serta lendir di tubuhnya menggunakan air DTT.
56. Jaga kenyamanan ibu, dukung proses menyusui bayinya, serta minta keluarga untuk memberikan asupan makanan atau minuman yang diinginkan pasien.
57. Aplikasikan larutan klorin 0,5% pada area tempat bersalin yang terpapar darah, lalu bilas menggunakan air bersih.
58. Lepas sarung tangan secara terbalik usai mencelupkannya ke larutan klorin 0,5%, dan rendam selama 10 menit dalam larutan yang sama.
59. Cuci tangan menggunakan sabun di bawah kucuran air mengalir.

Dokumentasi

60. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

I. IMD (Inisiasi Menyusui Dini)

Setiap tenaga kesehatan perlu menguasai konsep Inisiasi Menyusu Dini (IMD) sebagai penerapan dari Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Secara praktis, bayi diletakkan di atas dada atau perut ibu seketika pascakelahiran selama minimal satu jam guna memberi ruang bagi bayi menemukan puting ibunya. Keunggulan IMD bagi bayi sangat beragam, mulai dari

membantu stabilitas napas, memberikan regulasi suhu yang lebih baik daripada inkubator, menciptakan kolonisasi kuman yang aman untuk mencegah infeksi nosokomial, hingga mempercepat ekskresi mekonium sehingga kadar bilirubin lebih cepat normal dan insiden ikterus dapat ditekan. Sentuhan kulit ini juga membuat bayi lebih tenang, memperbaiki pola tidur, serta mendukung pertumbuhan berat badan yang berujung pada pemendekan masa perawatan di rumah sakit (Suspiani, 2024).

Sementara itu, bagi ibu, IMD berperan besar dalam mengoptimalkan sekresi hormon oksitosin dan prolaktin sekaligus memperkuat kedekatan psikologis dengan bayi. Dalam pelaksanaannya, tubuh bayi cukup dibersihkan secara selektif tanpa menghilangkan verniks caseosa ataupun aroma cairan amnion pada tangan mereka, karena bau tersebut berfungsi sebagai penuntun alami bayi dalam mencari puting. Memasuki menit ke-20 hingga ke-30 pascakelahiran, bayi biasanya mulai menunjukkan refleks menghisap awal melalui gerakan membuka mulut dan mengulum puting. Melalui penerapan protokol IMD yang tepat, bayi memperoleh kesempatan menyusui secara dini dan mendapatkan kandungan kolostrum dengan kadar optimal pada 12 jam pertama pascapersalinan.

C. Nifas

1. Pengertian masa nifas

Masa pemulihan setelah melahirkan dikenal sebagai masa nifas atau periode postpartum, yakni suatu fase ketika seorang perempuan baru saja menyelesaikan proses persalinan. Secara biologis, masa nifas bermula tepat setelah lahirnya plasenta dan berakhir saat organ rahim telah sepenuhnya kembali ke kondisi normal seperti sebelum mengalami kehamilan serta persalinan. Rentang waktu berlangsungnya masa nifas ini umumnya mencakup periode enam minggu atau setara dengan 42 hari. Sepanjang rentang waktu tersebut, tubuh ibu mengalami serangkaian proses pemulihan yang ditandai dengan berbagai perubahan fisik atau fisiologis yang masif. Kendati demikian, fase nifas ini juga kerap menghadirkan rasa ketidaknyamanan bagi ibu pada awal masa postpartum, yang mana kondisi tersebut berpotensi berkembang menjadi arah patologis apabila tidak diimbangi dengan penanganan dan perawatan yang tepat.

2. Adaptasi Psikologis Masa Nifas

Menurut Sekarini (2025) , terdapat 3 fase adaptasi psikologis pada masa nifas :

a. Fase *taking in*

Dikenal pula sebagai periode ketergantungan, fase yang terjadi pada hari pertama hingga kedua setelah melahirkan ini menunjukkan kondisi psikologis di mana ibu sangat bergantung pada orang lain di sekitarnya. Ibu memusatkan seluruh perhatiannya pada diri sendiri, sehingga ia cenderung apatis terhadap apa pun yang terjadi di luar dirinya. Berbagai keluhan fisik turut menyertai fase ini, mulai dari rasa mules, nyeri di sekitar luka jahitan, kelelahan, hingga kurang tidur. Untuk menghadapi masa transisi ini, penting sekali menjaga asupan nutrisi yang cukup, mengoptimalkan waktu istirahat, serta membangun komunikasi yang efektif. Di samping itu, beberapa gangguan psikologis yang berpotensi muncul pada ibu di tahap ini mencakup rasa kecewa pada bayi, ketidaknyamanan karena perubahan bentuk fisik, serta perasaan bersalah lantaran belum bisa menyusui bayinya dengan maksimal.

b. Fase *taking hold*

Pada periode ini dikenal juga sebagai periode adaptasi, karna terjadi masa dari ketergantungan menjadi ibu mulai mandiri, dan berlangsung dari tiga hingga sepuluh hari setelah melahirkan. Rasa cemas kerap melanda ibu akibat keraguan terhadap kemampuan diri serta beban tanggung jawab baru dalam merawat sang buah hati. Stabilitas emosi yang cenderung rapuh membuat ibu lebih sensitif dan rentan tersinggung pada fase ini. Oleh karena itu, aspek krusial yang harus diberikan meliputi jalinan komunikasi yang efektif, dorongan moril yang kuat, serta edukasi kesehatan komprehensif yang mencakup cara perawatan luka jahitan, panduan senam nifas, pemenuhan gizi seimbang, manajemen waktu istirahat, hingga penjagaan kebersihan diri (personal hygiene).

c. Fase *letting go*

Periode ini di kenal juga sebagai periode menerima tanggung jawab atas peran barunya yang merupakan langkah awal. Fase pemulihan yang menginjak hari kesepuluh pascapersalinan ini memperlihatkan perkembangan positif berupa kemandirian ibu dalam memenuhi kebutuhan bayi dan dirinya, rasa percaya diri yang menguat dalam mengemban peran baru, serta kemampuan adaptasi yang lebih baik, di mana ia tetap memerlukan alokasi waktu istirahat demi mempertahankan kebugaran fisik (Hidayati, 2026).

3. Adaptasi Fisiologis Post Partum

Menurut Ratna Dewi,dkk (2024) , terdapat 3 fase adaptasi fisiologis pada masa nifas:

a. Involusi uterus

Proses ketika uterus kembali menyusut ke kondisi normal seperti sebelum hamil dengan estimasi berat akhir sekitar 60 gram dikatakan sebagai involusi. Kondisi tersebut mencakup pengecilan atau pengerutan organ uterus yang dimulai seketika setelah plasenta lahir akibat adanya kontraksi kuat dari otot-otot polos uterus. Prosedur pemulihan ini dapat dipantau dan dievaluasi secara klinis melalui pemeriksaan palpasi untuk meraba perubahan letak tinggi fundus uteri (TFU) dari waktu ke waktu.

Tabel 2.5
Penurunan TFU Masa Nifas

Involusi Uterus	TFU	Berat Uterus	Diameter Uterus	Palpasi Cerviks
Plasenta lahir	Setinggi Pusat	1000 gr	12,5 cm	Lembut/lunak
7 Hari	Pertengahan antara pusat dan symphysis	500 g	7,5 cm	2 cm
14 hari	Tidak teraba	350 gr	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gr	2,5 cm	menyempit

b. Perubahan vagina

Selama berlangsungnya proses persalinan, area vulva dan vagina mengalami regangan serta tekanan yang luar biasa, sehingga kedua organ tersebut berada dalam

kondisi kendur pada hari-hari pertama pascapersalinan. Memasuki pekan ketiga, vulva dan vagina berangsur-angsur pulih mendekati kondisi sebelum kehamilan, di mana rugae vagina mulai terbentuk kembali dan struktur labia tampak lebih menonjol.

c. Perubahan perineum

Perineum seketika menjadi kendur usai persalinan akibat dorongan dan tekanan janin. Akan tetapi, pada hari kelima pascapersalinan, struktur perineum tersebut telah menunjukkan pemulihan tonus sebagian, sekalipun konsistensinya masih lebih lunak atau kendur dibandingkan masa sebelum kehamilan.

d. Perubahan sistem pencernaan

Pascakelahiran, ibu umumnya rentan mengalami konstipasi yang dipicu oleh kosongnya saluran kolon akibat tekanan pencernaan saat persalinan, hilangnya cairan tubuh secara berlebihan, minimnya asupan makanan, keberadaan hemoroid, serta rendahnya mobilitas fisik.

e. Perubahan sistem perkemihan

Adaptasi sistem perkemihan: Retensi urine atau kesulitan berkemih sering dialami dalam 1x24 jam pertama pascapartus, yang disebabkan oleh pembengkakan (edema) leher kandung kemih dan spasme sfinkter akibat himpitan kepala bayi pada simfisis pubis. Bersamaan dengan itu, penurunan tajam hormon estrogen memicu fenomena pengeluaran urine yang meningkat atau disebut diuresis.

f. Perubahan sistem muskuloskeletal

Perdarahan pascapersalinan dicegah melalui kontraksi cepat otot uterus yang menjepit pembuluh darah di sekitarnya. Di samping itu, ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang saat melahirkan akan mengalami proses involusi secara bertahap hingga pulih dan stabil sepenuhnya dalam rentang 6–8 minggu postpartum.

g. Perubahan sistem kardiovaskuler

Pada penderita vitium cordis, penutupan shunt secara tiba-tiba usai persalinan menyebabkan peningkatan volume darah yang berpotensi memicu komplikasi

dekompensasi kardis. Kondisi ini dimitigasi oleh tubuh melalui mekanisme kompensasi hemokonsentrasi, sehingga volume darah berhasil dikembalikan ke keadaan semula yang umumnya terjadi dalam rentang hari ketiga sampai kelima pascapersalinan

h. Perubahan tanda-tanda vital

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

- 1) Akibat proses persalinan yang melelahkan serta penurunan cairan tubuh, suhu badan ibu pada satu hari (24 jam) pertama postpartum lazimnya naik sedikit pada rentang 37,5°C - 38°C. Namun, parameter suhu tersebut akan otomatis kembali normal manakala proses pemulihan berlangsung secara optimal tanpa adanya komplikasi.
- 2) Denyut nadi biasanya pulih dengan cepat. Jika denyut nadi tercatat lebih dari 100 kali/menit, kondisi ini menuntut kewaspadaan tinggi karena mengindikasikan potensi dehidrasi, proses infeksi, atau terjadinya perdarahan pascapersalinan.
- 3) Tekanan Darah: Secara normal, tekanan darah tidak mengalami perubahan signifikan se usai persalinan. Penurunan tekanan darah dapat terjadi akibat sisa perdarahan persalinan, sementara lonjakan tekanan darah tinggi pada fase postpartum patut dicurigai sebagai manifestasi preeklamsia postpartum.
- 4) Pernapasan: Parameter pernapasan selalu berkorelasi langsung dengan suhu tubuh dan denyut nadi. Ketidaknormalan pada suhu dan nadi akan diikuti oleh perubahan pernapasan, kecuali bila didapati patologi khusus pada saluran napas. Peningkatan frekuensi pernapasan yang menjadi lebih cepat pada masa postpartum sering kali menandakan adanya kondisi syok.

4. Kunjungan Masa Nifas

Menurut Kemenkes RI, 2023 Standar operasional prosedur pelayanan kesehatan bagi ibu nifas menetapkan kewajiban diadakannya empat kali kunjungan terintegrasi yang menggabungkan pemeriksaan ibu dan bayi baru lahir. Pembagian waktu intervensi ini terbagi menjadi empat fase, fase awal pada 6 jam sampai 2 hari

pascakelahiran. Fase kedua mencakup hari ke-3 hingga hari ke-7. Fase ketiga merentang dari hari ke-8 sampai hari ke-28. Fase keempat diakumulasikan pada hari ke-29 hingga hari ke-42. Komponen jenis pelayanan medis dan kebidanan yang esensial diberikan terdiri atas:

- a. Pengumpulan data riwayat kesehatan (anamnesis).
- b. Penilaian tanda vital (tekanan darah, suhu, respirasi, dan nadi).
- c. Deteksi manifestasi klinis anemia.
- d. Pengukuran tinggi fundus uteri.
- e. Monitor kontraksi otot rahim.
- f. Evaluasi sistem saluran kemih dan vesika urinaria.
- g. Observasi pengeluaran lochia serta volume perdarahan.
- h. Pemeriksaan fisik jalan lahir.
- i. Pengkajian payudara serta pendampingan pemberian air susu ibu eksklusif.
- j. Identifikasi dini penyulit, risiko tinggi, dan komplikasi masa nifas.
- k. Skrining status mental maternal.
- l. Pelayanan keluarga berencana atau kontrasepsi pascapersalinan.
- m. Sesi konseling serta penyuluhan KIE.
- n. Pemberian intervensi vitamin A dalam bentuk kapsul..

Pencapaian status kunjungan nifas lengkap (KF lengkap) secara administratif dan klinis dinyatakan sah apabila ibu telah menuntaskan seluruh dari empat rangkaian kunjungan tersebut.

5. Perawatan Pada Ibu Masa Nifas

Fase pemulihan pascapersalinan mengharuskan adanya intervensi perawatan bagi ibu sejak 6 jam hingga 42 hari setelah kelahiran anak. Rangkaian intervensi ini direalisasikan melalui pemenuhan standar minimal 4 kali kunjungan nifas yang dieksekusi secara profesional oleh tenaga kesehatan terlatih.

Adapun perawatan pada ibu saat masa nifas diberikan sebagai berikut:

1. KF1: Rentang 6 jam hingga 2 hari pascapersalinan.

Sasaran esensial dari pelaksanaan kunjungan pertama ini meliputi:

- a. Pencegahan komplikasi perdarahan postpartum yang dipicu oleh atonia uteri.
 - b. Deteksi dini sekaligus tata laksana terhadap etiologi perdarahan lain, dengan instruksi eskalasi medis ke dokter apabila volume darah yang keluar tidak kunjung mereda.
 - c. Edukasi dan konseling komprehensif kepada maternal serta keluarga terkait strategi preventif atonia uteri.
 - d. Fasilitasi inisiasi menyusui dini (IMD).
 - e. Pendampingan psikososial guna memastikan terjalinnya ikatan emosional (bonding attachment) yang optimal antara ibu dan neonatus.
 - f. Sebagai bentuk perlindungan keselamatan neonatal, bidan penolong wajib berada di sisi ibu dan bayi secara intensif selama durasi 2 jam awal pascabaiksa atau sampai parameter hemodinamik keduanya stabil.
2. KF 2: rentang 3 hari hingga 7 hari pascapersalinan.

Fokus utama dari penyelenggaraan kunjungan ini dijabarkan melalui poin-poin berikut:

- a. Memverifikasi normalitas pemulihan rahim (invulusi), mencakup kontraksi otot rahim yang baik, letak fundus di bawah umbilikus, serta absennya aroma menyengat dan perdarahan patologis.
 - b. Memantau indikator infeksi, kenaikan suhu tubuh (demam), serta pengeluaran sekret atau darah di luar ambang normal.
 - c. Memastikan ketersediaan dukungan nutrisi, cairan, serta kuantitas istirahat yang adekuat bagi pemulihan fisik ibu.
 - d. Menilai keberhasilan proses menyusui sekaligus mendeteksi dini potensi komplikasi laktasi.
 - e. Memberikan penyuluhan dan pendampingan konseling mengenai teknik perawatan bayi baru lahir, manajemen perawatan tali pusat, pencegahan hipotermia, serta rutinitas pengasuhan harian.
3. KF 3: Periode 8 s.d 28 hari setelah melahirkan
4. 4. KF 4: untuk jangka waktu 29 s.d 42 hari setelah bersalin.

Memasuki tahapan akhir, kunjungan keempat dilaksanakan pada minggu keenam pascamelahirkan dan menjadi titik penutup masa pelayanan nifas. Adapun

sasaran esensial dari kunjungan ini adalah mengevaluasi ada atau tidaknya penyulit maupun komplikasi kesehatan pada ibu dan bayi, serta memberikan edukasi serta konseling awal mengenai metode kontrasepsi atau pelayanan KB.

6. Pengeluaran Lochea pada Masa Nifas

Menurut Upus piatun,dkk(2025), pengeluaran lochea terdiri dari beberapa fase yang mencerminkan proses involusi Rahim setelah melahirkan:

- a. Lochea rubra: hari ke-1-2, berwarna merah dan mengandung darah
- b. Lochea serosa : terjadi pada hari keempat hingga ketujuh, berwarna kecoklatan atau merah muda
- c. Lochea alba : terjadi setelah hari ketujuh hingga enam minggu pasca persalinan, berwarna putih atau kuning pucat.

Proses pengeluaran lochea yang normal menandakan bahwa Rahim Kembali ke ukuran dan kondisi normalnya setelah melahirkan.

D. Bayi baru lahir

1. Pengertian bayi baru lahir

Neonatus atau bayi baru lahir adalah fase awal kehidupan pada rentang usia 0–28 hari, di mana seorang individu baru saja menghadapi trauma kelahiran dan dihadapkan pada kewajiban untuk beradaptasi secara fisiologis serta mengalami maturasi demi menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterin ke ektrauterin (Herman, 2020; Juliyani, 2023). Tanpa memerhatikan besaran berat badan saat lahir, bayi yang lahir hidup pada usia gestasi 37–42 minggu diklasifikasikan sebagai bayi baru lahir yang wajib melalui proses transisi biologis secara mandiri di luar rahim ibu (Idayanti, 2022).

2. Ciri-ciri bayi lahir normal

- a. Lahir aterm antara 37-42 minggu.
- b. Berat badan 2.500-4.000 gram.
- c. Rentang panjang badan berada pada kisaran 48 cm hingga 52 cm.
- d. Ukuran lingkar dada tercatat antara 30 cm sampai 38 cm.
- e. Dimensi lingkar kepala memenuhi ukuran 33 cm hingga 35 cm.
- f. Besar lingkar lengan atas berkisar antara 11 cm sampai 12 cm.

- g. Frekuensi denyut jantung normal menunjukkan nilai 120 hingga 160 kali per menit.
- h. Laju pernapasan neonatus berkisar antara 40 hingga 60 kali per menit.
- i. Kondisi integumen tampak kemerahan dan licin akibat ketebalan jaringan subkutaneus yang memadai.
- j. Rambut lanugo telah mengalami regresi (tidak tampak), sementara distribusi rambut kepala tumbuh sempurna.
- k. Karakteristik kuku jari relatif panjang dan lunak, dengan perolehan skor APGAR bernilai lebih dari 7.
- l. Manifestasi motorik menunjukkan aktivitas gerak yang aktif
- m. Tangisan spontan yang kuat saat lahir.
- n. Refleks pencarian (rooting) melalui stimulasi taktil di sekitar rongga mulut dan pipi.
- o. Refleks menghisap serta menelan (sucking).
- p. Refleks kejutan atau memeluk (morro).
- q. Refleks menggenggam (grasping).
- r. Genitalia
 - 1) Pemeriksaan fisik organ kelamin pada bayi laki-laki mengonfirmasi kesempurnaan anatomi melalui posisi testis di dalam skrotum serta lubang saluran kemih pada penis.
 - 2) Tanda kematangan anatomis eksternal pada bayi perempuan meliputi terbukanya lubang vagina dan uretra, serta penampakan jelas dari struktur pelindung luar yang terdiri atas labia minora dan labia mayora.
- s. Tanda eliminasi yang optimal meliputi berhasilnya pengeluaran mekonium pada rentang 24 jam pertama setelah lahir, yang tampil dengan konsistensi serta warna khas hitam kecoklatan.

3. Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

Menurut kerangka kerja yang disusun oleh Firmansyah Fery (2020), pelaksanaan asuhan neonatus merangkum beberapa prosedur utama: membersihkan jalan napas, merawat tali pusat, menjaga kestabilan termal tanpa risiko overheating, serta menghitung nilai APGAR sesegera mungkin. Selain itu, prosedur ini mencakup pembersihan tubuh neonatus, pemberian tanda pengenal,

penapisan fisik terfokus guna mengidentifikasi kecacatan berat yang tidak sejalan dengan kelangsungan hidup, dan edukasi posisi menyusui. Aspek kuratif dan preventif turut ditekankan melalui pemberian imunisasi, penanganan kasus gawat darurat (seperti asfiksia, hipoglikemia, dan hipotermia), prosedur rujukan yang aman, serta pencatatan rekam medis secara akurat.

Keberhasilan penatalaksanaan persalinan diukur dari tercapainya kondisi optimal bagi ibu dan bayi. Implementasi perawatan neonatus yang berlangsung cepat, aman, dan higienis merupakan elemen inti dari asuhan esensial bayi baru lahir. Sebagaimana dijelaskan oleh Chairunnisa (2022), esensi asuhan tersebut dimulai dari proses persalinan yang steril, diikuti penapisan cepat dalam rentang 0 sampai 30 detik pascakelahiran untuk menilai pernapasan spontan (tangisan atau megap-megap) dan tonus otot tanpa memicu hipotermia. Prosedur lanjutan mencakup manajemen pemotongan serta perawatan tali pusat, fasilitasi inisiasi laktasi, pencegahan perdarahan melalui suplementasi Vitamin K, profilaksis infeksi mata, pemeriksaan fisik komprehensif, serta pemberian imunisasi dasar.

4. Pelaksanaan Pelayanan Kunjungan Neonatal.

Standar pelayanan kesehatan neonatal mencakup asuhan yang diberikan oleh tenaga kesehatan profesional kepada neonatus sekurang-kurangnya sebanyak 3 kali dalam kurun waktu 0–28 hari pascakelahiran. Pelayanan ini dapat diselenggarakan di fasilitas kesehatan maupun lewat kunjungan rumah oleh petugas. Adapun lokasi pelaksanaan kunjungan neonatal dapat bertempat di puskesmas, pustu, polindes, serta poskesdes atau posyandu sepanjang ada pendampingan langsung dari tenaga kesehatan.

a. Kunjungan Neonatal pertama (KN 1)

Pelaksanaan kunjungan neonatal pertama dijadwalkan pada kurun waktu 6–48 jam pascakelahiran dengan rincian asuhan sebagai berikut:

- 1) Memverifikasi bahwa bayi baru lahir telah mendapatkan injeksi Vitamin K1 dan imunisasi Hepatitis B0.
- 2) Mengukur berat badan bayi dan membandingkannya secara berkala dengan berat badan saat lahir maupun saat pemulangan.

- 3) Memberikan instruksi kepada ibu beserta keluarga untuk mengoptimalkan upaya menjaga suhu tubuh bayi agar tidak jatuh pada kondisi hipotermia.
- 4) Memberikan penyuluhan kepada ibu mengenai panduan perawatan bayi sehari-hari yang benar.
- 5) Mengedukasi ibu mengenai tanda bahaya klinis pada bayi baru lahir yang memerlukan penanganan medis segera, seperti: tidak mau menyusu, kejang, lemas, mengalami gangguan pernapasan (sesak napas), menangis atau merintih tanpa henti, infeksi tali pusat (merah hingga ke perut, berbau, atau bernanah), demam tinggi, infeksi mata bernanah, diare, ikterik (kulit dan mata kuning), serta tinja berwarna pucat ketika BAB.

b. Kunjungan Neonatal kedua (KN 2)

Kunjungan neonatal kedua yang dilaksanakan pada rentang hari ke-3 sampai hari ke-7 kehidupan mencakup poin-poin asuhan esensial berikut:

- 1) Menimbang berat badan bayi, membandingkannya dengan berat badan awal saat lahir, serta mencatat dinamika penurunan maupun peningkatan berat badan.
- 2) Memantau kondisi input-output atau asupan dan pengeluaran cairan pada bayi.
- 3) Melakukan evaluasi mendalam untuk memastikan tidak adanya tanda-tanda bahaya pada bayi.
- 4) Memastikan dan mengevaluasi kecukupan suplai ASI dari ibu untuk bayinya..

c. Kunjungan Neonatal ketiga (KN 3)

Kunjungan neonatal ketiga (KN 3) dijadwalkan berlangsung pada hari ke-8 hingga hari ke-28 setelah kelahiran bayi. Rangkaian asuhan profesional yang diberikan selama kunjungan ini meliputi:

- 1) Menimbang berat badan dan mengukur panjang badan bayi, membandingkan data tersebut dengan pencatatan berat badan seminggu sebelumnya, serta mencatat kenaikan atau penurunan berat badan bayi.
- 2) Mengamati jumlah asupan (intake) serta pengeluaran (output) harian bayi baru lahir.

- 3) Melakukan pemeriksaan menyeluruh untuk mendeteksi ada tidaknya tanda-tanda bahaya pada bayi.
- 4) Menilai kecukupan suplai ASI yang diberikan kepada bayi.
- 5) Menaruh perhatian khusus terhadap pemenuhan kebutuhan nutrisi bayi.

E. Pelayanan Keluarga Berencana

Definisi Keluarga Berencana (KB) menurut Undang-Undang Nomor 10 Tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera merujuk pada segala bentuk upaya peningkatan kepedulian dan partisipasi masyarakat yang dicapai lewat pendewasaan usia perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, serta peningkatan kualitas kesejahteraan menuju terbentuknya keluarga kecil, bahagia, dan sejahtera.

Penurunan angka kelahiran secara substansial merupakan misi utama dari program KB. Untuk mewujudkan hal tersebut, arah kebijakan dibagi ke dalam tiga tahapan demografis. Tahap pertama mewajibkan pasangan usia subur (PUS) dengan istri berusia kurang dari 20 tahun untuk menunda kehamilan. Tahap kedua diperuntukkan bagi PUS dengan usia istri 20–30 atau 35 tahun, yang dinilai sebagai periode reproduksi paling ideal untuk melahirkan dua anak dengan interval waktu kelahiran 2 hingga 4 tahun. Tahap ketiga mengarahkan PUS yang berusia di atas 30 tahun, terutama lewat dari 35 tahun, agar menyudahi kesuburan apabila telah memiliki dua anak. Selain pembagian tahapan reproduksi tersebut, komponen krusial keempat yang tidak boleh diabaikan adalah pemahaman mengenai indikasi bahaya. Edukasi komprehensif mengenai tanda-tanda bahaya metode kontrasepsi wajib diberikan kepada calon akseptor sebelum menentukan pilihan, terkhusus bagi mereka yang menggunakan kontrasepsi IUD serta pil oral.

Sebagai salah satu pilar strategi utama untuk mempercepat penurunan Angka Kematian Ibu, pelayanan KB berfungsi untuk mengatur waktu, jarak, dan kuantitas kehamilan secara terencana. Melalui intervensi ini, peluang perempuan untuk mengalami komplikasi berbahaya selama masa kehamilan, persalinan, hingga nifas dapat dicegah atau diminimalkan semaksimal mungkin, termasuk menekan risiko fatal berupa kematian akibat penyulit kehamilan. Keberadaan

program KB memegang peranan penting dalam menghindarkan ibu dari kehamilan yang tidak direncanakan, risiko unsafe abortion, serta komplikasi medis yang mengancam nyawa. Lebih dari itu, KB merupakan instrumen kebijakan yang sangat strategis guna mencegah fenomena kehamilan Empat Terlalu (4T), yang mencakup kehamilan di usia terlalu muda, di usia terlalu tua, jarak kehamilan yang terlalu sering, serta jumlah anak yang terlalu banyak.

1. Tujuan Perencanaan Kehamilan dan Keluarga Berencana

Perencanaan kehamilan dan keluarga berencana (KB) memiliki tujuan yang sangat penting dalam meningkatkan kesehatan reproduksi, kesejahteraan keluarga, dan pembangunan sosial-ekonomi. Berikut adalah tujuan utama dari perencanaan kehamilan dan keluarga berencana

- a. Meningkatkan Kesehatan Ibu dan Anak Salah satu tujuan utama dari perencanaan kehamilan adalah untuk melindungi kesehatan ibu dan anak. Dengan mengatur jarak kehamilan, ibu dapat memberi perhatian lebih pada kesehatannya, serta mengurangi risiko komplikasi.
- b. Mengontrol Angka Kelahiran dan Populasi
Keluarga berencana berperan dalam pengendalian jumlah kelahiran yang berlebihan. Dengan mengatur jumlah anak dalam keluarga, program KB membantu mengurangi laju pertumbuhan penduduk, yang pada gilirannya dapat mengurangi tekanan pada sumber daya alam dan infrastruktur publik.
- c. Meningkatkan Kesejahteraan Ekonomi Keluarga Dengan perencanaan yang baik, keluarga dapat mengelola sumber daya secara lebih efektif, memastikan bahwa setiap anak memiliki akses yang cukup terhadap pendidikan, kesehatan, dan kebutuhan dasar lainnya. Mengurangi jumlah anak memungkinkan keluarga untuk lebih fokus pada pemberian kesejahteraan yang optimal bagi keluarga.
- d. Memberikan Kekuatan dan Kesetaraan kepada Wanita
Keluarga berencana memberikan wanita lebih banyak kendali atas kesehatan reproduksinya dan pilihan terkait jumlah serta jarak kelahiran anak. Ini berkontribusi pada pemberdayaan wanita, memungkinkan mereka untuk mengejar pendidikan dan karier.

2. Jenis – Jenis Kontrasepsi

a. Metode Kontrasepsi Sederhana

Metode kontrasepsi sederhana terbagi ke dalam dua jenis pendekatan pelaksanaan, yaitu metode kontrasepsi sederhana yang diaplikasikan tanpa menggunakan alat apa pun, serta metode kontrasepsi sederhana yang pelaksanaannya memerlukan penggunaan alat atau bahan pelindung penunjang.

b. Metode Kontrasepsi Hormonal

Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi dua yaitu kombinasi (mengandung hormon progesteron dan estrogen sintetis) dan yang hanya berisi progesteron saja seperti pil dan suntik.

c. Metode Kontrasepsi dengan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Metode kontrasepsi dengan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) metode ini secara garis besar dibagi menjadi 2 yaitu AKDR yang mengandung hormon (sintetis progesteron) dan yang tidak mengandung hormon.

d. Metode Kontrasepsi Mantap Metode

Metode kontrasepsi permanen atau kontrasepsi mantap terdiri dari dua jenis tindakan operatif, yakni Metode Operatif Wanita (MOW) yang dikenal dengan prosedur tubektomi pada saluran telur, serta Metode Operatif Pria (MOP) atau vasektomi yang dilakukan pada saluran reproduksi pria.

e. Metode Darurat

Terdapat dua macam metode kontrasepsi yang dikhususkan untuk kondisi darurat, yakni kontrasepsi pil darurat dan pemasangan AKDR (Puspita dkk, 2022). Dalam praktiknya, penggunaan kontrasepsi ini sering kali memicu perubahan fisiologis sebagai efek samping, contohnya pusing, penambahan berat badan (BB), timbulnya flek di area wajah, ketidakteraturan menstruasi, keputihan, serta keluhan penyerta lainnya. Di sisi lain, adaptasi psikologis yang dialami akseptor umumnya meliputi kecemasan atau ketakutan berlebihan terhadap efek samping yang timbul, serta kekhawatiran akan potensi kegagalan efektivitas alat kontrasepsi tersebut.

3. Konseling

Definisi konseling adalah proses pemberian bantuan secara profesional dari seseorang kepada individu lain guna memfasilitasi pengambilan keputusan atau pemecahan masalah berdasarkan pemahaman mendalam terhadap fakta dan perasaan yang melingkupinya (Puspita dkk, 2022). Secara spesifik, tujuan dilaksanakannya konseling KB meliputi:

- a. Meningkatkan Penerimaan Informasi: Penggunaan komunikasi verbal (diskusi bebas melalui tanya jawab) dan nonverbal yang tepat guna memastikan klien menerima informasi yang benar dan objektif seputar program KB.
- b. Menjamin Pilihan yang Cocok: Memastikan keselarasan antara kondisi kesehatan klien dengan pemilihan jenis kontrasepsi melalui pertimbangan matang antara petugas dan klien.
- c. Menjamin Penggunaan yang Efektif: Memastikan klien menguasai cara penggunaan kontrasepsi secara tepat dan mampu mengklarifikasi informasi atau mitos keliru yang beredar di masyarakat.
- d. Menjamin Kelangsungan Pemakaian yang Lebih Lama: Mendorong durasi penggunaan KB yang lebih konsisten dan berkelanjutan karena klien merasa dilibatkan dalam pemilihan metode, memahami mekanisme kerjanya, serta dibekali pemahaman cara menghadapi efek samping.

4. Langkah Konseling Kb SATU TUJU

Penerapan tahapan ini tidak harus berjalan secara kronologis atau berurutan, melainkan fleksibel menyesuaikan dengan kebutuhan spesifik dari klien.

SA : Sapa dan salam

Sapa klien secara terbuka dan sopan, beri perhatian sepenuhnya, jaga privasi pasien, bangun percaya diri pasien, tanyakan apa yang perlu dibantu dan jelaskan pelayanan apa yang dapat diperolehnya

T : Tanya

Mengumpulkan informasi pribadi, mengajak klien berbagi riwayat pengalaman seputar kesehatan reproduksi dan keluarga berencana, serta menanyakan jenis kontrasepsi yang menjadi ketertarikannya.

U : Uraikan

Menyajikan penjelasan komprehensif mengenai ragam pilihan kontrasepsi, memfasilitasi klien memilih metode favorit, serta menerangkan profil metode penunjang lainnya.

TU : Bantu

Mendampingi proses pengambilan keputusan klien agar selaras dengan kondisi dan kebutuhan nyata, serta mengonfirmasi dukungan pasangan terhadap pilihan tersebut.

J : Jelaskan

Menyampaikan panduan teknis pemakaian metode kontrasepsi terpilih secara terperinci setelah proses pemilihan selesai, di samping mengedukasi manfaat ganda yang diperoleh.

U : Kunjungan Ulang

Menjadwalkan kontrol lanjutan untuk evaluasi klinis maupun penyediaan suplai kontrasepsi lanjutan bilamana diperlukan.