BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 *Continuity of Care* (CoC)

2.1.1 Pengertian *Continuity of Care*

Continuity of Care (CoC) merupakan bentuk pelayanan kesehatan yang dilaksanakan secara terpadu dan berkesinambungan dengan menyesuaikan kebutuhan pasien. Dalam pelayanan kebidanan, penerapan CoC mencakup pendampingan ibu sejak masa kehamilan, proses persalinan, periode nifas, perawatan bayi baru lahir atau neonatus, sampai dengan pelayanan keluarga berencana. Kesinambungan pelayanan tersebut memungkinkan kondisi kesehatan ibu dan bayi dipantau secara berkala sekaligus mendukung deteksi komplikasi sejak tahap awal (WHO, 2022).

Pelaksanaan CoC dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang sama atau tim tenaga kesehatan yang sama secara konsisten selama masa kehamilan hingga *postpartum* sehingga tercipta hubungan terapeutik antara tenaga kesehatan dan klien (Sandall *et al*., 2023). CoC dikenal sebagai asuhan kebidanan komprehensif yang dilakukan secara lanjut dari kehamilan hingga perencanaan keluarga berencana untuk meningkatkan kesehatan ibu dan bayi.

2.1.2 Tujuan *Continuity of Care*

Tujuan utama CoC adalah memastikan ibu memperoleh pelayanan kesehatan yang berkesinambungan sehingga kesehatan ibu dan bayi dapat dipantau dengan baik.

Adapun tujuan CoC meliputi:

a) Meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan secara komprehensif;
b) Menemukan komplikasi pada ibu maupun bayi sedini mungkin;
c) Membantu menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu serta bayi;
d) Memberikan pelayanan yang aman, efektif, dan berkesinambungan;
e) Meningkatkan kepuasan ibu terhadap pelayanan kebidanan;
f) Membantu ibu mempersiapkan diri menghadapi persalinan, masa nifas, serta perawatan bayi baru lahir.

Penelitian menunjukkan bahwa model CoC dapat menurunkan risiko persalinan prematur dan meningkatkan pengalaman positif ibu selama menerima pelayanan kesehatan maternal.

2.1.3 Prinsip *Continuity of Care*

Prinsip CoC dalam kebidanan meliputi:

a) Berkesinambungan, yaitu pelayanan dilakukan secara terus-menerus dari kehamilan hingga keluarga berencana.
b) Komprehensif, yaitu pelayanan mencakup kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual ibu.
c) Terintegrasi, yaitu pelayanan dilakukan dengan sistem rujukan bila ditemukan komplikasi.
d) Berpusat pada perempuan, yaitu pelayanan memperhatikan hak dan keputusan ibu dalam setiap tindakan kesehatan.
e) Aman dan berkualitas, yaitu pelayanan diberikan berdasarkan standar profesi dan *evidence based practice*.

2.1.4 Ruang Lingkup *Continuity of Care*

Ruang lingkup CoC dalam kebidanan meliputi seluruh siklus reproduksi perempuan mulai dari remaja, persiapan kehamilan, kehamilan, persalinan, nifas dan menyusui, bayi balita dan prasekolah, keluarga berencana sampai dengan lansia (*menopause*). Ruang lingkup ini bertujuan untuk menjamin kesinambungan pelayanan maternal dan neonatal secara optimal.

2.2 Konsep Dasar Kehamilan

2.2.1 Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan suatu proses fisiologis yang diawali dengan bertemunya ovum dan sperma melalui fertilisasi. Setelah fertilisasi terjadi, hasil konsepsi mengalami implantasi dan selanjutnya berkembang menjadi janin di dalam uterus sampai waktunya persalinan. Kehamilan normal berlangsung kurang lebih 280 hari atau 40 minggu, yang perhitungannya dimulai dari hari pertama haid terakhir (HPHT).

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), kehamilan merupakan keadaan ketika sel telur mengalami pembuahan hingga berkembang menjadi janin di dalam rahim. Sementara itu, WHO menjelaskan bahwa *pregnancy* merupakan keadaan selama kurang lebih sembilan bulan atau lebih ketika seorang perempuan membawa embrio dan janin yang berkembang di dalam uterus (WHO, 2021).

2.2.2 Perubahan pada Kehamilan

a) Perubahan fisiologis kehamilan

Kehamilan menyebabkan berbagai perubahan fisiologis pada tubuh perempuan yang dimulai sejak terjadinya fertilisasi dan berlangsung secara bertahap selama masa kehamilan. Perubahan tersebut meliputi sistem reproduksi, kardiovaskular, respirasi, endokrin, hingga metabolisme sebagai bentuk adaptasi tubuh untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin. Setelah proses persalinan dan masa menyusui selesai, sebagian besar fungsi tubuh ibu akan kembali seperti keadaan sebelum hamil (Kurniati *et al*., 2023).

1) Sistem Reproduksi

Selama kehamilan, berbagai perubahan terjadi pada sistem reproduksi ibu. Perubahan tersebut meliputi:

a) Uterus

Selama kehamilan, berat uterus mengalami peningkatan yang sangat besar hingga mencapai sekitar 1.000 gram. Pada usia kehamilan 28 minggu, tinggi fundus uteri (TFU) berada sekitar 2–3 jari di atas pusat. Memasuki usia 36 minggu, TFU berada satu jari di bawah *prosesus xifoideus*, sedangkan pada usia 40 minggu posisinya sekitar tiga jari di bawah *px*. Pada trimester III, *istmus uteri* berkembang menjadi *corpus uteri* dan membentuk segmen bawah rahim (SBR). Menjelang persalinan, kontraksi bagian atas uterus menyebabkan SBR menjadi semakin lebar dan tipis sehingga terbentuk batas antara bagian atas yang lebih tebal dengan bagian bawah yang lebih tipis, yang disebut lingkaran retraksi fisiologis.

b) Serviks

Perubahan serviks selama kehamilan dipengaruhi oleh peningkatan hormon estrogen dan hipervaskularisasi yang menyebabkan konsistensinya

menjadi lebih lunak. Jaringan serviks sebagian besar tersusun atas jaringan ikat kolagen dengan sedikit jaringan otot, sehingga tidak berfungsi sebagai *spinkter*. Saat persalinan berlangsung, serviks akan membuka akibat tarikan *corpus uteri* ke arah atas dan tekanan bagian terbawah janin ke arah bawah. Setelah persalinan, bentuk serviks menjadi berlipat dan tidak kembali menutup seperti fungsi *spinkter*.

Pemeriksaan perubahan serviks selama kehamilan perlu dilakukan dengan hati-hati agar tidak mengganggu kondisi kehamilan. Aktivitas kelenjar serviks juga meningkat sehingga sekresi menjadi lebih banyak dan dapat menyebabkan peningkatan cairan pervaginam yang masih termasuk fisiologis. Kondisi tersebut berkaitan dengan peningkatan hormon progesteron. Selain itu, prostaglandin bekerja pada serabut kolagen terutama menjelang akhir kehamilan, sehingga serviks menjadi lebih lunak dan mudah mengalami dilatasi saat persalinan.

c) Ovarium

Selama kehamilan, ovarium tetap berada pada sisi kanan dan kiri serta berhubungan dengan uterus melalui ligamen ovarium dan dinding panggul melalui ligamen *infundibulopelvicum*. Ovarium memiliki ukuran sekitar 2,5–5 cm × 0,9–1,5 cm dengan berat sekitar 4–5 gram. Organ ini berada pada dinding lateral panggul dalam suatu lekukan yang disebut *fossa ovarica Waldeyri*. Secara anatomi, ovarium terdiri atas bagian luar atau *korteks* dan bagian dalam atau *medulla*. Pada bagian korteks terdapat folikel primordial yang jumlahnya sekitar 100.000, dengan satu folikel umumnya mengalami pematangan dan keluar setiap bulan, meskipun pada kondisi tertentu dapat terjadi pelepasan dua folikel secara bersamaan.

d) Vagina dan Vulva

Peningkatan hormon estrogen dan hipervaskularisasi selama kehamilan menyebabkan vagina serta vulva mengalami perubahan warna menjadi lebih merah atau kebiruan. Perubahan warna pada vagina atau *portio serviks* tersebut dikenal sebagai tanda *Chadwick*.

e) Payudara

Payudara berperan penting dalam proses laktasi karena berfungsi menghasilkan dan menyalurkan ASI sebagai sumber nutrisi bagi bayi. Selama kehamilan, peningkatan hormon estrogen dan progesteron menyebabkan terjadinya pembesaran payudara, rasa tegang dan berat, *hipertrofi alveoli* serta *duktus laktiferus*, hiperpigmentasi areola dan puting, serta semakin terlihatnya vena payudara. Menjelang akhir kehamilan, kolostrum yang berwarna kekuningan mulai diproduksi sebagai persiapan menyusui setelah persalinan (Putri *et al*., 2023).

Pertumbuhan dan perkembangan payudara selama kehamilan dipengaruhi oleh hormon estrogen, progesteron, dan *somatomamotropin*. Ketiga hormon tersebut berperan dalam mempersiapkan jaringan payudara agar mampu menjalankan fungsi laktasi setelah persalinan, dengan peran sebagai berikut:

- Estrogen berperan dalam merangsang hipertrofi jaringan payudara serta meningkatkan penimbunan lemak, air, dan garam. Kondisi tersebut menyebabkan ukuran payudara bertambah dan dapat menimbulkan rasa nyeri akibat tekanan pada saraf.
- Progesteron berfungsi mempersiapkan asinus dengan merangsang pertumbuhan dan penambahan sel-sel asinus sebagai bagian dari persiapan laktasi.
- Somatomamotropin membantu merangsang sel asinus dalam pembentukan *kasein*, *laktalbumin*, dan *laktoglobulin*, serta berperan dalam penimbunan lemak di sekitar alveolus payudara..

Adapun perubahan yang dapat terjadi pada payudara selama kehamilan meliputi:

- Payudara menjadi lebih besar
- Aerola payudara makin hitam karena hiperpigmentasi.
- *Glandula montgomery* makin tampak menonjol di permukaan areola.
- Pada kehamilan 12 minggu ke atas puting susu akan keluar cairan putih jernih (kolostrum) yang berasal dari kelenjar asinus yang mulai bereaksi

- Pengeluaran ASI belum terjadi karena prolaktin di teman oleh PIN (*Prolacctine Inhibiting Hormone*).

Setelah persalinan dan plasenta lahir, kadar estrogen, progesteron, dan somatomamotropin mengalami penurunan sehingga pengaruhnya terhadap hipotalamus berkurang. Kondisi ini memungkinkan prolaktin bekerja lebih efektif dan proses laktasi mulai berlangsung.

2) Sistem Endokrin

Persiapan payudara untuk proses laktasi dipengaruhi oleh hormon *somatomamotropin*, estrogen, dan progesteron. Ketiga hormon tersebut merangsang pertumbuhan dan peregangan jaringan mammae selama kehamilan.

3) Sistem Kekebalan

Selama kehamilan, hormon *Human Chorionic Gonadotropin (HCG)* dapat menyebabkan penurunan respons imun. Kadar *IgG, IgA,* dan *IgM* dalam serum mulai menurun sejak usia kehamilan 10 minggu, kemudian mencapai kadar terendah sekitar minggu ke-30 dan bertahan hingga trimester akhir. Perubahan tersebut berkaitan dengan meningkatnya kerentanan ibu hamil terhadap infeksi.

4) Sistem Perkemihan

Peningkatan progesteron selama kehamilan dapat menyebabkan pelebaran dan penurunan tonus pada ginjal serta ureter. Seiring bertambahnya usia kehamilan, uterus yang semakin membesar dapat menekan ureter sehingga terjadi pelebaran lebih lanjut dan aliran urine menjadi terhambat. Selain itu, pembesaran uterus memberikan tekanan pada kandung kemih melalui bagian terbawah janin sehingga ibu lebih sering mengalami BAK (Umiyah *et al*., 2022).

5) Sistem Pencernaan

Peningkatan aliran darah ke rongga mulut akibat pengaruh estrogen dapat membuat gusi lebih rapuh sehingga kebersihan mulut perlu diperhatikan selama kehamilan. Di sisi lain, progesteron dapat menurunkan tonus *sfingter esofagus* dan menyebabkan relaksasi otot polos. Kondisi tersebut memperlambat

perjalanan makanan di saluran pencernaan, meskipun penyerapan nutrisi tetap berlangsung dengan baik, serta dapat memicu terjadinya konstipasi.

6) Sistem Muskuloskeletal

Kehamilan menyebabkan perubahan pada postur dan pola berjalan ibu. Perubahan tersebut berkaitan dengan bertambahnya berat badan serta pembesaran abdomen yang membuat panggul cenderung miring ke depan. Selain itu, penurunan tonus otot dan bertambahnya beban tubuh pada akhir kehamilan mengharuskan ibu menyesuaikan postur tubuh dan cara berjalan. Sendi panggul juga mengalami sedikit pergerakan selama kehamilan.

7) Sistem Kardiovaskular

Jumlah leukosit selama kehamilan mengalami peningkatan. Pada kondisi normal, jumlah tersebut berkisar antara 5.000–12.000 dan dapat mencapai 14.000–16.000 saat persalinan serta masa nifas. Penyebab pasti peningkatan tersebut belum diketahui. Perubahan distribusi jenis sel darah juga terjadi, terutama pada trimester III, ketika jumlah granulosit dan limfosit mengalami peningkatan bersamaan dengan perubahan jumlah limfosit dan monosit (Romauli, 2021).

8) Sistem Integumen

Selama kehamilan, kulit pada dinding abdomen dapat mengalami perubahan warna menjadi kemerahan atau kusam. Perubahan tersebut juga dapat ditemukan pada payudara dan paha serta dikenal sebagai *striae gravidarum*. Pada ibu multipara, selain striae berwarna kemerahan dapat ditemukan garis berwarna keperakan yang mengilap sebagai bekas striae sebelumnya.

Garis tengah abdomen pada sebagian besar perempuan dapat berubah menjadi warna hitam kecokelatan yang disebut *linea nigra*. Pigmentasi juga dapat muncul pada wajah dan leher dalam bentuk *chloasma* atau *melasma gravidarum*. Areola dan daerah genitalia juga dapat mengalami peningkatan pigmentasi. Umumnya, perubahan pigmentasi tersebut berangsur menghilang setelah persalinan (Romauli, 2021).

9) Sistem Pernapasan

Keluhan berupa sesak atau napas pendek dapat dialami ibu hamil akibat pembesaran uterus yang mendorong usus ke arah diafragma. Pada trimester III, tekanan terhadap diafragma semakin besar karena ukuran uterus bertambah sehingga frekuensi pernapasan ibu dapat meningkat sekitar 20–25% dibandingkan kondisi sebelumnya (Umiyah *et al*., 2022).

10) Sistem Berat Badan dan Indeks Masa Tubuh

Selama kehamilan, berat badan ibu mengalami peningkatan. Kenaikan berat badan dapat mencapai sekitar 5,5 kg dan pada akhir kehamilan berkisar 11–12 kg. Penilaian berat badan berdasarkan tinggi badan dapat dilakukan menggunakan Indeks Massa Tubuh (IMT) dengan rumus berat badan dalam kilogram dibagi tinggi badan dalam m^2.

Kategori	IMT	Rekomendasi
Rendah	<19,8	12,5-18
Normal	19,8-26	11,5-16
Gemuk	26-29	7-11,5
Obesitas	>29	≥7
Gemeli	-	16 – 20,5

Tabel 2.1 Indikator IMT

Sumber: (Akri, Yumawan & Bora, 2023)

11) Sistem Metabolisme

Kehamilan menyebabkan perubahan metabolisme tubuh karena kebutuhan nutrisi meningkat untuk mendukung pertumbuhan janin sekaligus mempersiapkan proses menyusui. Metabolisme basal mengalami peningkatan sekitar 15–20%, terutama pada trimester III.

Beberapa perubahan metabolisme dan kebutuhan zat gizi yang tercantum dalam sumber meliputi:

- Keseimbangan asam-basa mengalami perubahan dari 155 mEq/L menjadi 145 mEq/L yang berkaitan dengan hemodilusi darah serta kebutuhan mineral bagi janin.

- Kebutuhan protein meningkat untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin, pembentukan organ kehamilan, serta persiapan laktasi. Sumber mencantumkan kebutuhan protein sekitar ½ gram/kg BB atau setara dengan satu butir telur setiap hari.
- Kebutuhan kalori diperoleh dari karbohidrat, lemak, dan protein.
- Kebutuhan mineral meliputi kalsium sekitar 1,5 gram per hari, fosfor rata-rata 2 gram per hari, dan zat besi sekitar 800 mg atau 30–50 mg per hari.
- Kebutuhan air juga meningkat dan selama kehamilan dapat terjadi retensi cairan.

b) Perubahan psikologis kehamilan

Perubahan psikologis selama kehamilan merupakan bagian dari proses adaptasi ibu terhadap perubahan fisik dan hormonal sekaligus persiapan menghadapi peran sebagai seorang ibu. Respons psikologis tersebut tidak selalu sama karena dapat berubah sesuai dengan trimester (Lestari *et al*., 2023).

1) Trimester I

Pada awal kehamilan, ibu dapat mengalami perasaan yang bersifat ambivalen, yaitu munculnya rasa bahagia sekaligus kekhawatiran terhadap kehamilan. Kondisi tersebut dapat disertai kecemasan, perubahan suasana hati, mudah lelah, serta ketidaknyamanan akibat mual dan muntah (*morning sickness*) (Tyastuti & Wahyuningsih, 2021).

2) Trimester II

Memasuki trimester kedua, kondisi emosional ibu umumnya mulai lebih stabil karena proses adaptasi terhadap kehamilan semakin baik. Ibu mulai menerima kehamilannya, merasa lebih nyaman, dan membangun keterikatan emosional dengan janin, terutama setelah mulai merasakan gerakan janin.

3) Trimester III

Pada trimester terakhir, kekhawatiran ibu umumnya berkaitan dengan proses persalinan, keselamatan bayi, dan kesiapan menjalankan peran sebagai orang tua. Pembesaran tubuh yang semakin nyata juga dapat meningkatkan rasa tidak nyaman. Dalam menghadapi kondisi tersebut, dukungan suami,

keluarga, serta tenaga kesehatan diperlukan agar ibu tetap merasa aman, tenang, dan lebih siap menghadapi persalinan.

2.2.3 Tanda dan Gejala Kehamilan

Perubahan yang muncul pada tubuh perempuan dapat menjadi indikator adanya kehamilan. Berdasarkan sumber, tanda kehamilan dikelompokkan menjadi tiga, yaitu tanda dugaan (*presumtif*), tanda kemungkinan (*probable*), dan tanda pasti (positif).

a) Tanda dugaan hamil

Tanda dugaan merupakan gejala yang dirasakan oleh perempuan tetapi belum dapat digunakan untuk memastikan kehamilan. Gejala tersebut meliputi tidak mengalami menstruasi atau *amenore*, mual dan muntah, sering berkemih, mudah mengalami kelelahan, perubahan nafsu makan, pembesaran dan nyeri payudara, serta peningkatan pigmentasi kulit (Tyastuti & Wahyuningsih, 2021).

b) Tanda kemungkinan hamil

Tanda kemungkinan dapat ditemukan melalui pemeriksaan dan menunjukkan adanya kemungkinan kehamilan, tetapi belum dapat memastikan keberadaan janin. Beberapa tanda yang termasuk dalam kelompok ini adalah pembesaran uterus, perubahan bentuk dan konsistensi uterus atau tanda *Hegar*, pelunakan serviks atau tanda *Goodell*, perubahan warna kebiruan pada vagina dan serviks atau tanda *Chadwick*, kontraksi *Braxton Hicks*, serta hasil tes kehamilan yang positif.

c) Tanda pasti hamil

Keberadaan janin dapat dipastikan melalui tanda-tanda tertentu. Tanda tersebut meliputi terdengarnya denyut jantung janin, gerakan janin yang dapat dirasakan oleh pemeriksa, serta hasil pemeriksaan *ultrasonografi* (USG) yang memperlihatkan keberadaan janin.

2.2.4 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

a) Kebutuhan Oksigen

Perubahan hormonal selama kehamilan, khususnya peningkatan progesteron, memengaruhi pusat pernapasan sehingga terjadi perubahan kadar karbon dioksida (CO_2) dan oksigen (O_2). Peningkatan kebutuhan oksigen tersebut diperlukan untuk

menunjang kebutuhan ibu dan janin. Pada trimester III, pembesaran uterus dapat menekan diafragma dan vena cava inferior sehingga ibu lebih mudah mengalami keluhan napas pendek.

b) Kebutuhan Nutrisi

1) Ibu hamil membutuhkan sekitar 2.500 kalori per hari. Asupan kalori yang berlebihan dapat menyebabkan peningkatan berat badan dan obesitas yang menjadi salah satu faktor risiko preeklamsia. Total pertambahan berat badan selama kehamilan dianjurkan tidak lebih dari sekitar 10–12 kg.
2) Kebutuhan protein ibu hamil sekitar 85 gram per hari. Sumber protein dapat berasal dari bahan nabati, seperti kacang-kacangan, maupun sumber hewani berupa ikan, ayam, keju, susu, dan telur. Kekurangan protein dapat berisiko persalinan prematur, anemia, dan edema.
3) Kebutuhan kalsium yang tercantum dalam sumber adalah sekitar 1,5 kg per hari. Zat ini dibutuhkan terutama untuk mendukung perkembangan tulang dan otot janin. Kalsium dapat diperoleh dari susu, keju, *yoghurt*, maupun kalsium karbonat. Kekurangan kalsium dapat menyebabkan riketsia pada bayi atau *osteomalasia*.
4) Ibu hamil memerlukan sekitar 30 mg zat besi per hari, terutama setelah memasuki trimester II. Suplementasi dapat diberikan dalam bentuk *ferrous gluconate* atau *ferrous fumarate*. Kekurangan zat besi berisiko menyebabkan anemia defisiensi besi.
5) Kebutuhan asam folat selama kehamilan sekitar 400 mikrogram per hari. Asupan yang tidak mencukupi dapat meningkatkan risiko terjadinya anemia *megaloblastik*.
6) Air memiliki peran dalam proses pencernaan, transportasi zat, serta mempertahankan keseimbangan cairan tubuh dan suhu. Selama kehamilan, kebutuhan cairan meningkat sehingga ibu dianjurkan mengonsumsi sekitar 6–8 gelas atau 1.500–2.000 ml cairan setiap hari. Konsumsi minuman berkafein seperti teh, cokelat, dan kopi serta minuman dengan pemanis buatan perlu dibatasi.

c) Kebutuhan *Personal Hygiene*

Kebersihan diri perlu dipertahankan selama kehamilan karena perubahan anatomi pada abdomen, genitalia, lipatan paha, dan payudara dapat meningkatkan kelembapan kulit sehingga mikroorganisme lebih mudah berkembang. Ibu dianjurkan mandi menggunakan pancuran atau gayung dan menghindari berendam dalam *bathub* serta melakukan *vaginal douche*. Kebersihan daerah genital juga perlu diperhatikan karena kehamilan dapat meningkatkan sekresi vagina. Selain mandi secara teratur, ibu dianjurkan mengganti pakaian dalam sedikitnya dua kali sehari atau ketika sudah lembap.

d) Kebutuhan Seksual

Hubungan seksual pada masa kehamilan pada dasarnya dapat dilakukan selama tidak terdapat kondisi yang menjadi kontraindikasi. Beberapa keadaan yang perlu diperhatikan meliputi:

1) Riwayat abortus atau persalinan prematur;
2) Adanya perdarahan pervaginam;
3) Hubungan seksual dilakukan secara hati-hati terutama pada awal kehamilan; dan
4) Hubungan seksual tidak dianjurkan setelah ketuban pecah karena dapat meningkatkan risiko infeksi intrauterin.

e) Kebutuhan Eliminasi

Masalah eliminasi yang sering dialami ibu hamil adalah konstipasi dan peningkatan frekuensi buang air kecil. Konstipasi dapat dipengaruhi oleh progesteron yang menyebabkan relaksasi otot polos usus serta tekanan uterus yang semakin besar terhadap saluran pencernaan. Kondisi tersebut dapat dicegah dengan memperbanyak konsumsi makanan berserat dan air putih serta tidak menahan keinginan untuk buang air besar.

Frekuensi buang air kecil yang meningkat terutama pada trimester I dan III merupakan kondisi yang umum terjadi. Pada awal kehamilan, pembesaran uterus menekan kandung kemih, sedangkan pada trimester III tekanan tersebut semakin meningkat karena pertumbuhan janin. Pembatasan cairan untuk mengurangi frekuensi berkemih tidak dianjurkan karena dapat menyebabkan dehidrasi.

f) Mobilisasi/ *Body Mekanic*

Pembesaran abdomen menyebabkan pusat gravitasi tubuh bergeser sehingga tulang belakang menjadi lebih *lordosis*. Perubahan tersebut dapat menimbulkan keluhan pegal pada punggung dan kram kaki, terutama pada malam hari. Oleh karena itu, penerapan posisi tubuh dan mekanika tubuh yang benar diperlukan untuk mengurangi keluhan selama kehamilan.

g) Istirahat

Bertambahnya beban tubuh dan perubahan postur selama kehamilan dapat membuat ibu lebih mudah mengalami kelelahan. Istirahat dan tidur yang cukup karena itu menjadi kebutuhan penting, terutama menjelang akhir kehamilan. Posisi miring saat berbaring dapat membantu mempertahankan perfusi uterus dan *oksigenasi fetoplasenta*. Pada waktu istirahat singkat, posisi telentang dengan kaki disangga dapat membantu meningkatkan aliran vena dari tungkai serta mengurangi edema dan *varises*.

h) Senam Hamil

Senam hamil bukan merupakan kewajiban, tetapi dapat memberikan manfaat dalam mempersiapkan ibu menghadapi persalinan. Latihan tersebut dapat membantu melatih pernapasan dan relaksasi, memperkuat otot perut serta panggul, dan melatih teknik meneran. Tujuan pelaksanaannya adalah mempersiapkan kondisi fisik dan psikologis ibu secara bertahap agar lebih siap menghadapi persalinan. Manfaat senam hamil meliputi:

1) Memperbaiki sirkulasi darah;
2) Mengurangi pembengkakan;
3) Menjaga keseimbangan otot;
4) Mengurangi risiko gangguan *gastrointestinal* termasuk konstipas;
5) Mengurangi kram kaki;
6) Memperkuat otot perut; dan
7) Membantu mempercepat pemulihan setelah persalinan.

i) Imunisasi

Imunisasi selama kehamilan diberikan sebagai upaya mencegah penyakit yang dapat membahayakan ibu maupun janin. Salah satu imunisasi yang digunakan adalah *Tetanus Toksoid* (TT). Pemberiannya sesuai dengan status imunisasi ibu.

Imunisasi	Interval	Perlindungan
TT 1	Selama kunjungan 1	-
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	25 tahun – seumur hidup

Tabel 2.2 Jadwal Pemberian Tetanus Toksoid

j) Persiapan Laktasi

Persiapan menyusui sebaiknya dimulai sejak masa kehamilan agar payudara siap menjalankan fungsi laktasi setelah persalinan. Perawatan areola dan puting dilakukan secara lembut untuk membantu mencegah lecet maupun retakan. Payudara yang membesar, tegang, dan sensitif juga membutuhkan penyangga yang sesuai. Pemijatan payudara harus dilakukan secara hati-hati karena teknik yang tidak tepat dapat merangsang kontraksi uterus.

2.2.5 Ketidaknyamanan pada Kehamilan

Berbagai keluhan dapat muncul sebagai akibat perubahan fisiologis selama kehamilan. Jenis ketidaknyamanan dapat berbeda sesuai dengan trimester.

a) Trimester I

Keluhan yang sering ditemukan meliputi mual muntah, peningkatan frekuensi berkemih, mudah lelah, pusing, serta perubahan suasana hati yang berkaitan dengan perubahan hormonal.

b) Trimester II

Pada trimester kedua, ibu dapat mengalami nyeri punggung, konstipasi, kram kaki, peningkatan keputihan, serta perubahan pigmentasi kulit.

c) Trimester III

Memasuki trimester III, keluhan yang dapat dirasakan meliputi sesak napas ringan, edema tungkai, nyeri pinggang, gangguan tidur, sering berkemih, serta kontraksi palsu atau *Braxton Hicks.*

1) Konsep Dasar Nyeri Punggung

a. Pengertian Nyeri Punggung

Nyeri punggung menjadi salah satu ketidaknyamanan yang banyak dialami selama kehamilan, terutama pada trimester II dan III. Pembesaran uterus, peningkatan berat badan, perubahan postur, riwayat nyeri sebelumnya, serta pengaruh hormon relaksin yang melonggarkan ligamen dapat menjadi faktor yang berhubungan dengan munculnya keluhan tersebut.

Pada umumnya, nyeri punggung bawah mulai dirasakan sekitar usia kehamilan 4–7 bulan. Nyeri terutama berada di daerah lumbal dan dapat menjalar hingga bokong, paha, maupun tungkai bawah. Apabila berlangsung cukup berat, keluhan tersebut dapat mengganggu aktivitas serta kualitas hidup ibu hamil (Wulandari & Astuti, 2023).

b. Etiologi Nyeri Punggung

1. Pertambahan berat badan. Pertumbuhan janin dan pembesaran uterus meningkatkan tekanan pada daerah panggul dan punggung bawah.
2. Perubahan postur. Pembesaran uterus menyebabkan perubahan pusat gravitasi tubuh ibu.
3. Perubahan hormonal. Hormon relaksin menyebabkan ligamen di sekitar panggul menjadi lebih longgar sehingga kelenturan sendi meningkat.
4. Pemisahan otot abdomen. Pembesaran uterus dapat menyebabkan pemisahan otot abdomen sehingga nyeri punggung semakin berat.
5. Stres dan kondisi emosional. Stres dapat meningkatkan ketegangan otot dan membuat sensitivitas terhadap nyeri bertambah. Peningkatan hormon kortisol selama stres juga dapat menyebabkan otot lebih mudah mengalami ketegangan, termasuk pada daerah punggung (Putri & Lestari, 2023).

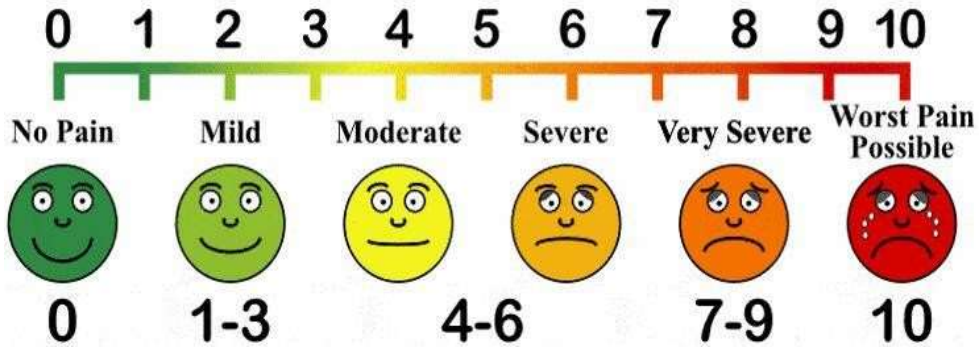
c. Akibat Nyeri Punggung

Nyeri punggung yang menetap dapat mengganggu aktivitas harian dan memengaruhi kondisi psikologis ibu. Rasa nyeri yang terus berlangsung dapat menyebabkan stres dan kelelahan sehingga menurunkan kenyamanan selama kehamilan.

Stres berkepanjangan pada ibu hamil juga dapat memengaruhi aliran darah uteroplasenta dan berpotensi mengurangi suplai oksigen kepada janin. Apabila tidak ditangani dengan baik, kondisi tersebut berpotensi berkaitan dengan gangguan kesejahteraan janin (*fetal distress*) (Hidayati & Nurhayati, 2023).

d. Skala Nyeri

1. Skala Nyeri "Wajah"



Gambar 2.1 Skala Nyeri Wajah

A Tidak merasakan nyeri sama sekali

B Nyeri hanya sedikit

C Sedikit lebih nyeri

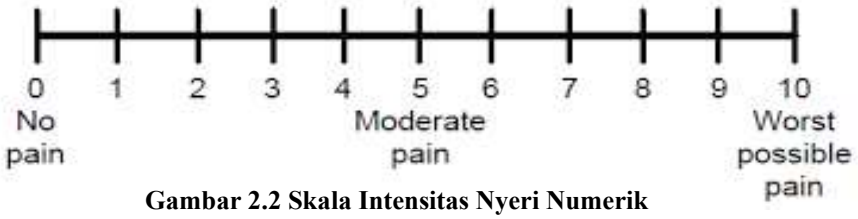
D Jauh lebih nyeri

E Jauh lebih nyeri sangat

F Sangat nyeri luar biasa hingga penderitaan sampe menagis

2. Skala Intensitas Nyeri Numerik

e. Penatalaksanaan Nyeri Punggung



Gambar 2.2 Skala Intensitas Nyeri Numerik

1. Mempertahankan postur tubuh yang baik;
2. Menghindari membungkuk secara berlebihan, mengangkat beban berat, dan berjalan tanpa istirahat;
3. Menggunakan alas kaki dengan hak rendah;
4. Menggunakan penyangga abdomen eksternal jika keluhan makin berat;

5. Memberikan kompres hangat pada punggung;
6. Melakukan pijatan atau usapan pada area punggung; dan
7. Menggunakan bantal sebagai penyangga ketika beristirahat atau tidur agar posisi punggung lebih lurus dan ketegangan otot berkurang..

2.2.6 Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda bahaya merupakan kondisi yang membutuhkan perhatian dan penanganan segera karena dapat mengancam kesehatan ibu maupun janin. Beberapa tanda yang perlu diwaspadai antara lain perdarahan pervaginam, nyeri perut hebat, sakit kepala berat, gangguan penglihatan, pembengkakan pada wajah dan tangan, demam tinggi, muntah berlebihan, ketuban pecah sebelum waktunya, serta berkurangnya gerakan janin.

Kemampuan ibu mengenali tanda bahaya sangat penting agar pertolongan dapat diperoleh secepat mungkin dan risiko komplikasi yang lebih berat dapat diminimalkan

2.2.7 Pelayanan *Antenatal Care* (ANC)

a) Pengertian ANC

Antenatal care (ANC) merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan selama kehamilan dengan tujuan memantau kondisi ibu dan janin, mempertahankan kesehatan ibu, serta menemukan faktor risiko maupun komplikasi sejak dini sehingga dapat dilakukan penatalaksanaan yang sesuai (Kemenkes RI, 2022).

b) Tujuan ANC

Pelayanan ANC bertujuan menjaga kesehatan fisik dan psikologis ibu, memantau pertumbuhan serta perkembangan janin, menemukan komplikasi secara dini, dan mempersiapkan ibu menghadapi persalinan. Selain itu, ANC juga menjadi sarana persiapan masa nifas, pemberian ASI, serta perawatan BBL (WHO, 2022).

c) Standar pelayanan ANC

1) **WHO (2016–masih digunakan secara global)** merekomendasikan sedikitnya 8 kali kontak ANC secara global untuk mendukung penurunan kematian perinatal dan meningkatkan pengalaman kehamilan yang positif.

2) **Kemenkes RI (2022–2023)** dalam pedoman nasional mencantumkan standar minimal 6 kali kunjungan, yaitu:
   - Trimester I: 1 kali
   - Trimester II: 2 kali
   - Trimester III: 3 kali

2.2.8 Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil

Pelayanan antenatal terpadu mencakup standar pelayanan 12 T, yaitu sebagai berikut:

1) Timbang Berat Badan dan Ukur Tinggi Badan

Pengukuran berat dan tinggi badan penting dilakukan sejak awal kehamilan. Data tersebut dapat digunakan untuk menentukan IMT dan memperkirakan faktor risiko yang berkaitan dengan status gizi, termasuk obesitas. Berat badan awal juga menjadi dasar untuk memantau peningkatan berat badan selama kehamilan. Kenaikan berat badan yang tercantum dalam sumber adalah sekitar 0,5 kg per minggu mulai trimester II, dengan total peningkatan sekitar 12–15 kg (Handayani, Yunita and Hidayah, 2023).

2) Ukur Tekanan Darah

Pemeriksaan tekanan darah dilakukan secara rutin selama ANC. Nilai tekanan darah yang dicantumkan sebagai normal pada ibu hamil adalah 110/80 mmHg–140/90 mmHg. Apabila tekanan darah melebihi 140/90 mmHg, perlu diwaspadai adanya preeklamsia (Kemenkes RI, 2020).

3) Nilai Status Gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas/LILA)

Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA) dilakukan pada kontak pertama trimester I untuk mendeteksi risiko Kurang Energi Kronis (KEK). Nilai LILA <23,5 cm digunakan sebagai indikator risiko KEK. Kondisi KEK pada ibu hamil dapat meningkatkan risiko melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) (Kemenkes RI, 2020).

4) Ukur Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Pengukuran TFU dilakukan pada setiap kunjungan untuk mengetahui kesesuaian pertumbuhan janin dengan usia kehamilan. Pengukuran dengan pita ukur dilakukan setelah usia kehamilan 24 minggu (Kemenkes RI, 2020).

Usia Kehamilan	Panjang cm	Pembesaran uterus
12 minggu	-	Teraba di atas *simfisis pubis*
16 minggu	-	Ditengah, antara *simfisis pubis* dan *umbilicus*
20 minggu	20 cm (± 2 cm)	Pada umbilicus
22-27 minggu	28 cm (± 2 cm)	Ditengah, antara *umbilikus* dan *prosesus xifoideus* (px)
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu (± 2 cm)	-
36 minggu	36 cm (± 2 cm)	Pada *Prosesus Xifoideus* (px)

Tabel 2.3 Perubahan TFU dan Pembesaran Uterus

5) Tentukan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ)

Presentasi janin mulai dinilai pada akhir trimester II dan dilanjutkan pada setiap kunjungan untuk mengetahui posisi janin. Apabila pada trimester III bagian terbawah janin bukan kepala dan kepala belum masuk PAP, kondisi tersebut dapat menunjukkan adanya kelainan posisi, panggul sempit, atau masalah lainnya. DJJ mulai dinilai pada akhir trimester I dan kemudian diperiksa pada setiap kunjungan antenatal. DJJ <120 kali/menit atau >160 kali/menit menunjukkan kondisi yang perlu diwaspadai sebagai kegawatan janin (Kemenkes RI, 2020).

6) Status Imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Pemberian imunisasi TT ditujukan untuk mencegah tetanus neonatorum. Status imunisasi ibu perlu diketahui terlebih dahulu sebelum pemberian imunisasi. Ibu yang telah mencapai status TT5 atau TT *Long Life* tidak memerlukan pemberian TT berikutnya (Kemenkes RI, 2020).

Imunisasi	Interval	Masa Perlindungan	Perlindungan (%)
TT 1	Pada kunjungan ANC pertama	Tidak ada	-
TT 2	4 minggu setelah TT 1	3 tahun	80
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun	95
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10 tahun	99
TT 5	1 tahun setelah TT 4	25 tahun/ seumur hidup	99

Tabel 2.4 Pemberian Imunisasi TT

7) Pemberian Tablet Tambah Darah (Tablet Besi)

Pemberian tablet tambah darah dan asam folat ditujukan untuk mencegah anemia defisiensi besi. Setiap ibu hamil dianjurkan memperoleh minimal 90 tablet selama kehamilan sejak kontak pertama. Peningkatan volume darah untuk memenuhi kebutuhan plasenta dan janin menyebabkan kebutuhan zat besi meningkat. Zat besi juga dibutuhkan dalam pembentukan jaringan baru, termasuk jaringan otak janin. Kadar Hb ibu cenderung menurun pada trimester I, mencapai titik terendah pada trimester II, kemudian meningkat kembali pada trimester III (Kemenkes RI, 2020).

8) Tes Laboratorium (Rutin dan Khusus)

Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil, yaitu *hemoglobin,* golongan darah, protein urin, urin reduksi, kadar gula darah dan pemeriksaan spesifik daerah endemis/ epidemis (malaria), IMS, triple eliminasi (HIV, Sifilis dan Hepatitis B) dan lain-lain dilakukan pada trimester I dan Trimester III (Kemenkes RI, 2020).

9) Tatalaksana Kasus

Setiap kelainan yang ditemukan melalui pemeriksaan *antenatal* maupun pemeriksaan laboratorium perlu mendapatkan penanganan sesuai standar pelayanan dan kewenangan bidan. Apabila kondisi berada di luar kewenangan, diperlukan tindak lanjut sesuai prosedur pelayanan.

10) Temu wicara / Konseling

Setiap kunjungan ANC perlu memberikan kesempatan kepada ibu untuk memperoleh konseling. Materi konseling dapat mencakup persiapan persalinan, pencegahan komplikasi, serta perencanaan keluarga berencana setelah persalinan (Kemenkes RI, 2020).

11) Pemeriksaan USG

Pelayanan antenatal terpadu mencakup pemeriksaan USG obstetri dasar terbatas untuk membantu melakukan skrining kondisi ibu dan janin. Dalam sumber, pemeriksaan tersebut dilakukan pada kunjungan pertama dan kelima sesuai standar ANC. Pemeriksaan dapat mencakup penilaian kehamilan intrauterin atau ekstrauterin, kondisi hidup atau tidaknya janin, DJJ, presentasi janin, biometri,

tafsiran berat janin, usia kehamilan, tafsiran persalinan, kondisi dan lokasi plasenta, serta jumlah cairan amnion (Kemenkes RI, 2024).

12) Skrining kesehatan jiwa

Skrining kesehatan jiwa dilakukan pada kunjungan antenatal pertama dan kelima serta dapat dilakukan apabila terdapat indikasi. Tujuannya adalah menemukan sejak dini risiko masalah kesehatan jiwa pada ibu hamil. Instrumen yang digunakan dalam sumber adalah SRQ-20 (*self report questionnaire)* yang diisi oleh ibu sebagai bentuk penilaian diri. Hasil skrining menjadi dasar dalam menentukan intervensi dan tindak lanjut yang diperlukan (Kemenkes RI, 2024).

2.3 Konsep Dasar Persalinan

2.3.1 Pengertian Persalinan

Persalinan merupakan proses keluarnya hasil konsepsi yang telah mampu hidup dari uterus melalui jalan lahir. Persalinan normal terjadi pada usia kehamilan 37–42 minggu, dengan janin lahir secara spontan melalui presentasi belakang kepala dan berlangsung tanpa komplikasi pada ibu maupun janin (Roasiana *et al.,* 2021). Menurut Sarwono (2021), proses persalinan ditandai dengan serviks yang mengalami penipisan dan pembukaan disertai penurunan janin menuju jalan lahir. Sementara itu, kelahiran merupakan proses ketika janin beserta ketuban didorong keluar melalui jalan lahir.

2.3.2 Tanda-Tanda Persalinan

1) Kontraksi uterus

Kontraksi uterus menjadi salah satu tanda utama dimulainya persalinan. Kontraksi yang sebenarnya berlangsung secara teratur, berirama, dan semakin kuat. Dalam setiap kontraksi terdapat tiga fase, yaitu:

a) *Increment*, yaitu fase ketika intensitas kontraksi mulai meningkat;
b) *Acme*, merupakan puncak kekuatan kontraksi; dan
c) *Decement*, yaitu saat kontraksi mulai mengalami relaksasi.

Seiring kemajuan persalinan, kontraksi menjadi semakin sering, kuat, dan teratur.

2) Keluarnya lendir bercampur darah

Selama kehamilan, lendir yang berasal dari kelenjar serviks membentuk sumbatan pada leher rahim. Menjelang persalinan, sumbatan tersebut terlepas

akibat perubahan pada serviks dan kontraksi uterus sehingga keluar lendir berwarna kemerahan bercampur darah. Kondisi ini dikenal dengan *bloody show*.

3) Pecahnya ketuban

Pecahnya selaput ketuban merupakan salah satu peristiwa yang dapat terjadi menjelang atau selama proses persalinan. Cairan ketuban yang keluar berasal dari rongga amnion dan jumlahnya dapat cukup banyak. Dalam sumber disebutkan bahwa setelah ketuban pecah diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam; apabila persalinan tidak berlangsung, diperlukan penatalaksanaan lebih lanjut sesuai kondisi ibu dan janin.

4) Pembukaan dan *effacement serviks*

Dilatasi merupakan proses terbukanya kanalis servikalis secara bertahap akibat kontraksi uterus. Sementara itu, *effacement* adalah proses penipisan atau pemendekan serviks yang semula sekitar 1–2 cm hingga menjadi sangat tipis. Menjelang persalinan, ibu biasanya merasakan kontraksi yang semakin kuat, sering, dan teratur. Pengeluaran lendir bercampur darah juga dapat bertambah akibat perubahan dan robekan kecil pada pembuluh darah serviks. Perubahan tersebut berjalan bersama dengan penipisan serta pembukaan serviks (Walyani dan Puwoastuti, 2021).

2.3.3 Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

a) *Passage*

Passage merupakan jalan lahir yang terdiri atas bagian keras dan lunak. Bagian keras berupa tulang panggul, sedangkan bagian lunak meliputi uterus, otot dasar panggul, dan perineum. Karena janin harus melewati jalan lahir yang relatif kaku, ukuran dan bentuk panggul menjadi salah satu faktor yang perlu diperhatikan sebelum persalinan.

b) *Power*

Power merupakan tenaga yang berperan dalam proses kelahiran. Kekuatan tersebut berasal dari kontraksi atau his uterus serta tenaga meneran ibu. Kontraksi dan retraksi otot uterus menjadi kekuatan utama yang mendorong proses persalinan.

c) *Passenger*

1) Janin. Kepala merupakan bagian janin yang paling besar dan keras sehingga ukuran serta posisinya dapat memengaruhi proses persalinan.
2) Plasenta. Plasenta juga melewati jalan lahir bersama janin, meskipun pada persalinan normal biasanya tidak menjadi hambatan utama.
3) Amnion. Pada kehamilan aterm, amnion merupakan membran yang kuat tetapi tetap lentur. Ketahanan membran ini penting karena berkaitan dengan kemampuan mempertahankan keutuhan selaput ketuban.

Penurunan bagian presentasi janin melewati panggul dipengaruhi oleh beberapa kekuatan, termasuk tekanan cairan amnion dan perubahan yang terjadi saat serviks mengalami dilatasi.

d) Psikis ibu

Kondisi psikologis ibu dapat memengaruhi proses persalinan. Penerimaan terhadap kehamilan, kesiapan menghadapi persalinan, kemampuan bekerja sama dengan penolong, serta kemampuan beradaptasi terhadap nyeri merupakan aspek yang perlu diperhatikan.

e) Penolong

Kemampuan tenaga kesehatan turut berperan dalam pelayanan persalinan. Pengetahuan, keterampilan, pengalaman, kesabaran, dan kemampuan berkomunikasi diperlukan ketika menghadapi ibu, baik primipara maupun multipara.

2.3.4 Tahapan Persalinan

a) Kala I: Kala Pembukaan

Kala I berlangsung sejak munculnya kontraksi dan dimulainya pembukaan serviks hingga pembukaan lengkap 10 cm. Tahap ini terdiri atas dua fase:

1) **Fase laten** ditandai dengan pembukaan serviks yang masih awal dan berlangsung secara bertahap.
2) **Fase aktif** ditandai dengan kontraksi yang semakin kuat dan teratur serta pembukaan serviks dari sekitar 4 cm hingga lengkap. Sumber mencantumkan lama fase aktif sekitar 6 jam dengan tiga periode:
    a. Periode akselerasi selama 2 jam, dengan pembukaan sekitar 4 cm;

b. Periode dilatasi maksimal selama 2 jam, ketika pembukaan berlangsung cepat dari 4 menjadi 9 cm; dan
c. Periode deselerasi selama 2 jam, ketika pembukaan dari 9 cm mencapai 10 cm atau lengkap fase aktif.

b) Kala II: Kala pengeluaran janin

Kala II dimulai ketika pembukaan serviks telah lengkap dan berakhir dengan lahirnya bayi. Pada tahap ini, kontraksi uterus yang kuat bekerja bersama tenaga meneran ibu untuk mendorong janin keluar.

Ciri-ciri kala II antara lain:

1) Kontraksi semakin kuat, cepat, dan berlangsung sekitar setiap 2–3 menit;
2) Kepala janin telah turun ke rongga panggul sehingga ada dorongan meneran;
3) Ibu merasakan tekanan pada rektum seperti ingin buang air besar; dan
4) Anus mulai membuka

Saat kepala mulai tampak, vulva membuka dan perineum meregang. Dengan kontraksi dan meneran yang terpimpin, kepala kemudian lahir diikuti seluruh tubuh bayi. Sumber mencantumkan lama kala II:

1) Primipara kala II sekitar 1,5 jam- 2 jam
2) Multipara kala II sekitar 0,5 jam- 1 jam

c) Kala III: Kala pengeluaran uri

Kala III dimulai setelah bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta. Setelah bayi lahir, uterus mengalami kontraksi kembali sehingga plasenta mengalami pelepasan dan terdorong menuju vagina. Proses ini umumnya berlangsung sekitar 5–30 menit dan dapat disertai perdarahan sekitar 100–200 cc.

1) Fase pelepasan uri
   a. *Schulte*, Sebanyak 80% yang terlebih dahulu lepas di tengah kemudian terjadi reteroplasenterhematoma yang menolak uri-uri mula-mula di tenngah kemudian seluruhnya, menurut cara ini perdarahan biasanya tidak ada sebelum uri lahir dan banyak setelah uri lahir.
   b. *Dunchan*, Lepasnya uri mulai dari pinggirnya, jadi lahir terlebih dahulu dari pinggi (20%) dan darah akan mengalir semua antara selaput ketuban
   c. Serempak dari tengah dan pinggir plasenta.

2) Fase pengeluaran uri

a. *Kustner*, Meletakkan tangan dengan tekanan pada atas symfisis, tali pusat diregangkan, bila plasenta masuk berarti belum lepas, bila tali pusat diam dan maju (memanjang) berarti plasenta sudah terlepas.
b. Klien, Sewaktu ada his kita dorong sedikit rahim, bila tali pusat kembali berarti belum lepas, bila diam berarti sudah terlepas.
c. Strasman, Tegangkan tali pusat dan ketuk pada fundus, bila tali pusat bergetar berarti belum lepas, bila tidka bergetar berarti sudah terlepas.
d. Rahim menonjol di atas simfisis, yaitu tampak menonjol atau lebih tinggi dari simfisis.
e. Tali pusat bertambah panjang, salah satu tanda terjadinya pelepasan plasenta.
f. Bentuk uterus berubah menjadi lebih bulat dan konsistensinya terasa keras setelah plasenta terlepas.

d) Kala IV: Tahap pengawasan

Kala IV merupakan dua jam pertama setelah plasenta lahir. Periode ini membutuhkan pemantauan ketat karena perdarahan postpartum dapat terjadi pada tahap tersebut. Selama observasi, kondisi ibu, kontraksi uterus, perdarahan, serta tanda-tanda vital perlu dipantau. Perdarahan yang berlebihan dapat berkaitan dengan kontraksi uterus yang tidak adekuat atau atonia uteri.

2.3.5 Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

a) Kebutuhan Fisik pada Persalinan

1) Kala I

Pada kala I, kebutuhan ibu perlu disesuaikan dengan kondisi dan kemajuan persalinan hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Kebutuhan-kebutuhan yang harus terpenuhi di kala 1 antara lain:

a. Mengatur aktivitas dan posisi ibu

Selama menunggu pembukaan lengkap, ibu masih dapat bergerak sesuai kemampuan. Berjalan, berdiri, duduk, jongkok, berbaring miring, atau merangkak dapat menjadi pilihan posisi yang nyaman. Posisi tegak dapat membantu penurunan kepala janin dan mendukung kemajuan persalinan.

Posisi telentang tidak dianjurkan karena berat uterus, janin, cairan ketuban, dan plasenta dapat menekan *vena cava inferior*. Kondisi tersebut dapat mengurangi aliran darah menuju plasenta dan menyebabkan hipoksia janin serta memperlambat persalinan.

b. Membimbing ibu untuk rileks saat ada his

Ketika his muncul, ibu dapat melakukan pernapasan dalam kemudian mengeluarkannya secara perlahan untuk membantu menghadapi rasa nyeri.

c. Menjaga kebersihan ibu dan berkemih

Kandung kemih yang penuh dapat menghambat penurunan bagian terbawah janin, menimbulkan ketidaknyamanan, meningkatkan risiko perdarahan akibat atonia uteri, mengganggu penanganan distosia bahu, serta meningkatkan risiko infeksi saluran kemih.

d. Pemberian cairan dan nutrisi

Asupan makanan ringan dan cairan perlu dipenuhi sesuai kondisi ibu. Cairan yang cukup membantu mencegah dehidrasi dan mempertahankan energi selama persalinan. Dehidrasi dapat menyebabkan kontraksi menjadi kurang efektif atau tidak teratur.

2) Kala II

Pada kala II, ibu membutuhkan dukungan karena kontraksi dan aktivitas meneran dapat meningkatkan kelelahan:

a. Kandung kemih perlu dijaga tetap kosong dengan menganjurkan ibu berkemih secara berkala;
b. Kebersihan daerah genital tetap diperhatikan, terutama bila terdapat lendir darah atau cairan ketuban;
c. Asupan cairan tetap diberikan untuk mencegah dehidrasi;
d. Ibu diberikan kesempatan memilih posisi meneran yang nyaman dan dapat berganti posisi sesuai kebutuhan.

Saat meneran, ibu dianjurkan mengikuti dorongan alami ketika kontraksi datang, tidak menahan napas terlalu lama, beristirahat di antara kontraksi, serta memilih posisi yang memudahkan proses meneran. Dorongan pada fundus oleh

tenaga kesehatan tidak dianjurkan karena dapat meningkatkan risiko distosia bahu dan ruptur uteri.

3) Kala III

Setelah bayi lahir, kebersihan daerah vulva dan perineum tetap dipertahankan untuk mencegah infeksi. Pembersihan dilakukan menggunakan bahan yang bersih dengan arah dari anterior menuju posterior. Pembalut juga perlu diganti secara berkala dan daerah perineum dijaga tetap kering. Setelah mengeluarkan banyak tenaga selama persalinan, ibu membutuhkan makanan, minuman, dan waktu istirahat yang cukup. Pemenuhan kebutuhan tersebut membantu pemulihan kondisi ibu setelah persalinan.

4) Kala IV

Kala IV berlangsung sejak plasenta lahir hingga dua jam setelahnya. Periode ini merupakan masa pemantauan penting karena ibu masih memiliki risiko mengalami perdarahan. Bidan perlu mengawasi keadaan umum, kontraksi uterus, perdarahan, serta tanda-tanda vital ibu.

b) Kebutuhan Psikologis pada Persalinan

Dukungan psikologis diperlukan untuk membantu ibu menghadapi rasa nyeri dan kecemasan selama persalinan.

a. Sugestis

Ibu diberikan penguatan positif mengenai kemampuan dirinya dalam menghadapi persalinan. Sikap ramah, komunikasi yang baik, dan suasana yang menyenangkan dapat membantu membangun rasa aman serta kepercayaan diri.

b. Mengalihkan perhatian

Fokus yang terlalu besar terhadap rasa nyeri dapat membuat nyeri terasa semakin berat. Karena itu, perhatian ibu dapat dialihkan melalui percakapan, humor ringan, atau kegiatan lain yang sesuai dengan kondisinya.

c. Kepercayaan

Ibu perlu dibantu untuk membangun keyakinan bahwa dirinya mampu menghadapi persalinan. Kepercayaan kepada bidan atau tenaga kesehatan yang mendampingi juga penting agar ibu merasa lebih aman selama proses persalinan.

2.3.6 Asuhan Persalinan Normal

Asuhan persalinan normal dalam sumber terdiri atas 60 langkah, yang secara ringkas dan dengan struktur kalimat yang telah diubah dapat disusun:

1) Mengenali tanda-tanda dimulainya kala II.
2) Memastikan seluruh perlengkapan pertolongan persalinan tersedia dan oksitosin telah disiapkan.
3) Menggunakan celemek atau APD.
4) Melepas perhiasan tangan dan mencuci tangan dengan sabun serta air mengalir.
5) Menggunakan sarung tangan DTT pada tangan untuk pemeriksaan vaginal.
6) Menyiapkan oksitosin dalam spuit dan meletakkannya pada partus set.
7) Membersihkan vulva serta perineum menggunakan kapas DTT dengan arah yang benar.
8) Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap dan kondisi selaput ketuban.
9) Melakukan dekontaminasi sarung tangan menggunakan larutan klorin 0,5%.
10) Memeriksa DJJ setelah kontraksi berakhir dan memastikan berada dalam batas normal.
11) Memberitahukan ibu bahwa pembukaan telah lengkap dan mengarahkan ibu meneran ketika ada dorongan.
12) Membantu keluarga menyiapkan posisi ibu yang nyaman.
13) Membimbing ibu meneran ketika kontraksi dan dorongan meneran kuat.
14) Ketika kepala tampak sekitar 5–6 cm di vulva, menyiapkan handuk bersih di atas perut ibu.
15) Menyiapkan kain bersih di bawah bokong ibu.
16) Membuka partus set.
17) Menggunakan sarung tangan DTT pada kedua tangan.
18) Saat suboksiput berada di bawah simfisis, melindungi perineum dan mengendalikan lahirnya kepala agar tidak terjadi defleksi terlalu cepat.
19) Membersihkan wajah bayi menggunakan kasa atau kain bersih.
20) Memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher.
21) Menunggu putaran paksi luar kepala secara spontan.

22) Melahirkan bahu secara hati-hati dengan teknik yang sesuai. Apabila terdapat lilitan tali pusat yang menghambat kelahiran, dilakukan tindakan sesuai kondisi.
23) Menyangga kepala, leher, dan bahu bayi setelah bahu lahir.
24) Menelusuri tubuh bayi sampai tungkai dan memegang bagian bawah tubuh bayi.
25) Setelah bayi lahir seluruhnya, menyangga bayi dan meletakkannya di atas perut ibu sesuai kondisi.
26) Segera mengeringkan tubuh dan kepala bayi.
27) Menjepit tali pusat sekitar 3 cm dari umbilikus dan memasang klem berikutnya sesuai prosedur.
28) Memotong tali pusat di antara kedua klem.
29) Mengganti kain bayi dengan kain bersih dan kering.
30) Memberikan bayi kepada ibu untuk disusui apabila ibu menghendaki.
31) Memeriksa fundus uteri untuk memastikan tidak terdapat janin kedua.
32) Memberitahukan ibu sebelum pemberian oksitosin.
33) Memberikan oksitosin 10 unit secara intramuskular pada paha kanan bagian luar sesuai prosedur.
34) Memindahkan klem tali pusat hingga berjarak sekitar 5–10 cm dari vulva.
35) Menahan uterus melalui atas simfisis dan memegang tali pusat dengan tangan lainnya.
36) Saat uterus berkontraksi, melakukan peregangan tali pusat terkendali sesuai teknik.
37) Ketika terdapat tanda pelepasan plasenta, meminta ibu meneran ringan sambil melakukan tarikan tali pusat sesuai kurva jalan lahir.
38) Membantu kelahiran plasenta secara hati-hati dan melakukan putaran apabila diperlukan untuk mencegah robekan selaput ketuban.
39) Setelah plasenta lahir, melakukan masase fundus hingga uterus berkontraksi dengan baik.
40) Memeriksa kelengkapan kotiledon dan selaput ketuban.
41) Memeriksa adanya robekan jalan lahir yang menyebabkan perdarahan aktif dan melakukan penjahitan bila diperlukan.

42) Menilai kembali kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam.
43) Membersihkan sarung tangan dan melakukan dekontaminasi sesuai prosedur.
44) Mengikat tali pusat sekitar 1 cm dari umbilikus.
45) Melakukan pengikatan kedua pada tali pusat.
46) Melepaskan klem dan memasukkannya ke larutan klorin 0,5%.
47) Membungkus bayi kembali dengan kain bersih.
48) Memberikan bayi kepada ibu untuk disusui.
49) Memantau kontraksi uterus, perdarahan, dan tanda vital ibu.
50) Mengajarkan ibu atau keluarga cara menilai kontraksi uterus serta melakukan masase bila kontraksi tidak baik.
51) Menilai jumlah perdarahan.
52) Memeriksa denyut nadi ibu.
53) Merendam peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5%.
54) Membuang bahan terkontaminasi pada tempat yang telah disediakan.
55) Membersihkan tubuh ibu dari sisa cairan ketuban, lendir, dan darah serta mengganti pakaian dengan yang bersih.
56) Memastikan kenyamanan ibu dan membantu memenuhi kebutuhan minumnya.
57) Melakukan dekontaminasi tempat persalinan.
58) Membersihkan serta melepaskan sarung tangan dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
59) Mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir.
60) Melengkapi dokumentasi partograf dan memeriksa kembali tekanan darah ibu..

2.4 Konsep Dasar Nifas

2.4.1 Pengertian Nifas

Masa nifas merupakan periode setelah persalinan ketika organ reproduksi secara bertahap mengalami pemulihan menuju kondisi sebelum hamil. Dalam sumber, masa ini dimulai setelah dua jam postpartum dan umumnya berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, meskipun pemulihan fisik dan psikologis secara keseluruhan dapat berlangsung hingga sekitar tiga bulan. Istilah *postpartum* atau

puerperium berasal dari bahasa Latin, yaitu *puer* yang berarti bayi dan *parous* yang berarti melahirkan (Sulfianti *et al.*, 2021).

Secara umum, terdapat tiga proses utama selama masa nifas, yaitu:

1) Involusi atau pengecilan uterus;
2) Kembalinya kondisi hemokonsentrasi darah; dan
3) Berlangsungnya proses laktasi atau menyusui.

2.4.2 Perubahan Masa Nifas

a) Perubahan sistem reproduksi

1) Involusi uteri (pengerutan uterus)

Involusi merupakan proses kembalinya uterus menuju ukuran sebelum hamil dan persalinan. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir dan dipengaruhi oleh kontraksi otot polos uterus (Azizah and Rosyidah, 2019). Pada akhir kala III, uterus berada di garis tengah sekitar 2 cm di bawah umbilikus dan beratnya sekitar 1.000 gram. Penurunan hormon estrogen dan progesteron setelah persalinan turut mendukung dimulainya proses involusi.

Perubahan TFU selama masa nifas dapat diringkas sebagai berikut:

a. Saat bayi lahir, fundus setinggi pusat dengan berat sekitar 1.000 gram.
b. Akhir kala III, TFU sekitar 2 jari di bawah pusat.
c. Satu minggu postpartum, TFU berada di pertengahan pusat dan simfisis dengan berat sekitar 500 gram.
d. Dua minggu postpartum, TFU berada di atas simfisis dengan berat sekitar 350 gram.
e. Enam minggu postpartum, fundus sudah tidak teraba dengan berat sekitar 50 gram.

2) Involusi tempat implantasi plasenta

Setelah plasenta lahir, tempat implantasinya meninggalkan permukaan yang kasar dan tidak rata dengan ukuran awal kurang lebih sebesar telapak tangan. Luka tersebut secara bertahap mengecil hingga sekitar 2–4 cm pada akhir minggu kedua dan menjadi sekitar 1–2 cm pada akhir masa nifas. Pada awal masa nifas, area bekas implantasi masih mengandung banyak pembuluh darah

besar yang mengalami trombosis. Regenerasi endometrium berlangsung sekitar enam minggu dan secara bertahap jaringan tersebut mengalami pemulihan.

3) Perubahan ligamen

Ligamen dan diafragma pelvis yang mengalami peregangan selama kehamilan dan persalinan secara perlahan kembali menuju kondisi sebelumnya. Ligamentum rotundum dapat menjadi lebih longgar sehingga posisi uterus dapat mengalami retrofleksi. Selain itu, fasia dan jaringan penunjang organ genital juga masih mengalami kelonggaran setelah persalinan (Nugroho *et al.*, 2020).

4) Perubahan pada serviks

Bersamaan dengan involusi uterus, serviks juga mengalami perubahan. Setelah persalinan, serviks tampak terbuka seperti corong karena korpus uterus mengalami kontraksi sedangkan serviks tidak berkontraksi dengan kekuatan yang sama. Warna serviks dapat tampak merah kehitaman akibat banyaknya pembuluh darah dan konsistensinya masih lunak. Robekan kecil selama proses dilatasi dapat menyebabkan serviks tidak kembali sepenuhnya seperti kondisi sebelum kehamilan

5) *Lochea*

Selama masa nifas, cairan akan keluar melalui vagina. Cairan tersebut terdiri atas darah, trombosit, jaringan endometrium, sel-sel tua, dan sel nekrotik yang disebut *lochea*. Tahapan perubahan lochea meliputi:

a. *Lochea rubra*, berwarna merah tua dan berlangsung sekitar tiga hari pertama setelah persalinan.
b. *Lochea sanguinolenta*, berwarna merah kecokelatan dan berlendir, umumnya berlangsung pada hari ke-4 sampai ke-7 postpartum.
c. *Lochea serosa*, berwarna kekuningan hingga merah muda/pudar dan biasanya muncul sekitar minggu pertama hingga kedua postpartum.
d. *Lochea alba*, berwarna kekuningan kemudian bening atau putih dan dapat berlangsung hingga minggu keenam postpartum.

6) Perubahan pada vulva, vagina dan perineum

Vulva dan vagina mengalami peregangan serta tekanan selama persalinan sehingga setelah melahirkan kondisinya masih lebih longgar. *Rugae* vagina

mulai tampak kembali sekitar minggu ketiga. Himen berubah menjadi tonjolan kecil yang kemudian membentuk *carunculae myrtiformes*, terutama pada wanita multipara. Perineum dapat mengalami robekan secara spontan maupun melalui episiotomi sesuai indikasi. Latihan otot perineum dapat membantu mengembalikan tonus otot serta memperbaiki kekuatan jaringan secara bertahap.

b) Perubahan sistem pencernaan

Konstipasi sering dialami ibu setelah persalinan. Kondisi tersebut dapat dipengaruhi oleh pola makan selama persalinan yang kurang serat serta rasa takut buang air besar akibat nyeri atau kekhawatiran jahitan perineum terbuka. Buang air besar umumnya diharapkan terjadi sekitar hari ke-3 atau ke-4 setelah persalinan. Apabila konstipasi tetap berlangsung, sumber mencantumkan kemungkinan pemberian laksatif secara oral atau rektal.

c) Perubahan sistem perkemihan

Kesulitan berkemih dapat terjadi dalam 24 jam pertama postpartum. Kondisi ini berkaitan dengan spasme sfingter dan edema leher kandung kemih akibat tekanan kepala janin selama persalinan. Sebaliknya, produksi urine dapat meningkat pada 12–36 jam setelah persalinan. Penurunan estrogen setelah plasenta lahir menyebabkan diuresis, sedangkan ureter yang sebelumnya mengalami dilatasi secara bertahap kembali ke kondisi normal dalam waktu sekitar enam minggu.

d) Perubahan sistem muskuloskeletal

Kontraksi uterus segera setelah persalinan membantu menekan pembuluh darah di antara serabut otot sehingga perdarahan dapat dihentikan. *Ligamen, fasia,* dan *diafragma pelvis* yang mengalami peregangan selama kehamilan serta persalinan secara bertahap mengalami pemulihan. Pemulihan jaringan penunjang genitalia, otot perut, dan dasar panggul dapat dibantu melalui senam nifas. Dalam sumber, latihan tersebut dapat mulai dilakukan sekitar hari kedua postpartum apabila kondisi ibu memungkinkan.

e) Perubahan sistem endokrin

Setelah plasenta lahir, terjadi perubahan hormonal yang cukup cepat. Selama kehamilan, estrogen dan progesteron berperan mempersiapkan payudara untuk

laktasi. Kolostrum dapat mulai keluar pada trimester III dan minggu pertama postpartum. Ukuran payudara bertambah akibat peningkatan *vaskularisasi* dan sistem *limfatik*. Waktu yang dibutuhkan hormon untuk kembali ke kadar sebelum hamil dipengaruhi oleh apakah ibu menyusui atau tidak.

f) Perubahan tanda-tanda vital

1) Suhu Badan

   Setelah persalinan, suhu tubuh dapat meningkat sekitar 0,5°C akibat kelelahan, aktivitas selama persalinan, dan kehilangan cairan. Peningkatan suhu sekitar hari keempat juga dapat berkaitan dengan proses pembentukan ASI maupun infeksi. Suhu >38°C perlu diwaspadai sebagai kemungkinan infeksi postpartum.

2) Nadi

   Denyut nadi normal orang dewasa sekitar 60–80 kali/menit. Setelah persalinan, nadi dapat mengalami perubahan. Bila mencapai lebih dari 100 kali/menit, perlu diperhatikan kemungkinan infeksi atau perdarahan postpartum.

3) Tekanan Darah

   Tekanan darah normal yang dicantumkan adalah sekitar 90–120 mmHg sistolik dan 60–80 mmHg diastolik. Penurunan tekanan darah postpartum dapat berhubungan dengan perdarahan, sedangkan peningkatan tekanan darah dapat menjadi tanda preeklamsia postpartum.

4) Respirasi

   Frekuensi pernapasan normal orang dewasa sekitar 16–24 kali/menit. Pada masa postpartum, pernapasan umumnya tetap normal atau lebih lambat karena ibu berada dalam masa pemulihan. Peningkatan frekuensi napas menjadi tanda yang perlu diwaspadai, terutama bila berkaitan dengan syok.

g) Perubahan sistem karduovaskular

Selama kehamilan, volume darah meningkat untuk memenuhi kebutuhan plasenta dan sirkulasi uterus. Setelah persalinan, penurunan estrogen dan progesteron menyebabkan retensi cairan berkurang sehingga terjadi diuresis dan volume plasma secara bertahap kembali menuju normal.

Kehilangan darah yang tercantum dalam sumber berkisar 300–400 cc pada persalinan pervaginam, sedangkan pada persalinan seksio sesarea dapat mencapai sekitar dua kali lipat. Perubahan volume darah dan hemokonsentrasi secara bertahap akan kembali mendekati keadaan normal dalam beberapa minggu postpartum.

h) Perubahan sistem hematologi

Pada awal masa nifas, kadar fibrinogen dan plasma mengalami sedikit penurunan, sedangkan darah menjadi lebih kental karena peningkatan viskositas. Hematokrit dan hemoglobin mengalami perubahan selama beberapa hari pertama postpartum dan umumnya kembali mendekati kondisi sebelum hamil dalam sekitar 4–5 minggu jika tidak terdapat komplikasi. Leukosit dapat meningkat selama persalinan dan beberapa hari postpartum. Aktivasi faktor pembekuan setelah persalinan juga meningkatkan kecenderungan pembentukan trombus sehingga kondisi tungkai perlu diperhatikan untuk mendeteksi tanda trombosis.

i) Perubahan Psikologi Pada Masa Nifas

Adaptasi psikologis ibu setelah persalinan berlangsung melalui beberapa tahap:

1) Fase *taking in*

Fase ini umumnya berlangsung pada hari pertama hingga kedua setelah persalinan. Ibu masih membutuhkan bantuan dan lebih banyak memusatkan perhatian pada kondisi dirinya. Pengalaman persalinan juga sering diceritakan berulang kali. Dukungan suami, keluarga, dan tenaga kesehatan dibutuhkan agar ibu merasa didengar dan diperhatikan. Beberapa masalah yang dapat muncul antara lain kekecewaan terhadap kondisi bayi yang tidak sesuai harapan, ketidaknyamanan fisik, rasa bersalah karena belum mampu menyusui, serta kurangnya dukungan keluarga.

2) Fase *taking hold*

Fase ini berlangsung sekitar hari ke-3 hingga ke-10 postpartum. Ibu mulai memiliki perhatian lebih besar terhadap kemampuan merawat dirinya dan bayi. Pada tahap ini ibu dapat menjadi lebih sensitif, mudah tersinggung, dan khawatir terhadap tanggung jawab barunya. Fase ini berlangsung sekitar hari ke-3 hingga ke-10 postpartum. Ibu mulai memiliki perhatian lebih besar terhadap

kemampuan merawat dirinya dan bayi. Pada tahap ini ibu dapat menjadi lebih sensitif, mudah tersinggung, dan khawatir terhadap tanggung jawab barunya.

3) Fase *letting go*

Pada tahap ini ibu mulai menerima dan menjalankan peran barunya. Ibu menjadi lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya serta semakin percaya diri dalam melakukan perawatan. Dukungan keluarga tetap dibutuhkan, termasuk dalam membantu perawatan bayi dan memberikan kesempatan kepada ibu untuk beristirahat. Secara umum, kebutuhan ibu selama nifas meliputi:

- Fisik, seperti istirahat, nutrisi, dan lingkungan yang bersih;
- Psikologis, berupa dukungan keluarga;
- Sosial, berupa perhatian, kasih sayang, hiburan, dan pendampingan; serta
- Psikososial sesuai dengan kondisi ibu.

2.4.3 Kebutuhan Dasar Masa Nifas

a) Nutrisi dan Cairan

Pemenuhan nutrisi dan cairan dibutuhkan untuk mendukung pemulihan ibu serta produksi ASI. Kebutuhan yang tercantum dalam sumber meliputi:

1) Tambahan sekitar 500 kalori per hari;
2) Makanan dengan gizi seimbang yang mengandung karbohidrat, protein, lemak, vitamin, dan mineral;
3) Konsumsi cairan sedikitnya 3 liter per hari;
4) Konsumsi tablet besi selama 40 hari postpartum; dan
5) Pemberian vitamin A 200.000 IU.

b) Ambulansi

Setelah persalinan, ibu tetap membutuhkan istirahat, tetapi mobilisasi dini dapat dilakukan sesuai kondisi dan komplikasi yang ada. Ibu dapat mulai bergerak dengan posisi miring kanan atau kiri, kemudian duduk dan berjalan. Manfaat ambulasi dini meliputi:

1) Meningkatkan rasa sehat dan kekuatan ibu;
2) Membantu fungsi usus, sirkulasi, paru-paru, dan sistem perkemihan;
3) Memberikan kesempatan kepada ibu untuk belajar merawat bayinya;

4) Membantu mencegah trombosis tungkai; dan
5) Sesuai dengan kondisi sosial ekonomi masyarakat.

c) Eliminasi (BAK/BAB)

BAK dianjurkan dilakukan sesegera mungkin. Frekuensi berkemih normal dapat terjadi setiap 3–4 jam. Bila ibu mengalami retensi urine dan kandung kemih penuh, kateterisasi dapat dilakukan sesuai indikasi. Buang air besar umumnya diharapkan terjadi sekitar hari ke-3 atau ke-4 postpartum. Bila terjadi konstipasi, ibu dianjurkan memperbaiki pola makan, meningkatkan cairan, mengonsumsi makanan berserat, berolahraga, dan bila diperlukan mendapatkan obat perangsang secara oral atau rektal.

d) Personal hygiene dan perineum

Kebersihan tubuh perlu dijaga untuk mencegah infeksi dan masalah kulit. Ibu juga perlu diajarkan cara membersihkan daerah genital dari depan ke belakang, terutama setelah BAK atau BAB. Pembalut atau kain sebaiknya diganti minimal dua kali sehari atau lebih sering bila diperlukan. Tangan harus dicuci sebelum dan setelah membersihkan daerah genital. Pada ibu dengan episiotomi atau laserasi, luka perlu dijaga dan tidak disentuh secara sembarangan.

e) Istirahat

Ibu nifas membutuhkan waktu istirahat sekitar 8 jam per hari, yang dapat dibagi antara istirahat siang dan malam.

f) Seksual

Secara fisik, hubungan seksual dapat dilakukan setelah perdarahan berhenti dan luka perineum atau episiotomi telah sembuh. Dalam sumber juga disebutkan bahwa hubungan seksual dapat ditunda hingga sekitar 40 hari postpartum untuk memberikan waktu pemulihan organ reproduksi. Keputusan tetap mempertimbangkan kesiapan dan kenyamanan ibu.

g) Latihan/Senam nifas

Senam nifas dapat dilakukan sedini mungkin pada ibu yang menjalani persalinan normal tanpa komplikasi. Sebelum latihan dimulai, ibu perlu mendapatkan penjelasan mengenai manfaatnya. Tujuan senam nifas meliputi:

1) Membantu mempercepat involusi uterus;

2) Mencegah komplikasi masa nifas;
3) Memperkuat otot perut, dasar panggul, dan otot gerak; serta
4) Mempertahankan kelancaran sirkulasi darah.

2.4.4 Pemberian Air Susu Ibu (ASI)

Menyusui Pemberian ASI merupakan bagian penting dalam perawatan bayi setelah persalinan. Salah satu bentuk pelayanan awal adalah Inisiasi Menyusu Dini (IMD), yaitu proses ketika bayi diletakkan di atas tubuh ibu dan diberi kesempatan mencari puting secara mandiri segera setelah lahir. Pada tahap awal, bayi biasanya beristirahat sekitar 20–30 menit. Setelah itu bayi mulai menunjukkan gerakan seperti mengisap, memasukkan tangan ke mulut, menjilat kulit ibu, menggerakkan kepala menuju payudara, menyentuh puting, hingga akhirnya menemukan dan mengulum puting. Proses tersebut membantu bayi memulai menyusu dan merangsang pengeluaran ASI (Saragih and Hutabarat, 2020).

Pemberian ASI penuh dibedakan menjadi menyusui eksklusif dan hampir eksklusif. ASI eksklusif berarti bayi hanya menerima ASI tanpa tambahan cairan lain, sedangkan hampir eksklusif masih memungkinkan adanya tambahan vitamin, mineral, air, jus, atau pemberian tertentu lainnya. WHO dan UNICEF merekomendasikan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan, kemudian dilanjutkan dengan makanan tambahan dan ASI hingga usia 2 tahun. ASI juga mengandung kolostrum yang memiliki komponen kekebalan dan membantu melindungi bayi dari infeksi.

a) Masalah dalam pemberian ASI

1) Puting susu terbenam

Puting yang terbenam (*retracted nipple*) dapat menyulitkan bayi melakukan pelekatan dan mengisap. Kondisi ini dapat diketahui sejak kehamilan dan pada keadaan tertentu dapat dibantu melalui stimulasi atau tarikan lembut pada puting menggunakan jari atau alat khusus.

2) Puting susu lecet

Lecet dapat muncul akibat gesekan dan rangsangan mulut bayi ketika menyusu. Perawatan dapat dilakukan dengan menjaga puting tetap bersih dan

kering serta menghindari penggunaan sabun, minyak, atau krim secara sembarangan. Paparan udara dan pemberian kompres hangat dapat membantu memberikan kenyamanan.

3) Mastitis

Mastitis merupakan peradangan atau infeksi pada jaringan payudara yang dapat menyebabkan pembengkakan, nyeri, rasa panas, dan demam. ASI dari payudara yang mengalami mastitis pada sumber tetap dapat diberikan kepada bayi. Apabila rasa nyeri mengganggu, ibu dapat menyusui dari sisi yang sehat terlebih dahulu dan tetap mengosongkan payudara yang sakit secara bertahap.

4) Payudara Bengkak

Pembengkakan dapat terjadi ketika payudara telah penuh ASI tetapi tidak dikosongkan melalui proses menyusui atau pemerahan. Kondisi tersebut menyebabkan payudara terasa tegang dan nyeri karena saluran ASI mengalami tekanan.

2.4.5 Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas

Kunjungan nifas dilakukan sedikitnya empat kali untuk memantau kesehatan ibu dan bayi, menemukan komplikasi sedini mungkin, serta memberikan edukasi mengenai perawatan diri, menyusui, dan keluarga berencana

a) **Kunjungan nifas pertama (KF 1).** Dilaksanakan pada 6 jam sampai 2 hari postpartum. Pemeriksaan mencakup tanda vital, kontraksi uterus, perdarahan, kondisi luka perineum, pemberian vitamin A, serta dukungan terhadap pemberian ASI dini.

b) **Kunjungan nifas kedua (KF 2).** Dilakukan pada hari ke-3 sampai ke-7. Pemantauan meliputi involusi uterus, lochea, tanda infeksi, kondisi payudara, serta konseling mengenai nutrisi dan perawatan bayi.

c) **Kunjungan nifas ketiga (KF 3).** Dilaksanakan pada hari ke-8 sampai ke-28. Fokus pelayanan adalah menilai pemulihan ibu, keberhasilan menyusui, tanda bahaya nifas, dan kondisi bayi.

d) **Kunjungan nifas keempat (KF 4).** Dilaksanakan pada hari ke-29 sampai ke-42. Kunjungan ini mencakup evaluasi akhir masa nifas, konseling keluarga berencana, serta memastikan kondisi ibu dan bayi tetap baik.

2.5 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

2.5.1 Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir merupakan bayi yang dilahirkan pada usia kehamilan sekitar 37–41 minggu dengan presentasi belakang kepala. Setelah lahir, neonatus harus beradaptasi dari lingkungan intrauterin menuju kehidupan ekstrauterin (Tando, 2021). Bayi baru lahir normal merupakan bayi yang dilahirkan spontan melalui vagina dengan presentasi belakang kepala tanpa menggunakan alat pada usia kehamilan 37–42 minggu.

Karakteristik bayi baru lahir normal menurut Tando (2021) meliputi:

1. Berat badan 2.500–4.000 gram;
2. Panjang badan 48–52 cm;
3. Lingkar dada 30–38 cm;
4. Lingkar kepala 33–35 cm;
5. Denyut jantung 120–160 kali/menit;
6. Frekuensi napas sekitar 40–60 kali/menit;
7. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup;
8. Lanugo tidak tampak;
9. Kuku agak panjang dan lemas;
10. Refleks mengisap dan menelan terbentuk baik;
11. Refleks moro baik; dan
12. Eliminasi berlangsung baik.

Skor	**0**	**1**	**2**
Appearence color (warna kulit)	Biru, pucat	Tubuh kemerahan ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (heart rate) atau denyut jantung	Denyut nadi tidak ada	Denyut nadi <100x/menit	Denyut nadi >100x/menit
Grimace (reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada respons terhadap stimulasi	Meringis	Batuk/bersin
Activity (tonus otot)	Lemah tidak ada gerakan	Lengan dan kaki dengan posisi fleksi	Gerakan aktif
Respiration (upaya bernafas)	Tidak ada	Tak teratur	Menangis kuat, pernafasan baik dan teratur

Tabel 2.5 Penilaian *Apgar Score*

Keterangan:

Nilai 1-3 : Asfiksia berat

Nilai 4-6 : Asfiksia sedang

Nilai 7-19 : Asfiksia ringan (normal)

2.5.2 Adaptasi Bayi Baru Lahir

a) Sistem pernapasan

Peralihan dari lingkungan intrauterin ke ekstrauterin menuntut perubahan besar pada sistem pernapasan bayi. Sebelum lahir, kebutuhan oksigen janin dipenuhi melalui plasenta. Setelah lahir, bayi harus mulai menggunakan paru-paru untuk melakukan pertukaran gas. Gerakan pernapasan telah berkembang sejak trimester II dan III. Setelah lahir, cairan pada saluran pernapasan secara bertahap berkurang dan udara mulai masuk ke trakea. Napas pertama pada bayi normal umumnya terjadi dalam 30 menit pertama setelah kelahiran.

Surfaktan berperan mempertahankan kestabilan alveolus agar tidak mudah kolaps. Pernapasan neonatus umumnya menggunakan diafragma dan abdomen dengan frekuensi maupun kedalaman yang belum sepenuhnya teratur. Apabila surfaktan tidak mencukupi, alveolus dapat mengalami kolaps dan menyebabkan atelektasis. Tekanan pada toraks ketika kepala bayi melewati jalan lahir membantu mengeluarkan cairan dari paru-paru. Setelah bayi lahir, tekanan tersebut hilang secara tiba-tiba sehingga memungkinkan paru-paru mulai mengembang. Udara kemudian mengisi jalan napas hingga alveolus terisi dan dapat berfungsi.

Pengisapan mulut dan hidung secara rutin tidak diperlukan pada bayi yang bernapas spontan. Tindakan tersebut dilakukan apabila terdapat indikasi, misalnya usaha napas berkurang atau terdapat mekonium yang membutuhkan penanganan. Stimulasi awal dapat dilakukan melalui pengeringan tubuh dan sentuhan lembut pada punggung atau telapak kaki (Tando, 2021).

b) Sistem sirkulasi

Setelah tali pusat diklem, aliran darah dari plasenta berhenti sehingga sistem sirkulasi bayi mengalami perubahan. Pada kehidupan intrauterin, sebagian besar darah melewati paru-paru melalui jalur khusus seperti *foramen ovale* dan *duktus*

arteriosus. Setelah lahir, paru-paru mulai berfungsi sehingga darah harus melewati paru untuk memperoleh oksigen. Dua perubahan penting kemudian terjadi, yaitu penutupan fungsional *foramen ovale* dan perubahan pada *duktus arteriosus* (Walyani and Puwoastuti, 2021).

Pemotongan tali pusat meningkatkan resistensi vaskular sistemik dan menurunkan aliran menuju atrium kanan. Sementara itu, napas pertama menurunkan resistensi pembuluh darah paru sehingga aliran darah ke paru meningkat. Perubahan tekanan tersebut kemudian membantu penutupan fungsional *foramen ovale* dan *duktus arteriosus* (Tando, 2021).

c) Sistem termoregulasi

Bayi baru lahir mudah kehilangan panas karena harus menyesuaikan diri dengan lingkungan yang suhunya lebih rendah daripada uterus. Kehilangan panas dapat berlangsung melalui empat mekanisme:

- Konduksi, perpindahan panas dari tubuh bayi ke benda yang bersentuhan langsung dengannya.
- Konveksi, kehilangan panas ke udara di sekitar bayi yang bergerak.
- Radiasi, pelepasan panas dari tubuh bayi menuju lingkungan yang lebih dingin tanpa kontak langsung.
- Evaporasi, hilangnya panas melalui penguapan cairan pada tubuh bayi.

Pencegahan kehilangan panas dilakukan dengan segera mengeringkan bayi, menyediakan lingkungan yang hangat, dan menghindari penggunaan alat yang dingin saat pemeriksaan. Bayi menggunakan lemak cokelat sebagai salah satu sumber produksi panas. Lemak tersebut terdapat antara lain di sekitar leher, skapula, aksila, toraks, tulang belakang, dan ginjal.

Bayi cukup bulan memiliki cadangan lemak cokelat lebih banyak dibandingkan bayi prematur. Hipotermia dapat meningkatkan metabolisme jaringan, memperberat asidosis metabolik, meningkatkan kebutuhan oksigen, serta berhubungan dengan hipoglikemia. Karena itu, pengaturan suhu lingkungan dan pencegahan kehilangan panas menjadi bagian penting dalam perawatan neonatus (Tando, 2021).

d) Sistem pencernaan

Refleks mengisap dan menelan telah berkembang pada bayi cukup bulan. Sentuhan pada langit-langit mulut merangsang refleks mengisap, sedangkan koordinasi lidah dan rahang membantu mendorong ASI menuju kerongkongan dan memicu refleks menelan. Namun, kemampuan bayi dalam mencerna protein, lemak, dan karbohidrat selain ASI masih terbatas. Hubungan antara esofagus dan lambung yang belum sempurna juga dapat menyebabkan *gumoh*, terutama jika bayi menerima ASI melebihi kapasitas lambung.

Cadangan glikogen menjadi sumber energi penting setelah lahir. Bayi yang mengalami hipotermia dapat mengalami peningkatan penggunaan glikogen sehingga berisiko mengalami hipoglikemia. Bayi prematur, postmatur, mengalami hambatan pertumbuhan intrauterin, maupun gawat janin merupakan kelompok yang memiliki risiko lebih tinggi mengalami kekurangan cadangan energi. Gejala hipoglikemia dapat berupa sianosis, apnea, tangisan lemah, letargi, lunglai, kejang halus, atau menolak makanan. Namun, kondisi tersebut juga dapat terjadi tanpa gejala yang jelas pada tahap awal (Tando, 2021).

e) Sistem imun

Sistem imun neonatus belum berkembang secara sempurna sehingga bayi lebih rentan terhadap infeksi. Pertahanan tubuh terdiri atas imunitas alami dan imunitas yang diperoleh (Tando, 2021). Beberapa bentuk pertahanan alami, yaitu:

1. Kulit dan membran mukosa sebagai penghalang;
2. Saluran napas sebagai penyaring;
3. Pembentukan koloni mikroorganisme pada kulit dan usus; dan
4. Lingkungan asam lambung sebagai perlindungan kimia..

Neutrofil, monosit, dan makrofag berperan dalam proses fagositosis terhadap mikroorganisme. Namun, kemampuan sistem imun bayi masih terbatas sehingga pencegahan infeksi, praktik persalinan yang aman, IMD, pemberian kolostrum, serta deteksi dan penanganan infeksi secara dini sangat penting.

Imunitas pasif diperoleh bayi dari ibu melalui plasenta, terutama berupa *IgG*. Bayi prematur memperoleh jumlah *IgG* lebih sedikit sehingga lebih rentan terhadap infeksi.

IgM tidak dapat melewati plasenta karena ukuran molekulnya lebih besar. Bayi mulai membentuk *IgM* sendiri setelah lahir. Apabila *IgM* ditemukan pada darah tali pusat, kondisi tersebut dapat menunjukkan adanya infeksi pada janin selama kehamilan, termasuk infeksi yang berkaitan dengan TORCH. Sementara itu, *IgA* mulai diproduksi bayi beberapa minggu setelah lahir dan berperan dalam perlindungan terhadap infeksi pada membran mukosa serta saluran pernapasan dan pencernaan.

f) Perubahan pada darah

1) Kadar hemoglobin (Hb)

Bayi lahir dengan kadar Hb yang relatif tinggi, sekitar 13,7–20%. Hemoglobin yang dominan adalah Hb F yang secara bertahap menurun selama bulan pertama kehidupan. Setelah lahir, volume plasma mengalami perubahan sehingga hematokrit dapat meningkat, kemudian kadar Hb berangsur menurun selama beberapa minggu.

2) Sel darah merah

Usia sel darah merah bayi baru lahir lebih pendek, sekitar 80 hari, dibandingkan orang dewasa yang mencapai sekitar 120 hari. Pergantian sel yang cepat menghasilkan bilirubin lebih banyak sehingga dapat berkaitan dengan munculnya ikterus fisiologis. Tingginya jumlah retikulosit menunjukkan bahwa pembentukan sel darah merah pada bayi aktif.

3) Sel darah putih

Jumlah leukosit pada bayi baru lahir rata-rata sekitar 10.000–39.000/mm³. Peningkatan jumlah leukosit masih dapat terjadi pada 24 jam pertama setelah lahir, termasuk sebagai respons terhadap proses kelahiran maupun tangisan yang lama.

g) Sistem gastron testinal

Bayi cukup bulan telah memiliki kemampuan mengisap dan menelan, tetapi sistem pencernaannya belum matang sepenuhnya. Kapasitas lambung bayi baru lahir masih terbatas, yaitu kurang dari 30 cc, sehingga pemberian ASI lebih baik dilakukan dengan jumlah yang sesuai dan frekuensi lebih sering. Usus neonatus yang belum matur juga belum mampu memberikan perlindungan optimal

terhadap zat berbahaya. Selain itu, kemampuan mempertahankan cairan masih terbatas sehingga kehilangan cairan dapat menimbulkan dampak yang lebih serius dibandingkan pada orang dewasa.

h) Sistem ginjal

Fungsi ginjal bayi baru lahir belum matang secara struktural maupun fungsional. Aliran darah ginjal dan kecepatan filtrasi glomerulus masih rendah sehingga bayi lebih mudah mengalami retensi cairan dan intoksikasi air. Fungsi tubulus yang belum matang dapat menyebabkan kehilangan natrium dan gangguan keseimbangan elektrolit. Kemampuan konsentrasi urine juga masih rendah. Dalam 48 jam pertama, jumlah urine bayi dapat hanya sekitar 30–60 ml. Urine normal tidak mengandung protein atau darah. Adanya debris sel dalam jumlah banyak dapat mengindikasikan cedera atau iritasi pada sistem ginjal (Tando, 2021).

2.5.3 Penilaian APGAR *Score*

APGAR digunakan sebagai penilaian awal untuk mengetahui kondisi bayi segera setelah lahir serta kemampuan adaptasinya terhadap lingkungan luar rahim. Penilaian dilakukan pada menit pertama dan menit kelima.

Lima komponen yang dinilai adalah:

a) ***Appearance**:* warna kulit;
b) ***Pulse**:* denyut jantung;
c) ***Grimace**:* respons terhadap rangsangan;
d) ***Activity**:* tonus otot; dan
e) ***Respiration**:* usaha pernapasan.

Masing-masing komponen diberi nilai 0–2, sehingga skor maksimal adalah 10. Dalam sumber, skor 7–10 menunjukkan kondisi bayi baik, 4–6 menunjukkan asfiksia ringan hingga sedang, sedangkan 0–3 menunjukkan asfiksia berat yang membutuhkan penanganan segera.

2.5.4 Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

Asuhan neonatus diberikan sejak bayi lahir sampai usia 28 hari. Pelayanan tersebut bertujuan memastikan proses adaptasi berjalan baik, mempertahankan kesehatan bayi, serta menemukan komplikasi sedini mungkin.

a) KN 1

Dilaksanakan pada usia 6–48 jam. Pemeriksaan mencakup kondisi fisik, pemeliharaan suhu tubuh, pemberian vitamin K1, imunisasi hepatitis B, perawatan tali pusat, dan dukungan ASI eksklusif (Kemenkes RI, 2023).

b) KN 2

Dilakukan pada usia 3–7 hari. Pemeriksaan meliputi kondisi umum bayi, tanda bahaya neonatus, berat badan, pola menyusu, eliminasi, serta kondisi tali pusat.

c) KN 3

Dilaksanakan pada usia 8–28 hari. Pemantauan diarahkan pada pertumbuhan dan perkembangan, pemberian ASI eksklusif, serta deteksi dini komplikasi neonatus.

2.6 Konsep Dasar Keluarga Berencana

2.6.1 Pengertian Keluarga Berencana

Program Keluarga Berencana merupakan upaya yang dilakukan untuk mengatur jarak kehamilan dan jumlah persalinan sehingga risiko yang berkaitan dengan kehamilan dapat dikurangi. Perkembangan pelayanan KB telah menghasilkan berbagai pilihan metode kontrasepsi, baik hormonal maupun nonhormonal.

Pemilihan kontrasepsi merupakan keputusan yang mempertimbangkan kondisi, kebutuhan, pengetahuan, kecocokan, serta pilihan pribadi akseptor. Tenaga kesehatan berperan memberikan informasi mengenai berbagai metode sehingga akseptor dapat menentukan pilihan sesuai kebutuhan (Sri Handayani, 2021).

2.6.2 Jenis Metode Kontrasepsi

a) Kondom

Kondom merupakan alat kontrasepsi berbentuk selubung yang dipasang pada penis. Bahan yang digunakan dapat berupa lateks, vinil, maupun bahan alami (Sri Handayani, 2021).

Kelebihan

- Tidak menimbulkan risiko kesehatan yang berarti.
- Membantu mencegah HIV/AIDS dan penyakit menular seksual.
- Kondom dengan pelumas dapat membantu mengurangi ketidaknyamanan pada vagina yang kering.
- Dapat membantu mencegah ejakulasi dini.

Kekurangan

- Kegagalan tercantum sekitar 3–15 kehamilan per 100 wanita per tahun.
- Dapat mengurangi sensitivitas penis.
- Harus digunakan setiap kali melakukan hubungan seksual.
- Sebagian pengguna merasa kenikmatan seksual berkurang.
- Pada sebagian pengguna dapat muncul kesulitan mempertahankan ereksi.

b) Pil Kombinasi

Kelebihan:

Pil kombinasi tidak mengganggu hubungan seksual, dapat membantu membuat siklus menstruasi lebih teratur, mudah dihentikan, serta kesuburan dapat kembali setelah penggunaannya dihentikan. Metode ini juga dapat membantu mencegah kehamilan ektopik serta beberapa masalah seperti kanker ovarium, kanker endometrium, dan kista ovarium.

Kelebihan:

Penggunaan harus dilakukan setiap hari dan dapat menimbulkan keluhan seperti mual, perdarahan bercak, pusing, nyeri payudara, serta peningkatan berat badan. Pil kombinasi juga tidak memberikan perlindungan terhadap PMS dan dalam sumber disebutkan tidak dianjurkan bagi ibu menyusui serta dapat meningkatkan tekanan darah.

c) Implan atau susuk

Implan merupakan kontrasepsi berupa susuk berbahan silastik yang mengandung hormon dan dipasang pada lengan bagian atas.

Kelebihan

- Dapat digunakan oleh perempuan yang tidak dapat menggunakan estrogen.
- Memberikan perlindungan jangka panjang hingga sekitar 5 tahun.

- Bersifat reversibel.
- Efek kontrasepsi berakhir setelah implan dilepas.
- Perdarahan dapat lebih ringan.

Kekurangan

- Pemasangan dan pelepasan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih.
- Biaya relatif lebih mahal.
- Dapat menyebabkan perubahan pola menstruasi.
- Akseptor tidak dapat melepas implan sendiri.
- Sebagian perempuan mungkin merasa ragu menggunakannya karena belum familiar dengan metode tersebut.

d) Kb suntik 3 bulan

KB suntik tiga bulan menggunakan *depo medroksiprogesteron asetat* 150 mg yang diberikan secara intramuskular setiap tiga bulan.

Kelebihan

- Efektivitas tinggi dengan kegagalan kurang dari 1%.
- Tidak memengaruhi produksi ASI.
- Efek samping relatif sedikit.
- Dapat digunakan oleh perempuan berusia >35 tahun sampai perimenopause.
- Dapat menurunkan kejadian penyakit payudara jinak.

Kekurangan

- Dapat menyebabkan perubahan pola menstruasi.
- Dapat menimbulkan pusing, mual, dan peningkatan berat badan.
- Kesuburan dapat membutuhkan waktu lebih lama untuk kembali setelah penghentian

e) AKDR atau IUD

AKDR atau IUD merupakan alat kontrasepsi yang ditempatkan di dalam rahim. Metode ini bersifat efektif, reversibel, berjangka panjang, dan dapat digunakan oleh perempuan usia reproduktif.

Kelebihan

- Efektif segera setelah pemasangan.
- Memberikan perlindungan jangka panjang.

- Tidak membutuhkan kepatuhan penggunaan setiap hari.
- Tidak mengganggu hubungan seksual.
- Tidak mengandung efek hormonal pada Cu-AKDR.
- Tidak memengaruhi kualitas ASI.
- Dapat dipasang segera setelah persalinan atau abortus apabila tidak terdapat infeksi.
- Dapat digunakan hingga menopause.
- Tidak memiliki interaksi dengan obat-obatan.
- Membantu mencegah kehamilan ektopik.

Kekurangan

- Dapat menyebabkan perubahan siklus menstruasi.
- Menstruasi dapat menjadi lebih lama atau lebih banyak.
- Dapat terjadi *spotting*.
- Nyeri menstruasi dapat meningkat.
- Tidak memberikan perlindungan terhadap IMS termasuk HIV/AIDS.
- Tidak dianjurkan pada perempuan dengan IMS atau yang berisiko tinggi mengalami IMS.
- Pemasangan membutuhkan pemeriksaan medis dan dapat menimbulkan rasa takut atau tidak nyaman.
- Nyeri dan *spotting* dapat terjadi setelah pemasangan.
- Pelepasan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan.
- AKDR dapat keluar dari uterus tanpa disadari, terutama apabila dipasang setelah persalinan.

f) Kontrasepsi mantap pria/*vasektomi*

Vasektomi atau Medis Operatif Pria (MOP) merupakan metode kontrasepsi operatif pada pria. Prosedur ini bersifat relatif sederhana, aman, efektif, dan dilakukan dalam waktu singkat tanpa anestesi umum. Dalam sumber, kelebihan yang dicantumkan meliputi efektivitas tinggi, risiko morbiditas rendah, waktu tindakan sekitar 5–10 menit, tidak membutuhkan rawat inap, menggunakan anestesi lokal, tidak mengganggu hubungan seksual, dan biaya relatif rendah.

Keterbatasannya antara lain memerlukan tindakan operasi, kemungkinan komplikasi seperti perdarahan dan infeksi, tidak langsung menghasilkan keadaan steril karena membutuhkan waktu hingga sperma menjadi negatif, serta tidak direkomendasikan bagi laki-laki yang masih ingin memiliki anak karena keberhasilan reversibilitas tidak dijamin.

g) Kontrasepsi mantap wanita/*tubektomi*

Kontrasepsi mantap wanita dilakukan melalui tindakan pada kedua saluran telur sehingga kehamilan tidak dapat terjadi. Metode ini juga dikenal sebagai *tubektomi* atau sterilisasi. Kelebihannya adalah kerusakan tuba dapat dibatasi, morbiditas relatif rendah, serta prosedur dapat dilakukan menggunakan laparoskopi atau histeroskopi. Kekurangannya meliputi kebutuhan terhadap peralatan yang mahal, perlunya tenaga dengan pelatihan khusus, belum adanya standardisasi prosedur tertentu, serta kemungkinan reversibilitas.

2.6.3 Asuhan Kebidanan pada Akseptor KB

a) Konseling awal

Konseling awal diberikan untuk membantu klien mengenal berbagai metode KB dan menentukan pilihan yang sesuai. Dalam proses ini, petugas perlu menggali metode yang disukai klien, pengetahuan yang telah dimiliki, serta menjelaskan secara singkat cara kerja, kelebihan, dan kekurangan masing-masing.

b) Konseling khusus

Konseling khusus memberikan kesempatan kepada klien untuk mendapatkan informasi yang lebih mendalam mengenai metode tertentu. Klien dapat menyampaikan pengalaman, mengajukan pertanyaan, membandingkan pilihan, serta memperoleh bantuan untuk menentukan metode yang sesuai dengan kondisi dan kebutuhannya. Informasi juga perlu mencakup cara penggunaan yang benar, efektivitas, keamanan, serta kemungkinan risiko penularan HIV/AIDS dan pilihan penggunaan metode ganda.

c) Konseling tindak lanjut

Konseling lanjutan diberikan ketika klien datang kembali untuk pemeriksaan atau memperoleh kontrasepsi berikutnya. Petugas perlu menilai perkembangan penggunaan metode sebelumnya, menemukan masalah yang muncul, serta

membedakan kondisi yang dapat ditangani di tempat dengan masalah yang membutuhkan rujukan.

1) Langkah-Langkah Konseling KB SATU TUJU

Penerapan konseling SATU TUJU terdiri atas enam langkah. Urutan penerapannya dapat disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing klien.

SA: Sapa dan Salam. Petugas menyambut klien dengan ramah dan sopan, memberikan perhatian penuh, serta menyediakan tempat yang nyaman dan menjaga privasi. Pada tahap ini, rasa percaya perlu dibangun agar klien merasa aman menyampaikan kebutuhan dan masalahnya.

T: Tanya. Petugas menggali informasi mengenai kondisi klien, pengalaman ber-KB, kesehatan reproduksi, tujuan, harapan, kondisi keluarga, serta metode kontrasepsi yang diinginkan. Komunikasi dilakukan dengan memperhatikan ucapan, ekspresi, dan bahasa tubuh klien agar kebutuhan dapat dipahami secara menyeluruh.

U: Uraikan. Berbagai pilihan kontrasepsi dijelaskan kepada klien, termasuk metode yang paling sesuai dengan kebutuhan serta alternatif lainnya. Informasi mencakup cara kerja, kelebihan, kekurangan, risiko IMS/HIV, dan kemungkinan penggunaan metode ganda.

TU: Bantu. Klien dibantu untuk mempertimbangkan pilihan berdasarkan kondisi dan kebutuhannya. Petugas memberikan kesempatan kepada klien untuk bertanya dan menyampaikan keinginan. Dukungan pasangan juga dapat dibahas apabila sesuai dengan kondisi klien.

J: Jelaskan. Setelah metode dipilih, petugas menjelaskan cara penggunaan kontrasepsi secara lengkap. Bila diperlukan, alat atau obat diperlihatkan secara langsung. Klien diberikan kesempatan bertanya dan pemahamannya mengenai penggunaan kontrasepsi diperiksa kembali.

U: Kunjungan ulang. Klien diberikan informasi mengenai waktu kunjungan berikutnya dan dibuat kesepakatan untuk pemeriksaan ulang atau mendapatkan kontrasepsi kembali. Klien juga perlu diingatkan agar segera datang apabila mengalami keluhan atau masalah selama menggunakan metode kontrasepsi.